



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28615

HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA
INSTRUMENTAL ESPECIAL
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROF. POR APLIC. BOTOX
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR APLICACION DE BOTOX
Total HONORARIOS PROFESIONALES

UND	2.000,00	1,00	2.000,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	675,00	1,00	675,00
UND	675,00	1,00	675,00
			59.450,00

Total Hospital	135.004,00
Total Honorarios	59.450,00
Total General Presupuesto Bs.....	194.454,00

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:	Recibi Conforme:
MONICA MORELLO MENDEZ MORGADO	
C.I.: V-14743962	C.I.:



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

Impreso: 07 de Marzo de 2016
Hora: 04:00 PM
Usuario: mmendez
Departamento: ADMINISTRACIÓN

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

ESTADO PORTUGUESA

MUNICIPIO SUCRE

PARROQUIA LA CONCEPCION



FOLIO N° 49

ACTA DE NACIMIENTO

Acta N° 49 La ciudadana TSU MARILYN DEL CARMEN MATERAN MORILLO actuando por delegación del ciudadano Alcalde del Municipio Sucre Estado Portuguesa según Resolución N° 031-2010, publicada en la Gaceta Municipal N° 2802, de fecha Tres (03) de Junio del dos mil Diez (2010) Hago Constar: Que hoy día veinte (20) de septiembre del año dos mil doce (2012), me ha sido presentada una niña por el Ciudadano: SILVINO BARAZARTE MENDEZ, de 33 años de edad, titular de la Cédula de Identidad N°: 15.139.572, de nacionalidad venezolano, de profesión u ocupación Agricultor residenciado en la Cuchilla de Agua Fria Sector la Divisoria II Parroquia Guaramacal Municipio Boconó Estado Trujillo, quien manifestó: Que la niña que presenta nació en LA CUCHILLA DE AGUA FRIA SECTOR LA DIVISORIA II PARROQUIA GUARAMACAL MUNICIPIO BOCONO ESTADO TRUJILLO, el día VEINTINUEVE (29) DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DOCE (2012), a la 1: 30 p.m. Que tiene por Nombres y Apellidos: MILAGRO OCAIRIS BARAZARTE BASTIDAS, que es hija del Presentante y de SILVINA MARIA BASTIDAS CHINCHILLA, de 35 años de edad, titular de la Cédula de Identidad N°: 13.604.747, de nacionalidad venezolana, de profesión u ocupación Oficinas del Hogar, residenciada en La Cuchilla de Agua Fria Sector la Divisoria II Parroquia Guaramacal Municipio Bocono Estado Trujillo.- Son testigos presenciales de este acto los ciudadanos: Mendez de Barazarte Leandra, titular de la Cedula de Identidad N° 9.150.430, de nacionalidad venezolana, de 70 años de edad de profesión u ocupación Oficinas del Hogar, residenciada en la Cuchilla de Agua Fria Sector la Divisoria II Parroquia Guaramacal Municipio Bocono Estado Trujillo y Asdrubal Alfredo Delgado Milano, titular de la cedula de identidad N°: 12.426.559, de nacionalidad venezolano de 39 años de edad de profesion u ocupacion caficultor, residenciado en la Cuchilla de Agua Fria Municipio Bocono Estado Trujillo.- Terminó. Se Leyó y conformen firman.- La Registradora Civil (Fdo) Firma ilegible.- El Presentante (Fdo) Firma ilegibles.- Testigos (Fdos) Firmas ilegibles.- Secretaria (Fdo) Firma ilegible.- EXPIDO LA PRESENTE CERTIFICACION PARA FINES DE LEY A PETICION DE PARTE INTERESADA EN LA CONCEPCION A LOS VEINTE DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DOCE



TSU MARILYN DEL CARMEN MATERAN MORILLO
REGISTRADORA CIVIL

APellidos

BASTIDAS CHINCHIL
SILVIA MARIA

Nombres

Firma

13-09-14 09:20Z

VENEZOLANO



Popular

PASI
 PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN
 PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ACCIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

FECHA DE ELABORACIÓN

01. DIA 14 02. MES 07 03. AÑO 2015

04. APELLIDO Bastidas 05. PRIMER NOMBRE Cairis
 06. SEGUNDO NOMBRE Philago 07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD 00000753503933
 08. FECHA DE NACIMIENTO 24/08/17/03 09. EDAD 12 10. SEXO ☒ M ☐ F 11. ESTADO CIVIL Soltero
 12. ORGANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL Barrio La Quinta 13. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN Avenida Carrera/Calle Esquina
 14. PISO/PLANTA/LOCAL 24 15. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN Casa 74
 16. CÓDIGO POSTAL Interoeste 17. MUNICIPIO Guarema 18. PARROQUIA Interoeste
 19. N° DE TELÉFONO DE HABITACIÓN 0416-3534406 20. N° DE TELÉFONO DE CELULAR 0416-3534406 21. CORREO ELECTRÓNICO

