

HISTORIA CLÍNICA

- PARTE II -

Marca así: V lo encontrado normal después de examinar. Dejar en blanco lo no examinado o interrogado

Marca así: X en la columna de la izquierda lo encontrado anormal al examen y describirlo en esta columna usando los números de la referencia dada para ahorrar espacio y tiempo al escribirlo

ANTECEDENTES PERSONALES

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Adenitis | 120. Otitis |
| 1.2. Alergia | 121. Paludismo |
| 1.3. Amigdalitis | 122. Parásitos |
| 1.4. Artritis | 123. Parotiditis |
| 1.5. Asma | 124. Pleuresia |
| 1.6. Chancros | 125. Quirúrgicos |
| 1.7. Hemorragia | 126. Rinofaringitis |
| 1.8. Bronquitis | 127. Rubéola |
| 1.9. Buba | 128. Sarampión |
| 1.10. Catarros | 129. Sifilis |
| 1.11. Chagas | 130. Síndromes |
| 1.12. Chancros | Disentericos |
| 1.13. Difteria | 131. T. B. C. |
| 1.14. Diarreas | 132. Tifoidea |
| 1.15. Hansen | 133. Tosferina |
| 1.16. Influenza | 134. Traumatismo |
| 1.17. Lechía | 135. Vacunaciones |
| 1.18. Necatoriasis | 136. Otros: |
| 1.19. Neumonía | |

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

(Estado de Salud o causa de la muerte de los padres, hermanos, hijos y otros familiares)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 2.1. Alergia | 2.8. Enf. Renales |
| 2.2. Artritis | 2.9. Intoxicaciones |
| 2.3. Asma | 2.10. Neuromentales |
| 2.4. Cáncer | 2.11. Sifilis |
| 2.5. Cardiovasculares | 2.12. T. B. C. |
| 2.6. Diabetes | 2.13. Otros |
| 2.7. Digestivas | |

3. HABITOS PSICOBIOLÓGICOS

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 3.1. Alcohol | 3.7. Rasgos personales |
| 3.2. Chimo | 3.8. Sexuales |
| 3.3. Deportes | 3.9. Siesta |
| 3.4. Drogas | 3.10. Sueño |
| 3.5. Ocupación | 3.11. Tabaco |
| 3.6. Problemas Familiares | 3.12. Otros |

EXAMEN FUNCIONAL

4. GENERAL

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 4.1. Aumento peso | 4.5. Sudores Nocturnos |
| 4.2. Fiebre | 4.6. Temblores |
| 4.3. Nutrición | 4.7. Otros |
| 4.4. Pérdida de peso | |

5. PIEL

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 5.1. Cianosis | 5.4. Pigmentaciones |
| 5.2. Edema | 5.5. Prurito |
| 5.3. Erupciones | 5.6. Otros |

6. CABEZA

- | | |
|------------------------|--------------|
| 6.1. Caída del Cabello | 6.4. Sincope |
| 6.2. Cefalea | 6.5. Traumas |
| 6.3. Mareos | 6.6. Otros |

7. OJOS

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 7.1. Amaurosis | 7.5. Dolor |
| 7.2. Anteojos | 7.6. Fotofobia |
| 7.3. Cansancio Ocular | 7.7. Lagrimeo |
| 7.4. Diplopia | 7.8. Otros |

(SIGUE A LA VUELTA)

16/2/16. Informe Médico

Se trata de Paciente Simplicio Milan de 65 años con antecedentes de

① ICC Global Compensado

② Prostatitis Beningua

③ Hernia Umbilical

motivo por el cual actualmente se encuentra en condiciones clínicas estable afebril, hidratado.

Plan: ① Conducta Quirúrgica para Hernia Umbilical

② Prostatectomía Completa.

Dr. Roberto J. González J.
R.A. EMERGENCIOLOGIA
RIF: V-18672704-0
M.P.S. 98.859



República Bolivariana De Venezuela
Consejo Comunal "Inocencio Caldera"

Registro N° 18-04-01-001-0029

NIF N° J-29958326-0

Barrio El Progreso Sector III

Guanare - Portuguesa

Constancia de Residencia

Los voceros (a) de las unidades; Ejecutiva, Administrativa y Financiera y la Contraloría Social; hace constar que el (la) ciudadano (a) Salvador Ramon Chilan Titular de la cédula de identidad N° J.122.992 esta residenciado (a) en la siguiente dirección Calleson desde hace años.

