



INFORME MÉDICO

CENTRO CLÍNICO LOS CEDROS, C.A.
J-29438457-8

Fecha: 29/7/16

Nombre del Paciente:

Beatriz Pineda

C.I.: 28.107.905 Edad: 65 años Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: Estado Civil:

Dirección Habitación:

Teléfonos:

Avda. V. de la Prueba
Ritupurá

☐ INGRESO

☐ U.C.I.

☐ EVOLUCIÓN

☐ EMERGENCIA

☐ INTERCONSULTA

☐ EGRESO

☐ DEFUNCIÓN

DIAGNÓSTICO:

- 1) Quiste Aracnoideo Temporal Izquierdo
- 2) IctE intravascular posible Aterotrombosis
- 3) PDT de derivación Intracranial de
Pto. posterior por Hicistoposis Secundaria a (2)

Atención adobante a partir de edad que se
genera en algunas áreas que se encuentran
de crecimiento o crecimiento regular y algunos ganglios y
arterias Neurológicas por lo de la visión parcial (visión
borrosa), Pérdida de la fuerza motora (limitación
para la deambulación) + episodios recurrentes de cefalea
+ fuerte intermitente espasmos que ceden momentáneamente con
los analgésicos. Actualmente presenta Intenimiento
Quirúrgico para extracción de tumoración de base
posterior con carácter de urgencia ya que presenta
ne sufrido deterioro Neurológico y Motor. por lo de

OBSERVACIONES:

para la Intervención Quirúrgica.

- 1.- Kit de Craniotomía
- 2.- Pinza Bipolar
- 3.- Material
Hemostático (Cera de hueso, Botonoides y Gelfoam)
para reducción inmediata y fijación de los síntomas

Nombre del Médico:

Florianver González

Especialidad:

Medicina Quirúrgica

C.I.: 18.637.709

C.M.: 3399

M.S.A.S.: 101.718.

Dr. Florianver González
Médico Cirujano
RIF: V-19537769-3
EMP-3399/MPPS 101.718

Firma y Sello del Médico

Tac. 2603

Intervención Quirúrgica

Araure, 02 de mayo del 2016

Ayuda humanitaria


Ante todo un cordial saludo, Yo Gusbeth del Carmen López, mayor de edad titular de la cedula de identidad n° 15.070.476, con residencia en la urbanización 12 de octubre, calle 9 con avenidas 05 y 06 casa n° 513, madre de la adolescente; Beatriz Yohana Arroyo López de 15 años de edad titular de la cedula de identidad n° 28.107.905. Me dirijo ante ustedes con la finalidad que puedan ayudarme ya que mi hija está padeciendo un tumor cerebral que fue diagnosticado el día 16 de diciembre del año 2015, el día 14 de enero de este año fue intervenida por primera vez para colocar una válvula de alta presión para combatir una hidrocefalia leve que le produjo el tumor colocando en espera la segunda intervención quirúrgica, para extraer el tumor por esa razón me dirijo ante ustedes para solicitar su ayuda para comprar el material que me están solicitando para realizar dicha operación ya que soy de familia humilde y no cuento con los recursos para poder operar a mi hija el cual es necesaria que se haga lo más pronto posible ya que la salud de mi hija se está deteriorando.

Sin más que agregar se despide una madre desesperada por ver mejora en su hija

Gusbeth López
C.I. 15.070.476

0414 5277267
0414 5307278

Yusmarí Pérez
0424 5664770


10/06/16 30
Hora 9:21

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 28.107.905 MF003

APELLIDOS ARROYO LOPEZ
NOMBRES BEATRIZ YOHANA

Firma Titular *Arroyo Lopez*

30-10-00 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

01-11-10 11-2020
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO




REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 14.272.557 MF003



APELLIDOS MAMBEL REYES
NOMBRES YHONNY JOSE

Firma Titular *Yhonny Reyes*

22-06-79 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

01-11-10 11-2020
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 15.070.476 MF003

APELLIDOS LOPEZ
NOMBRES GUSBETH DEL CARMEN

Firma Titular *Gusbeth Lopez*

16-12-79 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

01-11-10 11-2020
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO






Fecha:	29/04/2016	Presupuesto No.	972
Nombre:	Beatriz Yohana Arroyo López	Cédula:	28.107.905
Edad:	15 AÑOS	Teléfono:	0424-5211553
Referencia:	Dr	Condición de pago:	Contado

Cantidad	Descripción	Código	P. Unitario	Total
01	Kit de Craneotomía	N/D	320.000,00	320.000,00
01	Pinza Bipolar	N/D	20.000,00	20.000,00
01	Cera de Hueso	N/D	10.000,00	10.000,00
02	Cotonoides	N/D	15.000,00	30.000,00
01	Gelfoam	N/D	20.000,00	20.000,00
TOTAL				400.000,00

Condiciones:

- 1- Tiempo de entrega: Inmediato.
- 2- Validez de la oferta: 05 días.
- 3- Forma de pago: Contado.
- 4- Cheque a nombre de: Emedica Uno C.A.
Cuenta Banesco N°: 0134 0416 09 4161017707
- 5- En caso de reintegros y/o devoluciones, la empresa se reserva el derecho de efectuar Retenciones del 10% por concepto de gestión administrativa.
- 6- Si la cirugía es omitida en el día pactado, se cancelará adicional el costo de la asistencia quirúrgica para la próxima fecha de la misma.

EMEDICAL UNO, C.A.

RIF: J-29608591-9

Jorge Vielma

Ing Jorge Vielma (Director)

e-mail: yiyoco@hotmail.com / emedicaluno@gmail.com
Tlfs.: 0251-7141408 / 0416-6550968 / 0424-5721997
Av. Lara con Av. Terepaima C.C. Rio Lama, 5ta etapa. Nivel Intermedio, Local L-13, sector Este. Barquisimeto Edo. Lara