

Palo Alzado. Caserio San José municipio
Sucre. portuguesa.

Ciudadano Gobernador. Su Despacho.
~~Reinaldo Céspedes~~

Reciba un saludo Revolucionario, socialista.
y a la vez felicitarle, por su trabajo
que viene desarrollando como Gobernador.

La misiva tiene como finalidad, de
solicitar ante usted ayuda económica
Para mi intervención quirúrgica, ya que
no contamos con esa cantidad, tan elevada,
es por ello que nos vemos en la necesidad
de pedir ayuda para mi operación, la cual sale
en: 438.243.00. No estoy exigiendo todo pero
de verdad es lo que me puedan ayudar
Se lo agradece en grande mente.

Soy Mayory Azuaje CI 29938887. de 14 años
de edad, estudio 3er año media General.
Y el diagnóstico, escoliosis Idiopática del
adolescente.

Anexo todo los requisitos exigidos.
Espero Respuesta positiva. Dios lo Bendiga.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 29.938.887 021
Fabricio Pérez
Director

APELLIDOS AZUAJE RIVAS
NOMBRES MARYORI ALEXANDRA

01/09/2001 SOLTERA
F. NACIMIENTO FGO CIVIL

13/08/2012 08/2022
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 14.068.750 MF002
Fabricio Pérez
Director

APELLIDOS RIVAS GARCIA
NOMBRES MARYORI CAROLINA

25-03-77 SOLTERA
F. NACIMIENTO FGO CIVIL

27-09-12 09-2022
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 11.100.260 MF002
Fabricio Pérez
Director

APELLIDOS GARCIA
NOMBRES ROSA DEL CARMEN

05-03-69 SOLTERA
F. NACIMIENTO FGO CIVIL

08-05-13 05-2023
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO






FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 04 de febrero de 2016
Centro Patología de Columna Vertebral
Dr. Antonio Cartolano

INFORME MEDICO

Se trata de Paciente Maryori Azuaje CI 29938887 de 14 años de edad, quien consulta por presentar deformidad de columna vertebral, al examen físico se evidencia asimetría de hombros y asimetría del triangulo de talle, Adams (+) prominencia lumbar izquierda desbalanceada.

En los estudios de imágenes se aprecian: curva Lumbar de convexidad izquierda de 42° desde T6 a T12

Impresión Diagnostica: Escoliosis Idiopática del adolescente

La paciente debe ser intervenida quirúrgicamente en **Hospital Ortopedico Infantil** para realizar **CURA OPERATORIA DE ESCOLIOSIS, OSTEOTOMIAS MULTIPLES Y ARTRODESIS POSTERIOR INSTRUMENTADA** con sistema tipo ZEUS 16 TORNILLOS, 3 GANCHOS, 2 BARRAS DE TITANIO Y UN CONECTOR TRANSVERSO por vía posterior, a la mayor brevedad posible, para prevenir complicaciones cardiopulmonares de tipo restrictivo.

Dr. Antonio Cartolano
Clínica de Columna
C.I. 5.073.695
MSAS 27961

Dr. Antonio Cartolano
C.I. 5.073.695
MSAS 27961



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS COMUNAS
Y PROTECCION SOCIAL

MUNICIPIO Sucre ESTADO Portuguesa
CONSEJO COMUNAL San José de Palo Alzado

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Nosotros, Petra Jimenez y Francisco Zambrano,
Vocero, de Asuntos Civiles y Vocero de Comité De Viviendas respectivamente,
venezolanos (as) mayores de edad, y titulares de la cédula de identidad
N° 9.455.515 y 14.333.326, respectivamente, En
representación del CONSEJO COMUNAL San José de Palo Alzado
PARROQUIA San Rafael, MUNICIPIO Sucre
Estado Portuguesa, Por medio de constar que el ciudadano (a)
Marion A. Arzaga R. venezolano, mayor de edad, portador de la
cédula de identidad N° 29.938.887 tiene su residencia en esta comunidad y
tiene como dirección: San José desde su nacimiento
desde hace 14 años

Constancia que se expide de parte interesada en San José a los
24 días del mes de Febrero de 2016.

POR EL CONSEJO COMUNAL

Petra Jimenez
Vocero de Asuntos Civiles

9.455.515



Z
Vocero de Comité De Vivienda

14.333.326



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 26580

Paciente: MARYORI ALEXANDRA AZUAJE RIVAS
Edad: 14 años
Nro. Historia: FHOI-433680
Responsable de Pago: MARYORI ALEXANDRA AZUAJE RIVAS

C.I./ Pasaporte: V-29938887
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 04160532374
Rif: V-29938887
Fecha Elaboración: 04-02-2016
Fecha Vencimiento: 20/03/2016
Días Cama Hospitalización: 4

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:

