



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

DEIDENTIDAD CEDULA

V 17.305.423

APELLIDOS CASTRO PIÑA NOMBRES YOLMAN JESUS

Yolman -

24-12-85 SOLTERO

17-03-05 03-2015 F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Hugo Cabezas Director



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.

CEDULA DE IDENTIDAD

V 10.053.643

APELLIDOS PIÑA SULBARAN

NOMBRES JENNY DEL CARMEN

Jewy del G. Pina

15-04-67 SOLTERA

18-06-06 06-2016

VENEZOLANO





-V 5.631.717

MF001 Baudello Medrano

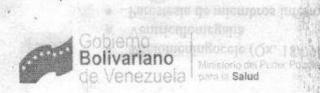
Director

APELLIDOS CASTRO ELIO JOSE NOMBRES

09-12-57 SOLTERO

09-10-08 10-2018 F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

nº 1620 .



Participación Social

a J. Dissus constitutes

de Guanare, quien es conocido por el altitudo

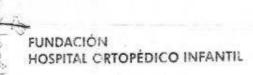


erruge Pediatrica con Diagnostico





	ATENCION AL CIUD	ADANO- RECE	PTORIA .	FECHA: 0	104	, 16.
Cod	os: yolman	Jesus ección: E	Casho	Pera	Edad:	39 4 n E
Teléfonos: 04 Ac Diagnóstico: Solicitud:	cura operato	The second secon	amoas Guirugi	16. 02 Tibia con Ca syuda	Tutor econoi	erterno nica
Referido a:	LIMOT II ME			Dina A		
. v •						
	berto Griman ención al Ciudadano y			Trabajad Dirección Regi		d H



INFORME MÉDICO

PACIENTE:

YOLMAN CASTRO

HISTORIA No:

35-55-90

CLINICA:

MIEMBROS INFERIORES

MEDICO TRATANTE:

DR. RICARDO SULBARAN

FECHA:

01 DE SEPTIEMBRE DE 2015

Se trata de paciente masculino de 29 años de edad, quien sufrió accidente vial, presentando como consecuencia Fractura Abierta de Ambas Tibias intervenida quirúrgicamente. Presenta Pseudoartrosis de Tibia Bilateral, que limita su marcha y bipedestación, por lo que requiere de intervención quirúrgica:

1- CURA OPERATORIA DE PSEUDOARTROSIS DE AMBAS TIBIA CON TUTOR EXTERNO TIPO ILIZARO DE 150.

Dr. Ricardo Sulbarán

Dr. Ricardo Sulbaran

C.I: 9.070.113 SAS: 81.494

> CLINICA DE MIEMBROS INFERIORES - . .



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 17664

Paciente: YOLMAN JESUS CASTRO PIÑA

Edad: 29 años

Nro. Historia: FHOI-324200

Responsable de Pago: YOLMAN JESUS CASTRO PIÑA

Tipo de Atención: Cirugla con Hospitalización

Médico Tratante: RICARDO ANTONIO SULBARAN SULBARAN

Diagnóstico: PSEDUARTROSIS DE TIBIA BILATERAL

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): M1-19-036 Osteotomia Tibial Proximal.

C.I./ Pasaporte: V-17305423 Tipo de Paciente: NF / Teléfono: 0426-8175146 Rif: V-17305423

Fecha Elaboración: 01-09-2015 Fecha Vencimiento: 16/10/2015 Dias Cama Hospitalización: 2