B. PRESENTA LAS SIGUIENTES DISCAPACIDADES Y SU RESPECTIVA CALIFICACIÓN

25.1 FUNCIÓN DEFICIENTE	25.1.1 CALIFICACIÓN	25.2 ACTIVIDAD LIMITADA	25.2.1 CALIFICACIÓN
MENTAL (INTELLECTUAL)	00	APRENDIZAJE	00
MENTAL (PSICOSOCIAL)	00	COMUNICACIÓN VERBAL	00
VISUAL	00	MOVILIDAD	00
AUDITIVA	00	AUTOCUIDADO	00
SENSITIVA	00	VIDA DOMÉSTICA	00
VOZ Y HABLA	00	RELACIONES INTERPERSONALES	00
CARDIORESPIRATORIA	00	EDUCACIÓN	00
GENITOURINARIA	00	TRABAJO	00
NEUROLOGICO	00	VIDA CIUDADANA	00
MUSCULOESQUELETICO	00		

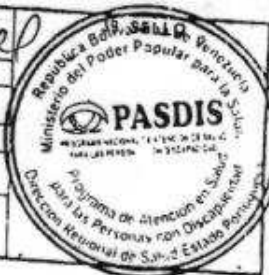
27. CAUSA ☒ ADQUIRIDA ☐ GENÉTICA ☐ CONGENITA

C. OBSERVACIONES

Paciente presento P.E.I. con secuela motora
 de la lesión cerebral.

D. DATOS DEL MÉDICO QUE CLASIFICA

28. PRIMER APELLIDO Rivas 29. SEGUNDO APELLIDO Medel 30. PRIMER NOMBRE Isabel del
 31. SEGUNDO NOMBRE Carmen 32. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD/ N° PASAPORTE 00000753503933
 33. TIPO DE EMPLEADO ☐ FUE ☒ CONTRATADO 34. NÚMERO DE REGISTRO DEL MPPS 0000000083479 35. REGISTRO DE COLEGIO MÉDICO 0000000083479
 36. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN Min. Rapar Ozuai 37. REGISTRO SANITARIO 0000000083479 38. FIRMA Isabel del Carmen Rivas
 39. LUGAR Y FECHA Guarema, 14/07/2015





FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 7 de Marzo de 2016

Paciente: Oscairys Barasarte

Historia: 43 82 49

Se trata de paciente femenino de 3 años de edad que presenta alteraciones ortopédicas ocasionadas a consecuencia de una lesión cerebral no progresiva del tipo Hemiplejia espástica derecha.

Al examen físico se evidencian alteraciones del tono muscular, equilibrio y control motor que condicionan la aparición de contracturas y alteraciones Oseas que conllevan a la modificación de los brazos de palanca y ocasiona en la ejecución de los movimientos.

Motivo por el cual se plantea realizar: Botox en Aquiles isquiotibiales, bíceps braquial y masa pronatoflexora derecha.

Alcibiades Da Silva
Traumatología - Ortopedia
Neurotraumatología
Dr. Alcibiades Da Silva
Traumatología y Ortopedia
C.M.: 21.755

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 13.604.747

APELLIDOS BASTIDAS CHINCHILLA
NOMBRES SILVINA MARIA

19-02-77 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

13-09-11 09-2021
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

MM7
Dante Rivas
Director



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28615

Paciente: OSCAIRYS COROMOTO BARASARTE BASTIDAS

Edad: 3 años 6 meses 9 días

Nro. Historia: FHOI-438249

Responsable de Pago: OSCAIRYS COROMOTO BARASARTE BASTIDAS

C.I./ Pasaporte: V-13604746#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04163534406

Rif: V-13604746#1

Fecha Elaboración: 07-03-2016

Fecha Vencimiento: 21/04/2016

Días Cama Hospitalización: 0

Tipo de Atención: Cirugía Ambulatoria

Médico Tratante: ALCIBIADES DASILVA PORTILLO

Diagnóstico: HEMIPLEJIA DERECHA.

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR.A.08 Infiltración Dirigida de Articulares (Suprahy/ Depomedrol/ Solumedrol):

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
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
HORA DE QUIROFANO BANDEJA DE 1HORA	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
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				16.184,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA PACIENTE AMBULATORIO	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				4.500,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	31.000,00	1,00	31.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				31.000,00
FARMACOS				
DYSPORT	AMPOLLA	17.750,00	2,00	35.500,00
MEDICAMENTOS	UND	17.000,00	1,00	17.000,00
Total FARMACOS				52.500,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
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	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				820,00
PRODUCTOS A LA MEDIDA				
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				30.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	28.000,00	1,00	28.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	11.200,00	1,00	11.200,00
ANESTESIOLOGO	UND	11.200,00	1,00	11.200,00
EVALUACION PACIENTE AMBULATORIO	UND	2.700,00	1,00	2.700,00

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

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

Impreso: 07 de Marzo de 2016

Hora: 04:00 PM

Usuario: mmendez

Departamento: ADMINISTRACIÓN