



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30184

Paciente: JAIME RAFAEL LAMAS GONZALEZ

Edad: 7 años

Nro. Historia: FHOI-298859

Responsable de Pago: JAIME RAFAEL LAMAS GONZALEZ

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ROLANDO ADOLFO HURTADO CARDENAS

Diagnóstico: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DE HEMIPLEJIA ESPASTICA.

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR.C1.16 Artrorraxis Subtalar.

C.I./ Pasaporte: V-15798370#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04269554217

Rif: V-15798370#1

Fecha Elaboración: 04-04-2016

Fecha Vencimiento: 19/05/2016

Días Cama Hospitalización: 2

| 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 |
| COMSUMIBLES- 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 | 1,00 | 2.428,00 |
| MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS | UND | 1.000,00 | 1,00 | 1.000,00 |
| Total SERVICIO DE QUIROFANO | | | | 19.731,00 |
| SERVICIO DE HOSPITALIZACION | | | | |
| SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA | UND | 3.000,00 | 2,00 | 6.000,00 |
| SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL | UND | 2.940,00 | 2,00 | 5.880,00 |
| SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO | UND | 2.000,00 | 2,00 | 4.000,00 |
| Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION | | | | 15.880,00 |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | | | |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | UND | 110.000,00 | 1,00 | 110.000,00 |
| Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | | | 110.000,00 |
| 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 |
| 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 |

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

Impreso: 04 de Abril de 2016
Hora: 08:57 AM
Usuario: SCONTREPAS
Departamento: ADMINISTRACION



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30184

Total SERVICIO SALA DE YESO

10.000,00

PRODUCTOS A LA MEDIDA

MATERIAL TALLER ORTOPEDIA

Total PRODUCTOS A LA MEDIDA

UND

100.000,00

1,00

100.000,00

100.000,00

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

PERFIL DE BANCO DE SANGRE

UND

6.000,00

1,00

6.000,00

EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.

UND

4.500,00

1,00

4.500,00

DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION

UND

2.700,00

1,00

2.700,00

HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.

UND

2.000,00

1,00

2.000,00

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 INTENSIFICADOR DE IMAGENES

UND

1.070,00

1,00

1.070,00

CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA

UND

1.034,00

2,00

2.068,00

INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA

UND

1.034,00

2,00

2.068,00

HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)

UND

500,00

2,00

1.000,00

HONORARIOS POR PLACA PABELLON

UND

470,00

2,00

940,00

HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)

UND

390,00

1,00

390,00

HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I

UND

86,00

1,00

86,00

Total HONORARIOS PROFESIONALES

169.822,00

Total Hospital 290.366,00

Total Honorarios 169.822,00

Total General Presupuesto Bs. 460.188,00

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.



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30184

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: |
| SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON | |
| C.I.: V-19351776 | C.I.: |





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE
GUANARE ESTADO PORTUGUESA
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

