



Municipio
San Rafael de Onoto,
Estado Portuguesa

Consejo Comunal
"Corralito I"



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS COMUNAS
MUNICIPIO SAN RAFAEL DE ONOTO – ESTADO PORTUGUESA
CONSEJO COMUNAL "CORRALITO I"

CONSTANCIA

Hacemos Constar que la Ciudadana: Ymna Ligni Crespo Jiménez Titular de la Cedula de Identidad: V-11.548.812 Madre de María Álvarez no dispone de recurso económico para el trasplante de Riñón de su hija por tal motivo solicitamos la ayuda correspondiente para dicha operación.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada ante el consejo comunal.

A los 04 día del mes de Julio del Año 2016

Ymna Ligni Crespo
C. 775.832
Vocero (a) de Finanza

Silvia Torrealba
10 644 474
Vocero (a) de Contraloría

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO C. DE LA COMUNIDAD
CORRALITO I
RIF. J-29936975-6
S.R.O Edo. Portuguesa

+AC 3072
INTERV. QUINQUICA.

SAN RAFAEL DE ONOTO- 27-06-16

Ciudadanos contraalmirante:

Reinaldo Castañeda, Gobernador del estado portuguesa.

Atención al soberano.

Guanare su despacho.

La presente es para solicitar ante usted la valiosa colaboración para María del cielo Álvarez Crespo C.I. 27.431.076 edad: 16 años, con enfermedad renal crónica en fase secundaria a nefritis túbulo intersticial recibiendo Hemodiálisis tres veces por semana, por lo cual amerita un trasplante de riñón.

El motivo de mi solicitud es por no contar con los recursos necesarios por lo que me apegó a ustedes y a su bondad esperando su importante aporte y al mismo tiempo deseamos que sea multiplicado por nuestro DIOS.

Atentamente:

Crespo Ymna
Ymna Crespo

11.548.812

Telf. 0424-5779201

Telf. 0426-7531289



UNIDAD DE DIÁLISIS INTEGRAL PORTUGUESA C.A.

Calle 28, entre Av. 27 y 28, Edif. 28 Locales 5 y 6, PB.

Tele-fax: 0255-6234054

Acarigua-Portuguesa

R.I.F. J-30759489-6

N.I.T. 0173410654

INFORME MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE **ALVAREZ CRESPO MARIA DEL CIELO**

CÉDULA DE IDENTIDAD **V - 27.431.076**

FECHA DE NACIMIENTO **26/11/1999**

EDAD **16 AÑOS**

Se trata de paciente femenina de 16 años de edad portador de Enfermedad Renal Crónica en fase 5, secundaria a Nefritis Tubulo Intersticial, en hemodiálisis tres veces a la semana de cuatro horas cada sesión los días (Lunes, Miércoles y Viernes).

Antecedentes de Importancia:

- Enfermedad Renal Crónica
- Anemia Secundaria
- Hipertensión Arterial

Examen Físico: TA 140/80 mmHg, FC 80x min

En regulares condiciones generales, hidratado, palidez cutáneo mucosa moderada, murmullo vesicular presente sin agregados, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, abdomen no palpo megaleas miembros inferiores sin edema.

TRATAMIENTO:

- Benutrex tab VO OD
- Ácido Fólico comp. 5 mg. 1 comp. vo od
- Acetato de Calcio
- Carvedilol tab 12.5 mg VO OD
- Ferganic cap VO OD
- Amlodipina tab 10 mg VO OD
- Miovit cap VO OD

Acarigua, 20 de Mayo del 2016

Magdalena Galindez P
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.I. V-5.941.759
M.S.D.S. 42.692

Magdalena Galindez
DRA. MAGDALENA GALINDEZ
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.I. V-5.941.759
M.S.D.S. 42.692

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CÉDULA DE IDENTIDAD
V 27.431.076 MF002

APellidos **ALVAREZ CRESPO**
Nombres **MARIA DEL CIELO**

26-11-99 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

09-09-09 09-2019
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

+ Maria Alvarez

Dante Rivas
Director



R.I.F.: J-00068377-8
N.I.T.: 0063982946

PRESUPUESTO # 20167732

AV. PRINCIPAL DE SANTA SOFIA, EDF. CLINICA SANTA SOFIA, CARACAS, VENEZUELA
Tlf.: 9854122 / 9854233(MASTER) www.clinicasantasofia.com.ve

Nombre del Paciente ALVAREZ MARIA
Asegurado Principal
Médico Tratante RODRIGUEZ DE R CANDELARIA
Responsable de Pago PARTICULAR

