

Consejo Comunal "Los Soberanos" Urbanización "La Gracianera"

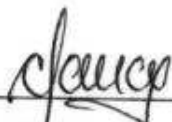
RIF: J-299968820

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Quienes subscribimos, VOCEROS DEL CONSEJO COMUNAL "LOS SOBERANOS", de la Urbanización La Gracianera, Municipio Guanare Estado Portuguesa, Certificamos que el (a) Ciudadano (a). Yusely Lucrecia Rodriguez Linarez, titular de la Cedula de Identidad N° 11399.691, Nacionalidad venezolana, reside en esta Urbanización en la siguiente dirección: Av 2 casa A-01, Guanare Estado Portuguesa. Desde hace veinte 20 años.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada, en la ciudad de Guanare a los 06, día del mes de julio, del año 2016

PARA LA TRAMITACION DE: _____

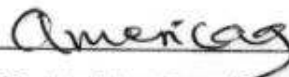


Licda. Nancy Yépez

C.I. V-9.258.358

Unidad de Contraloría Social

Telf. 0416-4541737



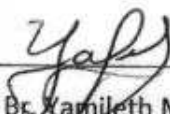
Br. América González

C.I. V-9.255.678

Comité de Asuntos Civiles

Telf. 0257-2530479 0416-3721129

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO COMUNAL LOS SOBERANOS
Urbanización La Gracianera
Guanare Estado Portuguesa



Br. Yamileth Mora

C.I. V-11.717.450

Comité de Habitación y Vivienda

Telf. 0416-9749381

"LA GRACIANERA SOMOS TODOS", PARTICIPA
DOCUMENTO VALIDO POR 90 DIAS.
Cuidemos y Mantengamos limpia nuestra Urbanización.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 29.632.380 021
APELLIDOS GARABOTE RODRIGUEZ
NOMBRES KARLA YOSELYS
Karla Garabote
Firma Titular
17/04/2002 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
27/01/2012 01/2022
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO
Ciudadano

Reinaldo Castañeda
Gobernador del Estado Portuguesa
Su Despacho.-

Ante todo reciba un Cordial Saludo Bolivariano y Revolucionario, esperando que Dios le bendiga y le siga ayudando en ésta ardua tarea que le ha sido encomendada.

Yo, **Yusely Lucrecia Rodríguez Linares**, casada, mayor de edad, portadora de la cedula de Identidad N° **11.399.691**, domiciliada en la Urbanización la Gracianera, de profesión Docente, de la Ciudad de Guanare Estado Portuguesa. Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad solicitarle una ayuda económica para cubrir los gastos de una intervención quirúrgica de **Escoliosis Idiopática**, que necesita con urgencia mi hija **KARLA YOSELYS GARABOTE RODRIGUEZ**, titular de la cedula de identidad N° **29.632.380**, de 14 años de edad, la cual va a ser realizada en el Hospital Ortopédico Infantil de la Ciudad de Caracas, para la misma la paciente amerita la colocación de materiales quirúrgicos que dan un costo de Bs. 1.426.280,00 y a su vez los gastos de operación que son por bs. 829.246,00 para un **total de bs. 2.255.526,00**. Por tal motivo acudo a sus buenos deseos de ayudar, ya que no cuento con los recursos económicos necesarios para cubrir esta urgencia médica. Es importante mencionar que de no hacer la intervención quirúrgica lo antes posible afectara el sistema pulmonar de la niña, causando complicaciones respiratorias severas. Se anexan informe Médico, presupuesto de materiales quirúrgicos y presupuesto de operación.

Sin más a que hacer referencia y en espera de una respuesta satisfactoria y de contar con su apoyo.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 11.399.691 MM756
APELLIDOS RODRIGUEZ LINAREZ
NOMBRES YUSELY LUCRECIA
Yusely Rodriguez
Firma Titular
17-03-74 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
04-12-15 12-2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

Atentamente;
Yusely Rodriguez
Yusely Rodriguez
Telf.: 0414-5773953



TAC 3237
Intervención Quirúrgica

Guanare, 07 de julio de 2016



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

Caracas, 28 de junio de 2016

INFORME MÉDICO

Centro Patología de Columna Vertebral

Dr. Antonio Cartolano

INFORME MEDICO

Se trata de Paciente Karla Garabote CI 29632380 de 14 años de edad, quien consulta por presentar deformidad de columna vertebral, al examen físico se evidencia asimetría de hombros y asimetría del triángulo de talle con desbalance del tronco a la derecha, Adams (+) con giba derecha y prominencia lumbar izquierda desbalanceada.

