

Portuguesa

relativo a la comunidad

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

INFORME SOCIO-ECONÓMICO



Fecha: 15/7/2015.

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombres Bravo Hendoza Kemberlen del Valle		C.I. N° 24.025.105.
Lugar de Nacimiento Araure		Fecha de Nacimiento: 25/01/95
Edad 19 años	Estado Civil: Soltero	Sexo F() M()
Nivel de Instrucción tecnico medio	Profesión / Ocupación: Ninguna	Nacionalidad: Venezolana
Parentesco / Relación: Hermana		Trabaja: Si () No (X)
Dirección de Habitación: Batalla II, Calle Pal, casa S/N. Al lado de casa comunal.		Teléfonos: 0414/3574032

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellidos y Nombres Bravo Hendoza Wilenny Andriana		C.I. N° 25.163.977.
Lugar de Nacimiento Araure		Fecha Nacimiento: 01/10/96
Edad: 18 años	Estado Civil: soltera	Sexo F() M()
Nivel de Instrucción Basica	Profesión / ocupación: Ninguna	Nacionalidad: Venezolana
Parentesco / relación Hermana		Trabaja: Si () No (X)

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

Urbanización <input type="checkbox"/> rio	<input checked="" type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input checked="" type="checkbox"/> Vda <input type="checkbox"/>	Sector:	N° de Casa
Batalla II	Calle Principal	II	S/N.
Ciudad <input type="checkbox"/> rio	Parroquia	Municipio	
Ospino	Ospino	Ospino	
Estado Portuguesa	Teléfono de Habitación: 0256/3953487.	Teléfono Contacto 0414/3574032	

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:

Casa <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Rancho <input checked="" 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 type="checkbox"/>	Granito <input type="checkbox"/>	Cemento Pulido <input checked="" 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"/>	Invadida <input type="checkbox"/>	Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/>	Septico <input type="checkbox"/>	Electricidad <input checked="" type="checkbox"/>		
De los Padres <input type="checkbox"/>				Agua <input checked="" type="checkbox"/>			
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS							
Tif Fijo <input type="checkbox"/>	Celular <input checked="" type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	Televisión <input checked="" type="checkbox"/>	Cable <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

Ciudadano Gobernador
Wilmar Alfaro
Cacho Batello.

Ospino 15-07-2015.

Su despacho.

Reciba un cordial saludo solidario y revolucionario,
la presente tiene como masiva manifestarle y a
la vez pedirle su colaboración, hace 1 año me
diagnosticaron una malformación Arteriovenosa
Frontal derecha, motivo por el cual me realizaron
una embolización Cardiovascular en la ciudad
de Maracay estado Aragua. en ella solo
lograron la oclusión de un 60% por tal motivo
los médicos han decidido realizarme una 2ª operación
para evitar resangrado, este tiene un costo de
45.000,00 BF de gastos clínicos mas 231.502,40 BF
de los materiales a utilizar en el procedimiento,
Además de los exámenes pre-operativos y la movi-
lización hacia (ASODIAM) Maracay. Somos de
escasos recursos económicos y no contamos con
el dinero necesario para cubrir mencionados
gastos. Sin más a que hacer referencia me
despido de usted, esperando de su parte una
respuesta satisfactoria. Gracias!!!

Atentamente: Klennys Bravo
Dirección: Calle Principal C/10
Barrio Batallas II Ospino

0414-3574032 Telf:
0414-5585971
0256-3953487.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 25.163.977

APELLIDOS BRAVO MENDOZA
NOMBRES KLENNYS ANDREINA
Klennys Bravo

MM743
Juan Dugarte
Director

01-10-96 SOLTERA
F. NACIMIENTO F. DC CIVIL

08-01-15 01-2025
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GOBIERNO BOLIVARIANO DE ARAGUA
CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA
ASOCIACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO EN MEDICINA
(ASODIAM)
J-30046402-4

ASODIAM
INSTRUMENTADO

Maracay, 30 de Junio del 2015

INFORME MEDICO


KLENNYS BRAVO, de 18ª edad, C.I.25.163.977, se trata de paciente femenino, quien inicia enfermedad desde hace 1 año de evolución aproximadamente cuando comienza a presentar síntomas de: Cefalea crónica de fuerte intensidad, pérdida de conocimiento, convulsión tónicas clónicas.

Se realizan estudios diagnósticos apreciándose presencia de:

MALFORMACION ARTEIOVENOSA

Es referida para su evaluación, indicándole la realización urgente de terapia endovascular el día 29/06/2015, logrando la oclusión de un 60%, quedando de dicha lesión un 40% de remanente malformativo sugiriendo segunda sesión de Embolización, como tratamiento definitivo para evitar resangrado.

Atte.


DR. YOURKI TAIROUZ
NEURORRADIOLOGÍA
RADIOLOGÍA VASCULAR-INTERVENCIONISTA
M.S.A.S. 40420
C.I.: 14.298.634



GOBIERNO
BOLIVARIANO
DE ARAGUA

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GOBIERNO BOLIVARIANO DE ARAGUA
CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA
ASOCIACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO EN MEDICINA
(ASODIAM)
J-30046402-4

ASODIAM

MARACAY 30 de Junio de 2015

PACIENTE: KLENNYS BRAVO
CI. 25.163.977
EDAD: 18ª

LISTA DE MATERIALES PARA EMBOLIZACIÓN DE MAV

Set Introductor 6F	01
Guía Hidrofílica Larga	01
Catéter Vertebral Guía 6F	01
Microcatéter Marathon	04
Microguía Mirage	02
Kit Onyx (vial)	03
Adaptador interface Onyx	02
Llaves Easy Pass	02
Contraste No Iónico	300 cc.

