



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 34288

HONORARIOS PROFESIONALES

CIRUJANO PRINCIPAL	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
ANESTESIOLOGO	UND	24.960,00	1,00	24.960,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS	UND	14.500,00	2,00	29.000,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	7.500,00	1,00	7.500,00
HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL COLUMNA	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	3.500,00	3,00	10.500,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.800,00	1,00	2.800,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	4,00	8.272,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	4,00	8.272,00
SERVICIO ATENCION PRE-ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	1,00	470,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	86,00	1,00	86,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				268.670,00

Total Hospital	154.805,00
Total Honorarios	268.670,00
Total General Presupuesto Base.....	423.475,00

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:	Recibí Conforme:
ERENIA SOSA	
C.I.: V-15295285	C.I.:

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

Impreso: 06 de Junio de 2016
Hora: 05:21 AM
Usuario: ESOSA
Departamento: ADMINISTRACIÓN

Tac 2724

FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

GUANARE, 21/06/2016

INFORME MÉDICO

Caracas, 06 de junio de 2016

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

INFORME MEDICO

Se trata de Paciente Gutierrez Teran Maykelis Teran CI 29632547 de 13 años de edad, quien consulta por presentar deformidad de columna vertebral, al examen físico se evidencia

Reciba atentos saludos revolucionarios de parte de los miembros de la UBCH; CONSEJO COMUNAL y el CLAP del barrio San Rafael 1 de la Colonia parte baja del municipio Guanare estado Portuguesa. La presente es para solicitarle su apoyo para la ciudadana: **MAYKELIS GUTIERREZ TERAN, C.I. 29.632.547**; de una operación urgente por presentar deformidad de columna vertebral, al examen físico se evidencia asimetría de hombros y asimetría del triángulo de talle con presencia giba menarquia.

La paciente necesita ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Ortopédico infantil donde se Cabe destacar que los padres están cubriendo gran parte de la operación que tiene un costo total de **1.219.350**, en el centro de patología urólogo San Román, ubicado en Caracas.

La paciente necesita ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Ortopédico infantil.

Se anexa copia del informe médico y presupuesto.


12236602
UBCH

República Bolivariana de Venezuela
CONSEJO COMUNAL
BARRIO SAN RAFAEL 1
La Colonia Parte Baja
RIF. J-31132149-7
Guanare - Estado Portuguesa




CONSEJO COMUNAL



Jazmely Carrillo 17-305-491
Maykelis C Ied 10.053620
Belina Perez Mora 11.396-753

Nota: Tienen cubierto 1000 solamente por parte del Seguro y ayuda social. Les falta el resto.

0426-4514828
0426 9312615
Hania del valle



FUNDACIÓN

HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

San Román I.C.U.T.

Centro de Patología Columna Vertebral

INFORME MÉDICO

Caracas, 06 de junio de 2016

Centro Patología de Columna Vertebral

Dr. Antonio Cartolano

Presente

INFORME MEDICO

Se trata de Paciente Gutierrez Terán Maykelis Teran CI 29632547 de 13 años de edad, quien consulta por presentar deformidad de columna vertebral, al examen físico se evidencia asimetría de hombros y asimetría del triángulo de talle con presencia giba derecha y prominencia lumbar izquierda desbalanceada.

Menarquia a los 13 años

Radiológicamente se evidencia de curva toracica derecha de T5-T11 a de 70° grados, curva lumbar de convexidad izquierda T12- L5 de 60° grados

Impresión Diagnostica: Escoliosis Idiopática del adolescente

La paciente amerita ser intervenida quirurgicamente en el Hospital Ortopedico Infantil donde se realizará: Cura operatoria de escoliosis por via posterior mediante osteotomías múltiples, artrodesis vertebral posterior instrumentada con sistema tipo ZEUS con 2 barras, 17 tornillos, 3 Ganchos y 02 conectores transversos por via posterior para prevenir mayor progresión de la curva que condicione un síndrome restrictivo pulmonar.