PARTIDA DE NACIMIENTO

EXPEDICIÓN GRATUITA

Prohibida la venta de este documento

| Título I.a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA | | | | | | FECHA EXPEDICIÓN | ESTE FOLIO |
|--|--------------------|---|-------------------------------|--|-----------------|--|-------------|
| 1.- Fecha Presentación 13/10/2008 | 2.- Libro No. 5 | 3.- Acta No. 1125 | 4.- Folio No. Inicial 1125 | 5.- Folio No. Final 1125 | 6.- Vto. N/A | 27/04/2011 | No. 1125 |
| 6.- Registrador (a) T.S.U. Adriana Morales De León | | Cargos Jefe Civil | | Carácter con que Actúa Encargada | | | |
| Resolución N° N/A | | De Fecha N/A | | Circuito Municipal N° N/A | | De Fecha N/A | |
| Título II - DEL PRESENTADO | | | | | | | |
| 1.- Nombres Primeros JAIME | | Segundo RAFAEL | | Orden de Nacimiento Primero | | 6.- País de Nacimiento Venezuela | |
| 2.- Fecha Nacimiento 27/08/2008 | | 3.- Sexo Masculino | | 4.- Hora Nacimiento 07:00AM | | 5.- Tipo de Parto Simple | |
| 7.- Lugar Nacimiento Estado o Categoría Político-Terr. Estado Portuguesa | | Municipio o Categoría Político-Terr. Municipio Guanare | | Parroquia o Categoría Político-Terr. Capital Guanare | | Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento Guanare | |
| 8.- Centro de Salud o Establecimiento CENTRO MEDICO SAN MIGUEL ARCANGEL C.A. | | Nombre de la Institución, Hospital, Centro de Salud o Establecimiento | | | | Certificado de Nacimiento N° N/A | |
| Título III - DEL PRESENTANTE | | | | | | | |
| 1.- Filiación con el presentado Padre | | 2.- Filiación con la que actúa N/A | | | | | |
| Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE | | | | | | | |
| 1.- Datos Cédula Votante No. Ident. V-15798370 | | Tipo de Documento N/A | | Tipo Documento N° N/A | | 2.- Nombres Primeros JAIDIMAR | |
| 3.- Nacionalidad Venezolana | | 4.- Sexo Femenino | | 5.- Edad 26 | | 6.- Estado Civil Casada | |
| 7.- Dirección BARRIO EL PROGRESO CALLEJON 2 ENTRE CALLE 17 Y 18 | | 8.- Profesión u Ocupación T.S.U. EN ADMINISTRACIÓN | | 9.- Sabe Firmar SI | | 10.- Lugar Nacimiento Capital Guanare | |
| Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE | | | | | | | |
| 1.- Datos Cédula Votante No. Ident. V-9402620 | | Tipo de Documento N/A | | Tipo Documento N° N/A | | 2.- Nombres Primeros RAPHAEL | |
| 3.- Nacionalidad Venezolana | | 4.- Sexo Masculino | | 5.- Edad 40 | | 6.- Estado Civil Casado | |
| 7.- Dirección BARRIO EL PROGRESO CALLEJON 2 ENTRE CALLE 17 Y 18 | | 8.- Profesión u Ocupación LIC EN COMUNICACION SOCIAL | | 9.- Sabe Firmar SI | | 10.- Lugar Nacimiento Capital Guanare | |
| Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1 | | | | | | | |
| 1.- Datos Cédula Votante No. Ident. V-14067033 | | Tipo de Documento N/A | | Tipo Documento N° N/A | | 2.- Nombres Primeros MILAGROS | |
| 3.- Nacionalidad Venezolana | | 4.- Sexo Femenino | | 5.- Edad 30 | | 6.- Estado Civil Soltera | |
| 7.- Dirección BARRIO EL PROGRESO CALLEJON 2 ENTRE CALLE 17 Y 18 | | 8.- Profesión u Ocupación T.S.U. MERCADOTÉCNIA | | 9.- Sabe Firmar SI | | 10.- Lugar Nacimiento Capital Guanare | |
| Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2 | | | | | | | |
| 1.- Datos Cédula Votante No. Ident. V-12009974 | | Tipo de Documento N/A | | Tipo Documento N° N/A | | 2.- Nombres Primeros CELIDA | |
| 3.- Nacionalidad Venezolana | | 4.- Sexo Femenino | | 5.- Edad 36 | | 6.- Estado Civil Soltera | |
| 7.- Dirección BARRIO EL PROGRESO CALLEJON 2 ENTRE CALLE 17 Y 18 | | 8.- Profesión u Ocupación N/A | | 9.- Sabe Firmar SI | | 10.- Lugar Nacimiento Capital Guanare | |

Certifico que la información contenida en esta acta ha sido tomada de forma fiel y exacta del acta original que reposa en los libros de nacimientos llevados por esta oficina.

T.S.U. ADRIANA MORALES DE LEÓN
REGISTRADORA CIVIL (E)
Guanare, Portuguesa
Resolución N° 173 de fecha 31/08/2010

Revisado: 12/05/11
Firma: [Firma]

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 9.402.620

021

APellidos LAMAS ZAMBRANO
Nombres RAPHAEL ANTONIO

Anabel Jiménez
Directora



21/01/1968 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

10/11/2015 11/2025
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO 04 de Abril de 2016

Paciente: *Jaime R Lamas G.*
Historia: 29 88 59

Paciente masculino de 07 años de edad quien es conocido portador de disfunción motora sub tipo diplejía mixta.

Al examen físico se aprecia sedente asistido, miembro inferior intrarrotada en tijeras con deformidad en vólgo fijo y estructurado del retro pie, apoyo del pie. Pie en equino. Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos. Aductores e Isquiotibiales positivos 3/4.

Se le realizó (18-09-13:1) INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA (DYSPORT 1 VIAL) EN TRICEPS SURAL IZQUIERDO 2) ISQUIOTIBIALES BILATERALES. El paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que se decide realizar:

- 1) Artrorrisis Subtalar Bilateral
- 2) Bloqueo con Dysport en gemelos

Luego deberá realizar un proceso de rehabilitación activa, con uso de férulas A.F.O. articuladas Izquierda.



Dr. Rolando A. Hurtado C.
Ortopedia y Traumatología
C.M.L. 3758.
M.S.D.S 44682.
C.I. 9 119 222.