

SALUD.

Trámite a nivel Central

(TAC-48)

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Intervención
Quirúrgica.

Nº DE REGISTRO:	00004
FECHA DE SOLICITUD:	29-02-2016

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
KARELIS SADAT PERDOMO YENDOZA	V-24.683.7521
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Sección el tropiche, Av. 26 calle Principal	0414-5743857
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
NO trabaja actualmente	—
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
—	25-04-1992

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
JOSÉ DAVID PERDOMO YENDOZA	—
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Sección el tropiche, Av. 26 calle Principal	0414-5743857
Estado: Portuguesa	Municipio: ARAURE
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:
—	28-04-2012

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
KARELIS Perdomo	24683752	25-04-92	Madre	0414-5743857	NO	—
Kel J Perdomo	20642447	26-05-90	H/o	0414-1302937	PVAL	9600
Jose Luis Perdomo	24683745	10-12-94	H/o	0414-5678842	PVAL	9.600

Breve Descripción del Requerimiento: Solicita la ayuda para realizarse una Intervención Quirúrgica por presunta Displasia del desarrollo de cadena Izquierda: Luxación de cadena Izquierda Intervención, pero no cuenta con los recursos económicos para realizar dicha intervención.

Observaciones del Despacho:

Karelis Perdomo

FIRMA DEL CIUDADANO (A)



NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO (FIRMA Y SELLO)

William Gallardo



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO INFORME SOCIO-ECONÓMICO

Fecha 29/02/2016

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombres: <u>PERDOMO MENDOZA KARELIS SARAI</u>			C.I. N° <u>V. 24.683.752</u>
Lugar de Nacimiento: <u>ORACAS</u>			Fecha de Nacimiento: <u>25-04-1992</u>
Edad: <u>23 años</u>	Estado Civil: <u>SOLTERA</u>	Sexo: <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Nacionalidad: <u>VENEZOLANO</u>
Nivel de Instrucción: <u>SECUNDARIA</u>	Profesión /Ocupación: <u>NINGUNA</u>		Trabaja: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Parentesco / Relación: <u>MADRE</u>			Teléfonos: <u>0414-5743857</u>
Dirección de Habitación: <u>Sector el tropiche, Av. 26 calle Principal detrás de la torre ministerio</u>			

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellidos y Nombres: <u>PERDOMO MENDOZA JOSÉ DAVID</u>			C.I. N° <u>—</u>
Lugar de Nacimiento: <u>ARAURE</u>			Fecha Nacimiento: <u>28-04-2012</u>
Edad: <u>3 años</u>	Estado Civil: <u>—</u>	Sexo: <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	Nacionalidad: <u>VENEZOLANO</u>
Nivel de Instrucción: <u>—</u>	Profesión /ocupación: <u>—</u>		Trabaja: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Parentesco / relación: <u>Beneficiario</u>			

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

Urbanización <input type="checkbox"/> Rio <input checked="" type="checkbox"/> <u>El tropiche</u>	Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input checked="" type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/>	Sector: <u>El tropiche</u>	N° de Casa: <u>S/N</u>
Ciudad <input checked="" type="checkbox"/> Rio <input type="checkbox"/>	Parroquia: <u>ARAURE</u>	Municipio: <u>ARAURE</u>	
Estado: <u>Pontuguesa</u>	Teléfono de Habitación: <u>0285-6151635</u>	Teléfono / Contacto: <u>0414-5743857</u>	

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:

Casa <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rancho <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PARED			
Frisada <input checked="" type="checkbox"/> Sin Frisar <input type="checkbox"/> Bahareque <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Carton Piedra <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PISO			
Cemento <input type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input checked="" type="checkbox"/> Granito <input type="checkbox"/> Cemento Pulido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE TECHO			
Acerolit <input type="checkbox"/> Zinc <input checked="" type="checkbox"/> Platabanda <input type="checkbox"/> Tejas <input type="checkbox"/> Raso <input checked="" type="checkbox"/> Machihembrado <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TENENCIA		SERVICIOS	
Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input checked="" type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/>	Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Septico <input type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/>	Agua <input checked="" type="checkbox"/>	
De los Padres <input type="checkbox"/>			
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS			
Tlf Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Celular <input checked="" type="checkbox"/> Radio <input checked="" type="checkbox"/> Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input checked="" type="checkbox"/> Internet <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			

República Bolivariana de Venezuela

Para el Gobernador Contraalmirante Reinaldo Castañeda
Su Despacho:

Primeramente me dirijo a usted con un saludo Revolucionario y Declarando Bendiciones de lo Alto; Deseándole que el Dios de los Cielos Lo Bendiga a Usted y a Su Equipo de Trabajo de una Manera Sobrenatural.

El motivo de mi Carta es para expresarle la preocupación que llevo desde hace unos años, ya que tengo un bebé de 3 años que tiene una condición bastante delicada y necesita con urgencia una intervención quirúrgica.

Mi Hijo a quien lo vieron en la Fundación Hospital Ortopédico Infantil por la Dra. Elena Gallardo, Traumatólogo; dado el diagnóstico dice tener Displasia del Desarrollo de Cadera Izquierda: Luxación de Cadera Izquierda Intervenida. Por tal motivo no estoy trabajando actualmente porque mi hijo necesita de mucha atención. Les ruego que me ayuden porque no cuento con el dinero para efectuar dicha operación, de lo contrario las consecuencias serán el desvío de la columna y el desgaste de la cadera y así no caminará más, ya que su estado está bien avanzado.

Me despido de Ustedes Confianza en Dios Primeramente y en la Ayuda que ustedes me puedan brindar.