Constancia que se expide a solicitud de las partes interesadas, a los 13 días del mes de Febrero de 2016.

Solo para efecto de: Agenda Económica para Ciudad

HENRRY MONTILLA

C.I:12.648.744

Tlf: 0416-0371093

Vocero Principal

Unid. Contraloría

FRANCISCA ESCALONA

C.I:4.602.576

Tlf: 0416-0375833

Vocero Principal

Infraestructura

Consejo Comunal



ZAYNER AVILA

C.I:14.205.345

Tlf: 0426-4193603

Vocero Principal

Comité de Tierras Urbanas

MIRIAM MATUTE

C.I:8.055.306

Tlf: 0424-5831186

Vocero Principal

Vivienda y Habitat

ELIS MORILLO

C.I:13.530.993

Tlf: 0416-7509709

Vocero Principal

Comité de Salud y Ambiente

"Hay hombres que luchan un día y son buenos, hay otros que luchan años y son mejores, pero hay los que luchan toda la vida esos son los imprescindibles"

OBSERVACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Luego de suministrar los datos proporcionados por el Solicitante, se evidencia la necesidad que presenta el ciudadano José Segovia, el cual solicita una Ayuda Económica para realizarse según Informe Médico Anexo una **Intervención Quirúrgica** por presentar una **catarata** relacionado con la edad ojo izquierdo. Cabe destacar el Beneficiario no cuenta con ningún tipo de Seguro su única fuente de Ingresos es solo su pensión asignada por el IVSS. Además manifiesta vivir alquilado en una habitación solo. El Monto de la Intervención asciende a **\$ 97.325,00**

TRABAJADOR SOCIAL		SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS:		NOMBRES Y APELLIDOS:	
		José Encarnación Segovia	
FIRMA:	INSTITUCIÓN	FIRMA:	José Segovia
		C.I N° V.-	2.232332

ANÁLISIS DEL CASO

RESPUESTA DE LA INSTITUCIÓN: APROBADO () NEGADO () MONTO Bs. ()

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Nº DE REGISTRO:	00056
FECHA DE SOLICITUD:	25-02-2016

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
JOSE ENCARNACIÓN SEGOVIA	V. 2.232.332
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Orinda de SAN Fernando de APURE (Municipio)	0426-4924734
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
No trabaja	—
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
—	23-03-1940

LOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
JOSE ENCARNACIÓN SEGOVIA	V. 2.232.332
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Orinda de SAN Fernando de APURE (Municipio)	0426-4924734
Estado: Portuguesa	Municipio: PAEZ
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
—	—
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
—	23-03-1940

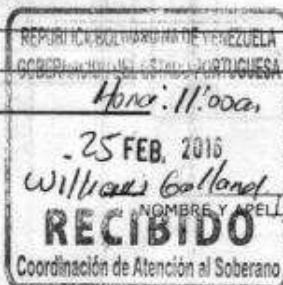
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
JOSE SEGOVIA	2.232.332	23-03-40	Beneficiario	0426-4924734	Pensionado	9.600

Breve Descripción del Requerimiento: Solicita una ayuda para Realizar una Intervención Quirúrgica de Catarata Relacionada con la edad o lo requiero mas fuerte del lente intraocular.

Observaciones del Despacho:

Jose Segovia
FIRMA DEL CIUDADANO (A)



William Gollander
NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO
(FIRMA Y SELLO)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CÉDULA DE IDENTIDAD
V 1.122.992
APELLIDOS MILAN
NOMBRES SULPICIO RAMON
MM756
Juan Dugarte
Director
02-03-42 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
03-03-15 03-2025
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CÉDULA DE IDENTIDAD
V 31.688.523
MILAN GUERRA
HENRY DIOSCORITO
03/08/1982 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
02/11/2015 11/2025
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

di 2016

Yo, Milan Sulpicio Ramon
C.I. 1.122.992 mayor de edad, me dirijo a
usted con atento saludo en nombre de la
revolución, la presente es para solicitarle
a través de sus buenos oficios una ayuda
económica ya que soy un adulto mayor, de
bajos recursos y necesito operarme lo mas
pronto posible, sufro de hernia, prostata y
el mal Chagánico

Conociendo de su sensibilidad humana
y social, mucho le sabe agradecer al respecto

Milan Guerra Henry D.
C.I. 31.688.523
(Hijo)

Milan Sulpicio R.
C.I. 1.122.992
Sulpicio Milan

Telf. 0257 253 5168

