



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30414

Paciente: JEREMY JOSUE TORREALBA BRICEÑO
Edad: 11 meses 20 días
Nro. Historia: FHOI-410134
Responsable de Pago: JEREMY JOSUE TORREALBA BRICEÑO

C.I./ Pasaporte: V-24537967#3
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 0426-950-45-43
Rif: V-24537967#3
Fecha Elaboración: 06-04-2016
Fecha Vencimiento: 21/05/2016
Días Cama Hospitalización: 2

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización
Médico Tratante: SIGFREDO CONCEPCION DOMINGUEZ MOLINA
Diagnóstico: PEV
Especialidad: ORTOPEDISTA
Procedimiento (s): M.I.C.03 CIRUGIA POSTEROMEDIAL BILATERAL

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	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
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SOORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	2,00	6.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	2,00	5.880,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	2.000,00	2,00	4.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				15.880,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	105.000,00	1,00	105.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				105.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total FARMACOS				30.000,00
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
CREATININA	UND	100,00	1,00	100,00
GLUCEMIA	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
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				2.020,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	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	235,00	2,00	470,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				2.735,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00

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

Impreso: 06 de Abril de 2016
Hora: 08:52 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30414

Total SERVICIO SALA DE YESO		C.I./Pasaporte: V-243370743	10.000.00
PRODUCTOS A LA MEDIDA		Tipo de Paciente: F	
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA		Telefono: 0212-509-4515	
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA		Rit: V-243370743	50.000.00 1.00 50.000.00
HONORARIOS PROFESIONALES		Fecha Elaboración: 06-04-2015	50.000.00
CIRUJANO PRINCIPAL		Fecha Vencimiento: 27/05/2015	
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE		Días Camas: 48.000.00 1.00 48.000.00	
ANESTESIOLOGO			
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE			
PERFIL DE BANCO DE SANGRE			
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.			
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION			
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.			
SERVICIO ATENCION PRE-ANESTESIA			
INSTRUMENTAL ESPECIAL			
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES			
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA			
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA			
HONORARIOS POR PLACA PABELLON			
Total HONORARIOS PROFESIONALES			
SERVICIO DE HOSPITALIZACION			
SOPORTE ENTERO-PARENTERAL POR DIA			
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACION			
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO			
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION			
Total Hospital			235.366.00
Total Honorarios			125.146.00
Total General Presupuesto Bs.			360.512.00

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 alta 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:
SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON	
C.I.: V-19351776	C.I.:

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

Impreso: 06 de Abril de 2015
Hora: 08:57 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