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
Total SERVICIO DE QUIROFANO				8.903,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	1.960,00	4,00	7.840,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				7.840,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	185.000,00	1,00	185.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				185.000,00
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
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				1.200,00
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
HONORARIOS PROFESIONALES				
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	2,00	22.000,00
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	3,00	8.100,00
HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL COLUMNA	UND	2.500,00	1,00	2.500,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	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	5,00	5.170,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	5,00	5.170,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	550,00	4,00	2.200,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	535,00	1,00	535,00



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 26580


HONORARIOS POR PLACA PABELLON
Total HONORARIOS PROFESIONALES

UND 235,00 2,00 470,00
202.595,00

Total Hospital	235.678,00
Total Honorarios	202.595,00
Total General Presupuesto Bs.	438.273,00

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:
	
MONICA MORELLY MENDEZ MORGADO	
C.I.: V-14743962	C.I.:

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nº DE REGISTRO:	00085
FECHA DE SOLICITUD:	03-03-2016

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
ROSA DE CARMEN GARCIA	V-11.400.260
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Barrio la Peñita calle 21 al final con 015	0414-2111134
Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Calle 19 entre 4 y 5 Barrio la Peñita	NO Tiene
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
Garcia.rosa@bolmail.com	05-03-1969

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
MARYOLI ALEXANDRA AZUJE RIVAS	V-29.938.887
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Caserío San José Palo Alto	0414-2111134
Estado: Portuguesa Municipio: Sucre	Código del Circuito Comunal:
	NO Tiene
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
NO Tiene	NO Tiene
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
NO Tiene	01-09-2008

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
MARYOLI RIVAS	14068750	07-09-12	Madre	0532574		
ARGUIS AZUJE	11704906	10-03-69	Padre	2583999		
YANNY AZUJE	21256697	01-10-95	Hermano			

Breve Descripción del Requerimiento: Solicita la ayuda para realizarse una **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**, ya que presenta según informe médico una **escoliosis idiopática del Adolescente**, pero no cuenta con los recursos económicos para costear la operación, la cual tiene un costo de Bolívars de **438.273,-**

Observaciones del Despacho:



Rosa García
FIRMA DEL CIUDADANO (A)

William Gollano
FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO
INFORME SOCIO-ECONÓMICO

Fecha: 03/03/2016

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellidos y Nombres: <u>GARCIA ROSA DEL CARMEN</u>		C.I. N° <u>V-11.400.260</u>	
Lugar de Nacimiento: <u>SAN JOSE de Palo Alzado</u>		Fecha de Nacimiento: <u>05-03-1969</u>	
Edad: <u>46 años</u>	Estado Civil: <u>soltera</u>	Sexo: <u>F (X) M ()</u>	Nacionalidad: <u>VENEZOLANO</u>
Nivel de Instrucción: <u>UNIVERSITARIO</u>	Profesión / Ocupación: <u>DOCENTE</u>		Trabaja: <u>Si (X) No ()</u>
Parentesco / Relación: <u>H/A</u>		Teléfonos: <u>0414-211134</u>	
Dirección de Habitación: <u>Barrio la Peñita calle 21 al final casa 0-15</u>			
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Apellidos y Nombres: <u>AZUAJE PINAS MARYORI ALEXANDRA</u>		C.I. N° <u>V-89.938.887</u>	
Lugar de Nacimiento: <u>BOCONO - EDO TRUJILLO</u>		Fecha Nacimiento: <u>01-07-2001</u>	
Edad: <u>14 años</u>	Estado Civil: <u>soltera</u>	Sexo: <u>F (X) M ()</u>	Nacionalidad: <u>VENEZOLANO</u>
Nivel de Instrucción: <u>3er año</u>	Profesión / ocupación: <u>-</u>		Trabaja: <u>Si () No (X)</u>
Parentesco / relación: <u>BENEFICIARIA</u>			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN			
Urbanización <input type="checkbox"/> <u>rio</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Principa</u>	Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input checked="" type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/>	Sector:	N° de Casa
<u>San Jose</u>	<u>Principal</u>		<u>S/A</u>
Ciudad <input checked="" type="checkbox"/> <u>Bisucuy</u> <input type="checkbox"/>	Parroquia: <u>SAN RAFAEL de Palo Alzado</u>	Municipio: <u>SUCRE</u>	
Estado: <u>Portuense</u>	Teléfono de Habitación: <u>No tiene</u>	Teléfono / Contacto: <u>0426-9747136</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 checked="" type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input 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 type="checkbox"/> Machihembrado <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TENENCIA		SERVICIOS	
Propia <input checked="" type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Invasión <input type="checkbox"/>	Aseo Urbano <input type="checkbox"/> Septico <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/>		
De los Padres <input type="checkbox"/>	Agua <input checked="" type="checkbox"/>		
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS			
Tlf Fijo <input type="checkbox"/>	Celular <input checked="" type="checkbox"/>	Radio <input checked="" type="checkbox"/>	Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>