Cédula de Identidad : 27.431.073
Cédula de Asegurado
Fecha Entrada: 15/06/2016

PROCEDIMIENTO : TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO

DIAGNOSTICO : TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO

| | | PRECIO |
|---|-------------|-------------------|
| HOSPITALIZACION | | |
| HABITACION | 7,00 Dia(s) | 19.320,00 |
| SUMINISTROS MEDICOS | | 240.000,00 |
| MEDICINAS EN HOSPITALIZACION | | 220.000,00 |
| SER. MEZCLA INTRAVENOSA | | 16.240,00 |
| SERV. UNIDOSIS | | 9.940,00 |
| ASISTENTE HOSPITALARIO DE HOSPITALIZACION | | 43.120,00 |
| NUTRICION Y DIETETICA | | 74.900,00 |
| INSUMOS A PACIENTES | | 22.820,00 |
| ASIST. ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN HOSP. (DIA | | 32.900,00 |
| MATERIAL DESECHO PATOLOGICO EN HOSPIT. X DIA | | 8.330,00 |
| MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN HOSP. | | 38.500,00 |
| | | 726.070,00 |
| GASTOS EN QUIROFANO | | |
| GASES EN PABELLON | | 12.600,00 |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | 360.000,00 |
| MEDICINAS EN PABELLON | | 149.800,00 |
| ANESTESIA GENERAL | | 12.600,00 |
| GASTOS SALA CIRUGIA | | 15.960,00 |
| ESTERILIZACION ADIC. INST. Y MAT. PROTESICO | | 5.770,00 |
| EQUIPO MANTA TERMICA | | 4.570,00 |
| PLACA DE ELECTRO | | 1.600,00 |
| SALA DE RECUPERACION EN QUIROFANO | | 5.760,00 |
| CIRCULANTE DE ANESTESIA | | 4.800,00 |
| CIRCULANTE DE CIRUGIA | | 4.800,00 |
| INSTRUMENTISTAS | | 19.936,00 |
| MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN QUIROFANO | | 8.000,00 |
| | | 606.196,00 |
| UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | | |
| UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO | 2,00 Dia(s) | 11.280,00 |
| ASISTENTE HOSPITALARIO UCI (ADULTO) | | 18.720,00 |
| OXIGENO EN TERAPIA | | 3.980,00 |

Condiciones Para la Ejecución del Presente Presupuesto

- *.- El presupuesto tiene una validez de quince (15) días continuos.
- *.- El pago puede ser efectuado con tarjeta de crédito y cheque de gerencia a nombre de Grupo Médico Vargas, C.A.
- *.- Las cartas avales deben ser a nombre de Grupo Médico Vargas, C.A.
- *.- La diferencia no avalada por la carta aval debe ser pagada en el momento de realizar la pre-admisión.
- *.- Este presupuesto es un estimado, podrá sufrir variaciones en medicinas, materiales e insumos, así como también de acuerdo a la evolución y/o permanencia del paciente. El mismo no contempla contingencias que puedan surgir durante la hospitalización del paciente.

| | PRECIO |
|--|-------------------------|
| UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | |
| ELECTROCARDIOGRAMA | 7.040,00 |
| ESTERILIZACION EN UCI | 8.860,66 |
| EQUIPO DE CALENTAMIENTO EN UCI | 4.320,00 |
| MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN UTI | 20.000,00 |
| ASISTENTE DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN UTIA | 17.460,00 |
| | 91.660,66 |
| SERVICIOS MEDICOS | |
| LABORATORIO CLINICO | 60.500,00 |
| RAYOS X | 20.500,00 |
| ELECTROCARDIOGRAMA | 3.520,00 |
| BANCO DE SANGRE | 150.000,00 |
| | 234.520,00 |
| HONORARIOS Y/O SERVICIOS POR CUENTA DE TERCEROS | |
| CIRUJANO PRINCIPAL | 760.000,00 |
| CIRUJANO AYUDANTE I | 304.000,00 |
| CIRUJANO AYUDANTE II | 228.000,00 |
| CIRUJANO AYUDANTE III | 152.000,00 |
| ANESTESIOLOGOS CLINICA SANTA SOFIA S.C. | 304.000,00 |
| MEDICO TRATANTE | 126.000,00 |
| INSTRUMENTAL ESPECIAL | 159.500,00 |
| INTERCONSULTA DE CIRUGIA | 126.000,00 |
| NEFROLOGO | 700.000,00 |
| MEDICO TERAPISTA | 90.000,00 |
| VIA CENTRAL(SUB-CLAVICULA-YUGULAR) | 73.600,00 |
| PROCEDIMIENTOS ESPECIALES | 159.500,00 |
| ESTUDIOS ESPECIALES | 130.000,00 |
| EVALUACION PRE-OPERATORIA | 18.000,00 |
| EVALUACION PRE-ANESTESICA | 9.000,00 |
| DISPOSITIVO ESPECIAL MASCARA SUPRIME AIRTRAQ | 1.975,00 |
| | 3.341.575,00 |
| GRUPO MEDICO VARGAS C.A. | TOTAL GENERAL |
| Departamento Administrativo | 5.000.021,66 Bsf |

Elaborado por: NADALES LOPEZ RAMON ALBERTO

*****Condiciones Para la Ejecución del Presente Presupuesto *****

- *.- El presupuesto tiene una validez de quince (15) días continuos.
- *.- El pago puede ser efectuado con tarjeta de crédito y cheque de gerencia a nombre de Grupo Médico Vargas, C.A.
- *.- Las cartas avals deben ser a nombre de Grupo Médico Vargas, C.A.
- *.- La diferencia no avalada por la carta aval debe ser pagada en el momento de realizar la pre-admisión.
- *.- Este presupuesto es un estimado, podrá sufrir variaciones en medicinas, materiales e insumos, así como también de acuerdo a la evolución y/o permanencia del paciente. El mismo no contempla contingencias que puedan surgir durante la hospitalización del paciente.