ESTADO PORTUGUESA

MUNICIPIO SUCRE

BISCUCUY



FOLIO Nº 210

ACTA DE NACIMIENTO

LA CIUDADANA ABOGADA YASMEN COROMOTO HIDALGO VALDERRAMA ACTUANDO POR DELEGACION DEL CIUDADANO ALCALDE DEL MUNICIPIO SUCRE ESTADO PORTUGUESA, SEGUN RESOLUCION Nº 120-2.014, DE FECHA 03 DE OCTUBRE 2014, PUBLICADA EN GACETA MUNICIPAL Nº 4266, DE FECHA 09 DE OCTUBRE DE 2014, LEÍDA LA PRESENTE ACTA EN SU ORIGINAL Y EXAMINADA DE SU ORIGINAL ACTA Nº 210 - La Abogada Yasmín Coromoto Hidalgo Valderrama, Registradora Civil del Municipio Sucre Estado Portuguesa, Titular de la cédula de identidad Nº 17.304.838, según Resolución Nº 120 de fecha 03/10/2014, publicada en gaceta Municipal Nº 4266 de fecha 09/10/2014, hago constar: Que hoy Veintitres (23) de Junio del año Dos Mil Quince (2015), me ha sido presentado en este despacho un niño por el ciudadano: Leonel José Torrealba Santos, titular de la cédula de identidad Nº 13.041.923, de 39 años de edad, de nacionalidad venezolana, de ocupación Chofer, domiciliado en el Sector San Francisco, Biscucuy, Municipio Sucre, Estado Portuguesa, y expuso que el niño que presenta nació el día Dieciséis (16) de Abril del año Dos Mil Quince (2015), a las 1:08 p.m., en el Hospital Dr. Miguel Oraz Segun Certificado de Nacimiento Nº 6819742, y tiene por nombres y apellidos: JOSE JESUE TORREALBA BRICEÑO, hijo del presentante y de: Karina del Valle Briceño Parra, titular de la cédula de identidad Nº 24.537.967, de 30 años de edad, de nacionalidad venezolana, de ocupación Oficios del Hogar, y domiciliada en el Sector San Francisco, Biscucuy, Municipio Sucre, Estado Portuguesa. Hacen testigos presenciales de este acto los ciudadanos: Mariyam Egle Escalona Mejías, titular de la cédula de identidad Nº 14.333.557, de 35 años de edad, de nacionalidad venezolana, de ocupación Secretaria, domiciliada en el Sector El Bongo, Biscucuy, Municipio Sucre, Estado Portuguesa, y Yulimar Dariagny González Marchena, titular de la cédula de identidad Nº 19.669.333, de 24 años de edad, de nacionalidad venezolana, de ocupación Secretaria, y domiciliada en el Sector Vega del Cobre, Biscucuy, Municipio Sucre, Estado Portuguesa. Leída la presente acta al presentante y testigos manifestaron su conformidad y firman. - Registradora Civil (fdo): firma ilegible. - El presentante (fdo): firma ilegible. - Testigos (fdo): firma ilegible. - EXPIDO LA PRESENTE CERTIFICACION PARA FINES DE LEY A PETICION DE PARTE INTERESADA EN BISCUCUY A LOS OCHO DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO DOS MIL QUINCE.

Rec 1971

Zaida Q C Traumatología Pedriatrica.

CIUDADANO:
C/A REINALDO CASTAÑEDA
GOBERNADOR DEL ESTADO PORTUGUESA
SU DESPACHO.-



Reciba un saludo Bolivariano y socialista.

Quien suscribe, **KARINA BRICEÑO**, mayor de edad, venezolana titular de la cedula de identidad N° 24.537967 madre del menor **JEREMY JOSUE TORREALBA BRICEÑO**, de un año de edad, quien sufre desde su nacimiento de **PIE EQUINO VARO BILATERAL**, por lo que ha sido intervenido quirúrgicamente en dos oportunidades, y desde entonces hemos tratado con yesos Para sobrellevar la patología, en el Hospital Ortopédico Infantil de Caracas, soy madre soltera, no tengo empleo, de verdad mi situación es muy difícil, y Amerito de su Ayuda económica Urgente, con la cantidad que este a su alcance pues la tercera operación es en 15 días, pues la intervención y los gastos son muy costosos no puedo cubrirlos y acudo en su ayuda solidaria, conociendo de su buen corazón, y poder ayudar a Jeremy.

Sin otro particular al cual referirnos me suscribo, que dios le bendiga.

Atentamente.-

Karina Briceño

KARINA BRICEÑO

CI.V 24.537967
TLF. 0416.091097

ANEXO COPIAS DE CEDULA, PRESUPUESTO ENTRE OTROS.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 24.537.967

MM756

APELLIDOS BRICEÑO PACHECO

Juan Dugarte
Director

NOMBRES KARINA DEL VALLE

FIRMA TITULAR

Karina Briceño

06-05-85 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

02-06-15 06-2025

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

Caracas, 04 de Mayo de 2016

INFORME MÉDICO

Paciente: Jeremy Torrealba
Historia: 41-01-34

Paciente Masculino de 1 año de edad el cual es traído a este centro por presentar pie Equino Varo Bilateral. Es incluido en el protocolo de ponseti que consiste en la colocación de una cantidad de yesos, posteriormente se le realizo Tenotomía de Ambos Aquiles. Actualmente presentaba recidiva y ameritaba realizar cirugía posteromedial en ambos Aquiles.

Dr. Sigfredo Domínguez
Ortopedia
C.I. 3.724.123 / S.A.S. 32219

DR. SIGFREDO DOMINGUEZ