



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28805

SALA DE YESO				
Total SERVICIO SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
				10.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ				
Total SERVICIO DE FISIATRIA	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
				1.000,00
PRODUCTOS A LA MEDIDA				
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA				
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA	UND	120.000,00	1,00	120.000,00
				120.000,00
SERVICIO DE FISIOTERAPIA				
CONSULTA DE FISIOTERAPIA				
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA	UND	800,00	10,00	8.000,00
				8.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
ANESTESIOLOGO	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	5.000,00	1,00	5.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	4.500,00	1,00	4.500,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	1,00	1.034,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	1,00	1.034,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	850,00	1,00	850,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	535,00	1,00	535,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	45,00	1,00	45,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				119.268,00
Total Hospital				329.998,00
Total Honorarios				119.268,00
Total General Presupuesto Bs.				449.266,00

### 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

Tac 2671

Int. Quirúrgica

Acarigua, 16/03/2016

Atención al Soberano

Ciudadano:

Gobernador. Rinaldo Castañeda.

Su despacho;



Reciba un cordial saludo Bolivariano a usted y a todo su equipo de trabajo.

Yo, Yelitza Rodríguez, Venezolana, mayor de edad titular de CI: 15.491.713, me estoy dirigiendo a usted en esta oportunidad para exponerle mi situación, de que no tengo dinero, por el cual le solicito su ayuda económica, para la operación de mi hijo de 8 años de edad ya que tiene una Hemiparesia Derecha, la cual amerita una intervención quirúrgica de alargamiento tendinoso de Aquile Derecho, Bloqueo con Dystport a múltiples niveles en miembro Superior e Inferior Derecho, requiere la cantidad de Bs. 449.266,00 teniendo como fecha de vencimiento el 23/04/2016 del presupuesto N° 28805 por la Fundación Hospital Ortopédico Infantil.

Estoy domiciliada en Barrio América, Calle 24 y 25 con av. 40 Edif. Hegan apto 14 piso N° 1 Acarigua - Portuguesa +11 0255-6644692 - 04140557943, soy madre soltera y de escasos recursos.

Me despido de usted esperando una respuesta satisfactoria



FUNDACIÓN  
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

médica portuguesa c.a

Clínica dr. José María Vergas  
teléfonos: (0292) 6266323 - 6000300  
Araure - estado Portuguesa  
c.f. 1-085011

## INFORME MÉDICO

Araure, mayo 18 de 2017.

FECHA: 07/03/2016

PACIENTE: Ruben Becerra

DX: Disfunción Motora Subtipo Hemiplejia Espástica Derecha.

EDAD: 08 años.

# Historia: 438525

Paciente con marcha independiente, estable, patrón Hemipléjico derecho, flexión del miembro superior derecho, Pelvis derecha en ligera rotación externa, izquierda en interna, Caderas en rotación externa, flexión; rodillas en flexión a predominio de la derecha, frenada, plano sagital con limitación para alcanzar el pico máximo de flexión durante el prebalanceo y balanceo inicial, lo que dificulta el paso libre del pie durante el balanceo, plano frontal en varo durante el balanceo la derecha.

Se observa a nivel del tobillo contacto inicial en 3ra mecedora del pie derecho, con hiperactividad de los dorsiflexores durante el balanceo, en el plano coronal progresión del pie derecho con respecto a la línea media en rotación externa, pie equino valgo derecho.

Por lo que amerita de:

- ✓ Alargamiento percutáneo de Aquiles derecho
- ✓ Bloqueo con Dysport a múltiples niveles en miembro superior e inferior derecho

DR. ESTEBAN BRICEÑO VOIRIN

MPI/sg

dr. esteban briceño voirin

cú. P.30

clínica

tel. 6000300



Dr. Carlos Prato

DR. CARLOS PRATO

Dr. Carlos Prato  
Traumatología y Ortopedia  
Neuro - Ortopedia  
WPPS: 40637 C.I. 8.099.523

QUE EN LOS LIBROS DE REGISTROS DE NACIMIENTOS ABOGADO RODRIGUEZ ESCOBAR, JEFE CIVIL, CANTIDAL, DEL AÑO 2007, SE ENCUENTRA ASENTADA UNA PARTIDA CUYOS DATOS SON LOS SIGUIENTES: ABOGADO GUSTAVO ADOLFO RODRIGUEZ ESCOBAR, JEFE CIVIL, CANTIDAL, DE NÚMERO 14824, DE FECHA DE PRESENTACIÓN VEINTICUATRO DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL SIETE, CONSTANCIA QUE EL DÍA PRIMERO DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL SIETE, NACIÓ EN EL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DOCTOR ANTONIO MARIA PONEA DE BARQUISIMETO, ESTADO LARA, TAL COMO CONSTA EN CERTIFICADO DE NACIMIENTO NÚMERO 51087 EXPEDIDO POR EL CENTRO ASISTENCIAL UN NINO QUE TIENE POR NOMBRE RUBEN ALEJANDRO Y ES HIJO DE RODRIGUEZ ESCOBAR, GUSTAVO ADOLFO, DE NACIONALIDAD VENEZOLANA.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 15.491.713

MM625

Dante Rivas  
Director

APELLIDOS RODRIGUEZ GARCIA

NOMBRES YELITZA COROMOTO

PRIMA VIGILAN

09-06-79 SOLTERA

03-11-11 11-2021

F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28805

Paciente: RUBEN ALEJANDRO BECERRA RODRIGUEZ  
Edad: 8 años  
Nro. Historia: FHOI-438525  
Responsable de Pago: RUBEN ALEJANDRO BECERRA RODRIGUEZ  
Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización  
Médico Tratante: CARLOS HUMBERTO PRATO DE LIMA  
Diagnóstico: DM SUBTIPO DE HEMIPLEJIA ESPASTICA DERECHA  
Especialidad: ORTOPEDISTA  
Procedimiento (s): NEOR.C.34 Realineación Patelofemoral de Partes Blandas:

C.I./ Pasaporte: V-15491713#1  
Tipo de Paciente: F  
Teléfono: 04140557943  
Rif: V-15491713#1  
Fecha Elaboración: 09-03-2016  
Fecha Vencimiento: 23/04/2016  
Días Cama Hospitalización: 1

### 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
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
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
ELECTROESTIMULADOR	UND	500,00	1,00	500,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				17.803,00

### SERVICIO DE HOSPITALIZACION

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 NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				7.940,00

### MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	95.000,00	1,00	95.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				95.000,00

### FARMACOS

MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
DYSPORT	AMPOLLA	17.750,00	2,00	35.500,00
Total FARMACOS				65.500,00

### 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
GLICEMIA	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	UND	70,00	1,00	70,00
TIEMPO DE PROTROMBINA	UND	70,00	1,00	70,00
TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINNA	UND	60,00	1,00	60,00
V.D.R.L	UND			
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

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

Impreso: 09 de Marzo de 2016  
Hora: 09:37 AM  
Usuario: SCONTRERAS  
Departamento: ADMINISTRACION