

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 18.892.233

MF001

Hugo Cabezas

Director

APELLIDOS CASTELLANOS VALENZUELA

NOMBRES GUSMARY MARIA



FIRMA TITULAR



17-10-88 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

26-02-05 02-2015

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



TAC 3147  
DQ. TRAUMATOLOGÍA

## **Datos:**

**Madre:** Gusmary Castellanos

**C.I.** 18.892.233

**Teléfonos:** 0414-5755755

0257-2518882

**Padre:** Víctor Morales

**C.I.** 18.669.547

**Teléfonos:** 0414-5054545

0426-9534275





## INFORME MÉDICO

Caracas, 29 de Junio de 2016

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS  
Historia: 455420

Paciente femenino de 07 años de edad quien es conocido portador de función motora diplejía espástica.

Al examen físico se aprecia marcha en tercera mecedora dependiente, Pie en equino. Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos. .

Radiológicamente: sub luxación astrágalo escafoides. Calcáneo en equino lateral.

Se le propone realizar:

### 1) ALARGAMIENTO PERCUTANEO DE AQUILES BILATERAL

Posteriormente debe realizar un proceso de rehabilitación activa especializada y el uso de férula AFO.

Dr. Rolando A. Hurtado C.  
M.S/D.S. 44682  
C.M.L. 3758  
C-I. 9 119 222.



## FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

Edad: 7 años

Nro. Historia: FHOI-455420

Responsable de Pago: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

C.I./ Pasaporte: V-18669547#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04145755755

Rif: V-18669547#1

Fecha Elaboración: 29-06-2016

Fecha Vencimiento: 13/08/2016

Días Cama Hospitalización: 1

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ROLANDO ADOLFO HURTADO CARDENAS

Diagnóstico: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DE DISPLEJIA ESPASTICA

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR.C1.19 Cirugías de alta Complejidad Bilaterales:

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
<b>SERVICIO DE QUIROFANO</b>				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
COMSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA	UND	3.900,00	1,00	3.900,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	3.500,00	1,00	3.500,00
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				19.731,00
<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	1,00	8.190,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	1,00	2.940,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				16.130,00
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	165.000,00	1,00	165.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				165.000,00
<b>FARMACOS</b>				
MEDICAMENTOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
Total FARMACOS				24.000,00
<b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				6.141,00
<b>SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.812,00	1,00	1.812,00
FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	1.188,00	1,00	1.188,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				5.470,00
<b>SERVICIO SALA DE YESO</b>				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
<b>SERVICIO DE FISIATRIA</b>				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				1.800,00

## PRODUCTOS A LA MEDIDA

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

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

Impreso: 29 de Junio de 2016

Hora: 08:45 AM

Usuario: SCONTRERAS

Departamento: ADMINISTRACION



## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	60.000,00	1,00	60.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				60.000,00
SERVICIO DE FISIOTERAPIA				
CONSULTA DE FISIOTERAPIA	UND	1.200,00	2,00	2.400,00
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA				2.400,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
ANESTESIOLOGO	UND	24.960,00	1,00	24.960,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	7.500,00	1,00	7.500,00
EVALUACION PREOPERATORIA.+PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.800,00	1,00	2.800,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				216.782,00
Total Hospital				310.672,00
Total Honorarios				216.782,00
Total General Presupuesto Bs				527.454,00

## 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 cancelada.
- 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



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

7.- En caso de exceder el Monto final facturado en el presente Presupuesto, el Paciente o Responsable deberá cancelar la diferencia antes de ser dado de alta.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON	
C.I.: V-19351776	C.I.:

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Participación y Promoción Social | Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad - Conapdis

**Certificado de la Discapacidad**

Nombre: **ANGELINA GISELL** D-0198805

Apellidos: **MORALES CASTELLANOS**

Cédula: **PART. NAC. (R)**

NO.-18892233

Sexo: **FEMENINO** Fecha de Nacimiento: **21-11-2008**

   



**E R**

**CONAPDIS**  
Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad

Tipo de Discapacidad	Grado
MusculoEsqueletica	Moderado
Neurologico	Moderado

Nro de Historia: 18892233

Fecha de Expedición: 03-04-2013

Fecha de Vencimiento: 02-04-2018

Nro de registro de Médico que Califica: 7350

D-138004

[www.conapdis.gob.ve](http://www.conapdis.gob.ve)