En los estudios de imágenes se aprecian: Curva Torácica de convexidad derecha de 44° desde T6 a T11 de 45 grados, curva Lumbar de convexidad izquierda de 49° desde T12 a L4

Impresión Diagnóstica: Escoliosis Idiopática del adolescente

La paciente necesita ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Ortopédico Infantil para realizar cura operatoria de escoliosis por vía posterior mediante liberación de partes blandas, osteotomías múltiples y artrodesis vertebral posterior instrumentada con sistema **tipo ZEUS con 17 tornillos + 3 ganchos + 2 barras de titanio y 2 conectores transversos** además de injerto óseo autólogo, para prevenir mayor progresión de la curva que condicione un síndrome restrictivo pulmonar que cause complicaciones respiratorias severas.



Dr. Antonio Cartolano

C.I. 5.073.695

MSAS 27961

Dr. Antonio Cartolano
Clínica de Columna
C.I. 5.073.695
MSAS 27961



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35777

Paciente: KARLA YOSELYS GARABOTE RODRIGUEZ

Edad: 14 años

Nro. Historia: FHOI-182310

Responsable de Pago: KARLA YOSELYS GARABOTE RODRIGUEZ

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ANTONIO CARTOLANO CATALDO

Diagnóstico: ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE

Especialidad: CLINICA DE COLUMNA

Procedimiento (s): COL.C1.01 CURA OPERATORIA DE ESCOLIOSIS, OSTEOTOMIAS MULTIPLES, ARTRODESIS INSTRUMENTADA:

C.I./ Pasaporte: V-29632380

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04145773953

Rif: V-29632380

Fecha Elaboración: 28-06-2016

Fecha Vencimiento: 12/08/2016

Días Cama Hospitalización: 4

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
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
CONSUMIBLES- 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	4,00	9.712,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				27.015,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	4,00	32.760,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	4,00	12.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	4,00	11.760,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				58.520,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	400.000,00	1,00	400.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				400.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	50.000,00	1,00	50.000,00
Total FARMACOS				50.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				6.141,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	5.402,00	1,00	5.402,00
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
TORAX PA	UND	520,00	1,00	520,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				9.580,00
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	24.980,00	1,00	24.980,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS	UND	14.500,00	2,00	29.000,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	7.500,00	1,00	7.500,00

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

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

Impreso: 28 de Junio de 2016

Hora: 01:31 PM

Usuario: ESOSA

Departamento: ADMINISTRACIÓN



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35777

HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL COLUMNA	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	3.500,00	3,00	10.500,00
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	5,00	10.340,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	5,00	10.340,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	1.200,00	4,00	4.800,00
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				277.990,00

Total Hospital	551.256,00
Total Honorarios	277.990,00
Total General Presupuesto Bs.	829.246,00

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.
- 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:
ERENIA SOSA	
C.I.: V-15295285	C.I.:

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 28 de Junio de 2016
Hora: 01:31 PM
Usuario: ESOSA
Departamento: ADMINISTRACIÓN



Centro de Patología Columna Vertebral

Urológico San Román I.C.U.T.



RIF. J-30553867-0

Caracas, 29 de Junio de 2016

0289

Señor (a) :

KARLA GARABOTE

V-29,632,380

Presente.

Atendiendo a su solicitud nos permitimos cotizarle el siguiente producto:

17 Tornillos Intrapedicular Zeus	824.160,00
17 Tulipas Poliaxiales	246.500,00
2 Barra de Titanio dia. 5.5mmx45cm	96.120,00
3 Ganchos transverso Zeus	144.900,00
2 conector Transverso Zeus	79.600,00
Instrumentista	35.000,00
	0,00

PRECIO TOTAL Bs. 1.426.280,00

TOTAL A PAGAR 1.426.280,00

El mismo debe ser transferido o depositado en:

BANCO NACIONAL DE CREDITO

Cuenta Corriente N° 0191 - 0051 - 10 - 2151003807

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

RIF: J-30553867-0

Una vez depositado enviar por el fax n° (0212) 993-47-90

copia de la Transferencia o deposito. O si lo prefiere por los correos :

columnacaracas@hotmail.com

Sin otro particular, quedamos de usted, muy atentamente.

Antonio Ruotolo C.

Administrador.

0412-573-1327

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

NOTA: NO SE ACEPTA CARTA AVAL