Descripción Descripción	UN:	Precio/ Un	Cant.	Total
· SERVICIO DE QUIROFANO	WASARINE I			
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047.00	1,00	4.047,00
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2,428,00	1,00	2.428,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				6.475,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION	the transmitter			
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA PRIVADA	UND	1.960,00	2,00	3.920,00
Total SERVIC O DE HOSPITALIZACION -		55¢		3.920,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	0.			
MATERIAL MEDICO CUIRURGICO	UND	45.000.00	1,00	45.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		-		45.000,00_
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	18.000,00	1,00	18.000,00
Total FARMACOS				18.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	1.200.00	1,00	1,200,00
HEMATOLOGIA COMPLETA	UND	120,00	1,00	120,00
BUN (NITROGENO UREICO)	UND	100.00	1.00	100,00
COLESTEROL	UND	100.00	1.00	100,00
*CREATININA	UND	100.00	1,00	100,00
GLICEMIA .	UND	100.00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES	UND	100.00	1.00	100.00
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	UND	100.00	1,00	100,00
TRIGLICERIDOS	UND	100.00	1,00	100,00
FIBRINGGENO	UND	85.00	1,00	85.00
TIEMPO DE PROTROMBINA	UND	70,00	1.00	70.00
TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINNA	UND	70.00	1,00	70.00
V.D.R.L	UND	60.00	1.00	.60.00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS	1070070	55,55		2.305,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIO_OGIA	UND	1,500,00	1.00	1 500.00
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	765.00	1.00	765.00
PLACAS EN PABELLON	UND	340.00	2.00	680.00
TORAX PA	UND	208.00	1.00	208.00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA		200,00	1100	3 153,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	3 000.00	1.00	3 000 00
Total SERVICIO SALA DE YESO	000	0.000.00	1.00	3.000,00

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF:J001888706

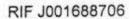
Email: fhoi@fhoi.org.ve Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515 Impreso: 01 de Septiembre de 2015

Hora: 09:18 AM

Usuario: YVARGAS Departamento: ADMINISTRACIÓN



Total General Presupuesto Bs...





PRESUPUESTO ESTIMA	DO NO.: 17664			
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ELECTROCARDIOGRAMA Total SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	UND .	155.00	1,00	155,00 155,00
MATERIAL DE TUTORES TUTOR EXTERNO ILIZAROW 150 MM Total MATERIAL DE TUTORES	UND	115.000.00	2,00	230.000.00
CIRUJANO PRINCIPAL CIRUJANO PRIMER AYUDANTE ANESTESIOLOGO CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL MIEMEROS INFERIORES EVALUACION PREOPERATORIA + PRIMER DIA DE HOSPIT. DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF. PERFIL DE BANCO DE SANGRE SERVICIO ATENCION FRE- ANESTESIA CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP) HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP) HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I TOBI HONORARIOS PROFESIONALES		40.000.00 16.000,00 16.000,00 12.000,00 6.000,00 4.500.00 1.700.00 1.540.00 947,00 947,00 500,00 390,00 340,00	1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.00	40.000.00 16.000.00 16.000.00 6.000.00 4.500.00 1.700.00 1.540.00 1.540.00 1.540.00 1.894.00 1.894.00 765.00 1.000.00 390.00 680.00 45.00

NOTAS:

- 1.- Vigencia: (45) días, contados a partir de la fecha del presente presupuesto, dentro de los cuales deberá cancelar y llevarse a cabo la intervención, de lo contrario se debe actualizar y en caso de generarse alguna diferencia, deberá ser cencelada.
- 2.- Los precios establecidos en el presente presupuesto son estimaciones que pueden aumentar o disminuir de acuerdo a contingencias, complicación del diagnóstico, cambios en los tiempos de cirugía u hospitalización, variaciones de precios en los materiales e insumos. Por tanto el monto total de los servicios prestados será reflejado en la factura final.
- 3.- Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en anexo adjunto al presente presupuesto, los cuales son indispensables para cualquier admisión.
- 4.- Traer el presupuesto.
- · 5.- Proceso de ingreso:
 - a. Al venir amparado por Póliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL Y COPIA con sello húmedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES.
 - b. Si NO posee Seguro deberá cancelar cinco (5) días antes del Ingreso el TOTAL del PRESUPUESTO.
 - c. En caso de pagar con cheque, favor emitir a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
- 6.- En caso de existir luego de la intervención un saldo a favor del PACIENTE o INSTITUCION que aportó la ayuda se emitirá un cheque de reintegro NO ENDOSABLE a quien corresponda

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF:J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impresa: 01 de Septiembre de 2015

Hora: 09:18 AM

Usuario: YVARGAS

Departamento: ADMINISTRACIÓN