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE  
GUANARE ESTADO PORTUGUESA  
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

**PARTIDA DE NACIMIENTO**

ACTA DE PRESENTACIÓN

Título I.a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA						FECHA EXPEDICIÓN		ESTE FOLIO	
1.- Fecha Presentación	2.- Libro No.	3.- Acta No.	4.- Folio No.	5.- Folio No.	6.- Folio No.	02/12/2008		No. 1344	
02/12/2008	6	1344	Inicial 1344	N/A	Final 1344				
Título II - DE LA PRESENTADA									
1.- Nombres		Primero Segundo							
ANGELINA		GISELL							
2.- Fecha Nacimiento	3.- Sexo	4.- Hora Nacimiento	5.- Tipo de Parto	6.- Orden de Nacimiento	7.- País de Nacimiento				
21/11/2008	Femenino	08:00PM	Simple	Primera	Venezuela				
7.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.		Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento		
Estado Portuguesa			Municipio Guanare		Capital Guanare		Guanare		
8.- Centro de Salud o Establecimiento	Nombre de la Institución, Hospital, Centro de Salud o Establecimiento								
CENTRO DE EMERGENCIAS MÉDICAS LOS PROCERES									
Título III - DEL PRESENTANTE									
1.- Filiación con la presentada		2.- Facultad con la que actúa							
Padre		N/A							
Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE									
1.- Datos Ident.		Cédula Vzina No.		Tipo de Documento		Tipo Documento N°		2.- Nombres	
V-18892233		N/A		N/A		N/A		Primero Segundo	
GUSMERY		MARIA		Apellidos		CASTELLANOS VALENZUELA			
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación				
Venezolana	Femenino	20	Soltera	Si	AGENTE DEL ORDEN PUBLICO				
9.- Dirección									
URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA N° 2									
10.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.		Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento		
Estado Portuguesa			Municipio Guanare		Capital Guanare		Guanare		
Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE									
1.- Datos Ident.		Cédula Vzina No.		Tipo de Documento		Tipo Documento N°		2.- Nombres	
V-18669547		N/A		N/A		N/A		Primero Segundo	
VICTOR		JOSE		Apellidos		MORALES CASTILLO			
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación				
Venezolana	Masculino	19	Soltero	Si	AGENTE DEL ORDEN PUBLICO				
9.- Dirección									
URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA N° 2									
10.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.		Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento		
Estado Portuguesa			Municipio Guanare		Capital Guanare		Guanare		
Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1									
1.- Datos Ident.		Cédula Vzina No.		Tipo de Documento		Tipo Documento N°		2.- Nombres	
V-14067033		N/A		N/A		N/A		Primero Segundo	
MILAGROS		COROMOTO		Apellidos		BARAZARTE GUERRA			
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación				
Venezolana	Femenino	30	Soltera	Si	T.S.U. MERCADOTÉCNIA				
Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2									
1.- Datos Ident.		Cédula Vzina No.		Tipo de Documento		Tipo Documento N°		2.- Nombres	
V-12009974		N/A		N/A		N/A		Primero Segundo	
CELIDA		DEL CARMEN		Apellidos		NIETO SEVILLA			
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación				
Venezolana	Femenino	36	Soltera	Si	N/A				

La presente acta se levanta en TRES (03) ejemplares de un mismo tenor  
un solo efecto. Leído su contenido al declarante y los testigos, conforme firman.

Certifico que la presente acta quedó inserta bajo el número, tomo y año del libro de actas  
llevarlos por esta Oficina Municipal de Registro, citados en el Título I.a. de este documento.  
Asimismo doy fe de que la información contenida en esta acta corresponde fielmente a  
la declaración tomada a las personas que aquí se citan, ya como declarantes del acto, o  
como testigos, y por tener a la vista los documentos presentados.

EL PRESENTANTE

TESTIGO 1

TESTIGO 2

T.S.U. Adriana Morales De León  
Jefe Civil (E)  
GUANARE, PORTUGUESA

LA SECRETARIA