Atentamente:

Karelis Perdomo

C.I. 24 683.752

Telef: 0414 - 5743857

0255 - 6151635.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 24.683.752

APELLIDOS PERDOMO MENDOZA

NOMBRES KARELIS SARAI

Karelis Perdomo

FIRMA TITULAR

25-04-92 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

22-06-05 06-2015
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

MFC02

X Hugo Cabezas
Director





FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 27150

Paciente: JOSE DAVID PERDOMO MENDOZA

Edad: 3 años 9 meses 19 días

Nro. Historia: FHOI-430627

Responsable de Pago: JOSE DAVID PERDOMO MENDOZA

C.I./ Pasaporte: V-24683752#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04163733450

Rif: V-24683752#1

Fecha Elaboración: 17-02-2016

Fecha Vencimiento: 02/04/2016

Días Cama Hospitalización: 3

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ELENA CAROLINA GALLARDO SALAZAR

Diagnóstico: DISPLACIA DE CADERA IZQ + LUXACION INVERTERADA DE CADERA IZQ

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): MLC1.01 CIRUGIAS MULTIPLES MAS DE UN PROCEDIMIENTO PLAN A O B:

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
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	2,00	4.856,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				13.759,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	1.960,00	3,00	5.880,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				5.880,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	130.000,00	1,00	130.000,00
SISTEMA DE COMPRESION P/ CADERA INFANTIL (ASOCICA)	UND	29.406,00	1,00	29.406,00
TORNILLO CORTICAL 3.5mm (DEL 10 AL 21mm)	PIEZA	885,50	3,00	2.656,50
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				162.062,50
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total FARMACOS				30.000,00
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				
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				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00

HONORARIOS PROFESIONALES



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 27150

CIRUJANO PRINCIPAL	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
ANESTESIOLOGO	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS	UND	11.000,00	1,00	11.000,00
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
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	2.700,00	2,00	5.400,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	1.450,00	1,00	1.450,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	3,00	3.102,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	3,00	3.102,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	535,00	1,00	535,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	500,00	3,00	1.500,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	390,00	1,00	390,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				183.449,00

Total Hospital	226.456,50
Total Honorarios	183.449,00
Total General Presupuesto Bs.....	409.905,50

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:
YELITZA DEL CARMEN VARGAS PERAZA	
C.I.: V-15094230	C.I.:



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

PACIENTE: Jose David Perdomo Mendoza
HISTORIA Nº: 43-06-27
MEDICO TRATANTE: DRA. ELENA GALLARDO
FECHA: 17 febrero 2016

El Suscrito Medico Cirujano Traumatólogo y Ortopedista Infantil en actual ejercicio, hace constar que he evaluado al paciente pre escolar, MASCULINO de 3 años de edad de nombre. **Jose David Perdomo Mendoza**. Quien consultó por presentar dolor en la cadera izquierda, limitación a la abducción de cadera y sensación de click durante el movimiento.

Con alteración para la marcha, siendo esta extrarotada izquierda y dolor en la cadera izquierda.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Displasia del desarrollo de cadera izquierda: luxación de cadera izquierda inveterada.

Se encontró al examen físico displasia de cadera luxación del la cadera izquierda 75%. Por lo que se le indica el siguiente **Tratamiento quirúrgico:**

Artrografía de cadera izquierda.

OSTEOTOMIA PELVICA TIPO PEMBERTON CADERA IZQUIERDA.

OSTEOTOMIA DESROTADORA Y VARIZANTE DE CADERA DERECHA CON PLACA ASOCICA. TENOTOMIA DEL PSOAS INTRAPELVICO. TENOTOMIA DE ADUCTORES. COLOCACION DE ESPICA.

Constancia que se expide por parte de la interesada.

Dra. Elena Gallardo
M.S.D.S: 48545
C.M.E.M: 23673
C.I: 10216053



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ESTADO PORTUGUESA
MUNICIPIO ARAURE
PARROQUIA ARAURE

Folio:371

ACTA DE NACIMIENTO

Acta número 1371 Licenciado ROGER RAFAEL MENDOZA, Registrador Civil De La Unidad de Registro Hospitalario Del Municipio Araure del Estado Portuguesa, Según Resolución Número AMD-066-2012 de fecha 10 de Enero de 2012, Hago constar que hoy: **CUATRO** de **MAYO** de **DOS MIL DOCE (2012)**, me ha sido presentado un niño por: **KARELIS SARAI PERDOMO MENDOZA**, de 20 años de edad, de profesión **ESTUDIANTE**, Titular de la Cédula de Identidad **V-24.683.752** Natural de **DISTRITO CAPITAL**, de Nacionalidad **VENEZOLANA**, Con Domicilio en: **LA CALLE PRINCIPAL CON AVENIDA 26 CASA N° 04-15 BARRIO EL TRAPICHE DE ESTA CIUDAD**, quien manifestó que el niño cuya presentación hace, nació el día: **VEINTIOCHO** de **ABRIL** de **DOS MIL DOCE (2012)** a las **07Y39AM** en **EL HOSPITAL Dr. JESUS MARIA CASAL RAMOS DEL MUNICIPIO ARAURE, ESTADO PORTUGUESA** y tiene por nombres y apellidos: **JOSE DAVID PERDOMO MENDOZA**, quien es hijo de la presentante.-Son testigos presenciales de este acto: Francisco Sequera y Yamilet Oses, titulares de la cédula de identidad **V-10.136.334** y **V-13.687.528** respectivamente, mayores de edad y de este domicilio. Terminó se leyó y conforme firman. **EL ANTERIOR ASIENTO ES COPIA FIEL Y EXACTO TRASLADO DE SU ORIGINAL QUE EXPIDO DEPARTE INTERESADA EN ARAURE A LOS CUATRO DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE**


LICENCIADO ROGER RAFAEL MENDOZA
Coordinador del Registro Civil Hospitalario