BANCO NACIONAL DE CREDITO

Cuenta Corriente N° 0191-105-10-215103607

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

RIF: J-32653867-0

Una vez depositado envíe por el fax n° (0212) 993-47-90

copia de la Transferencia o depósito. O si lo prefiere por los correos

columna.caracas@hotmail.com

columna.caracas@gmail.com

En otro particular, quedo Dr. Antonio Cartolano

Clinica de Columna

C.I. 5.073.695

MSAS 27961

Antonio Ruicio C

Administrador

0412-573-1327

Dr. Antonio Cartolano

C.I. 5.073.695

MSAS 27961

NOTA: SE ACEPTA ART A AVAL



JEFE DE SERVICIO
DE ORTOPEDIA

Av. Andrés Bello, Sector Guaicaipuro, Caracas 1050 Venezuela - Apartado 5889

Master 509.44.11 - Fax: 577.13.98

www.ortopedicoinfantil.org - RIF: J-00168870-6

Calle Chirivaca, Sección San Román, Urbanización L... Caracas

Tel: 509.05.28 - Fax: 929.42.30

Centro de Patología Columna Vertebral

Urológico San Román I.C.U.T.

RIF. J-30553867-0

Caracas, 06 de Junio de 2016

C.I. Pasaporte V 0230

Señor (a):
MAYKELIS GUTIERREZ TERAN
Presente.

Tipo de Pasaporte:

Teléfono: 04267375429

V-29,632,547

Fecha Vencimiento: 16-06-2016

Fecha Emisión: 16/07/2016

Días Centro Hospitalización: 4

Atendiendo a su solicitud nos permitimos cotizarle el siguiente producto:

17 Tornillos Intrapedicular Zeus	716.040,00
17 Tulipas Poliaxiales	210.800,00
2 Barra de Titanio dia. 5.5mmx45cm	74.750,00
3 Ganchos transverso Zeus	126.360,00
2 conector Transverso Zeus	68.400,00
Instrumentista	23.000,00
	0,00

PRECIO TOTAL Bs. 1.219.350,00

TOTAL A PAGAR

1.219.350,00

El mismo debe ser transferido o depositado en:

BANCO NACIONAL DE CREDITO

Cuenta Corriente N° 0191 - 0051 - 10 - 2151003807

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

RIF: J-30553867-0

Una vez depositado enviar por el fax n° (0212) 993-47-90

copia de la Transferencia o deposito. O si lo prefiere por los correos :

columnacaracas@hotmail.com

columnacaracas@gmail.com

Sin otro particular, quedamos de usted, muy atentamente.

Antonio Ruotolo C.

Administrador.

0412-573-1327

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

NOTA: NO SE ACEPTA CARTA AVAL



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 34288

Paciente: MAYKELIS BERENICE GUTIERREZ TERAN

Edad: 13 años

Nro. Historia: FHOI-452397

Responsable de Pago: MAYKELIS BERENICE GUTIERREZ TERAN

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ANTONIO CARTOLANO CATALDO

Diagnóstico: ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE

Especialidad: CLINICA DE COLUMNA

Procedimiento (s): COL.C1.01 CURA OPERATORIA DE ESCOLIOSIS, OSTEOTOMIAS MULTIPLES, ARTRODESIS INSTRUMENTADA:

C.I.J Pasaporte: V-29632547

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04267778429

Rif: V-29632547

Fecha Elaboración: 06-06-2016

Fecha Vencimiento: 21/07/2016

Días Cama Hospitalización: 4

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	3,00	7.284,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				24.587,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	4,00	32.760,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	4,00	12.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	4,00	11.760,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				58.520,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				24.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	40.000,00	1,00	40.000,00
Total FARMACOS				40.000,00
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
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				2.020,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	1.188,00	1,00	1.188,00
TORAX PA	UND	520,00	1,00	520,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				5.678,00

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

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

Impreso: 06 de Junio de 2016

Hora: 05:21 AM

Usuario: ESOSA

Departamento: ADMINISTRACIÓN