Dr. Yourki Tairouz
Radiólogo
SAS 40420 24298.634

Atte.

DR. YOURKI TAIROUZ
NEURORRADIOLOGÍA
RADIOLOGÍA VASCULAR-INTERVENCIONISTA
M.S.A.S. 40420
C.I.: 14.298.634



COTIZACION

Calidad, servicio y tecnología
a su alcance con enfoque social

NUMERO DE DOCUMENTO: IMP&I: 0189
FECHA DE EMISION: 29/06/2015
FECHA DE VENCIMIENTO: 29/07/2015

NOMBRE: KLENNYS ANDREINA BRAVO MENDOZA
DIRECCION: BATALLA 2 OSPINO - EDO. PORTUGUESA
R.I.F / C.I: V - 25.163.977

TELEFONO: 0426-859.5376
0414-357 4032
0414-558 5971
0256-395 3489

PROCEDIMIENTO: EMBOLIZACION CEREBRAL MAV

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	PRECIO UNITARIO	IVA	Total Bs.
1050045	KIT DE ONIX	4	25.000,00	0%	100.000,00
1050044	MICROGUIAS	2	18.000,00	0%	36.000,00
1050043	SISTEMA INTERFASE	1	3.500,00	0%	3.500,00
105055	MICROCATETER MARATON	4	12.500,00	0%	50.000,00
100-100	CATETER GUIA CEREBRAL	1	8.350,00	0%	8.350,00
2000-03	LLAVES HEMOSTATICAS	2	3.575,00	0%	7.150,00
2000-01	GUIA HIDROFILICA	2	2.700,00	0%	5.400,00
2000-03	SISTEMA INTRODUTOR 6FR	2	1.750,00	0%	3.500,00
2000-04	CONTRASTE NO IONICO 100 MI	3	4.850,00	0%	14.550,00
2000-05	CATETER VERTEBRAL 5FR	1	2.750,00	0%	2.750,00
2000-06	AGUJA DE PUNCION	1	270,00	12%	270,00

NOTA: FAVOR EFECTUAR CHEQUES, DEPOSITOS Y TRANSFERENCIAS A NOMBRE DE: INVERSIONES MEDICAL P&I, C.A.
R.I.F: J-40268321-9, BANCO BANESCO CTA. CTE. N° 0134-1010-1000-0100-3625

TOTAL GENERAL BULTOS: 23
INVERSIONES MEDICAL P&I, C.A.
R.I.F: J-40268321-9

ELABORADO POR: DAVID NATUTE

Inversiones Medical P&I, C.A.

R.I.F: J-40268321-9

SUB TOTAL: 231.470,00
I.V.A. 12% 32,40
TOTAL Bs.: 231.502,40

INVERSIONES MEDICAL P&I C.A.

Rif: J-402683219

Av Páez Cc. Centro Profesional El Paraíso. Nivel 3

Local 303. Urb. El Paraíso. Caracas, Distrito Capital.

Zona Postal 1020

Teléfonos: 0212-4516349 / 0414-1788047

0414-1618513 / 0414-0209554

e-mail: invermedip13@gmail.com



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GOBIERNO BOLIVARIANO DE ARAGUA
CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA
ASOCIACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO EN MEDICINA
(ASODIAM)
J-30046402-4

ASODIAM
RIF. J-30046402-4

Maracay, 30 de junio de 2015

PRESUPUESTO

Por medio del presente se hace constar que la intervención solicitada para el paciente: **KLENNYS BRAVO, C.I.: V - 25.163.9776** tiene el siguiente valor:

GASTOS	CLINICOS	EMBOLIZACION	ENDOVASCULAR
MAV.....			

Bs F. 45.000,00

VALIDEZ DE 30 DIAS.

Por ASODIAM _____





TAC 684

Trámite a nivel Central



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Presupuesto actualizado

Nº DE REGISTRO: 2015-7-000364
FECHA DE SOLICITUD: 15/7/2015.

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Kemberlin del Valle Bravo mendoza	24.025.105.
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Barrio Batalla II, calle Pal, casa 3/N.	0414/3574032
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
NO trabaja	
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
kemberlinbravo@yahoo.com	25/8/95.

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Kennya Andriana Bravo mendoza	25.163.977
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Barrio Batalla II, calle Pal, casa 3/N	NO PONE
Estado: Portuguesa Municipio: Ospino.	Código del Circuito Comunal:
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
NO trabaja	
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
NO PONE	01/10/96.

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
Kennya Bravo	25.163.977	01/10/96	Beneficiaria	NO PONE	—	—
Kemberlin Bravo	24.025.105	25/8/95	Hermana	0414/3574032	—	—
Ramón Mendoza	12.239.925	21/02/70	Padre	—	Indep.	3000,4
Ramón Bravo	16.543.334	21/11/71	Padre	—	Indep.	4000,4

Breve Descripción del Requerimiento: Requiere de ayuda económica para su hermana ya que aminorita se interviene por presentar embolización central (malformación arterio venosa) más la adquisición de material de síntesis.

Observaciones del Despacho:

FIRMA DEL CIUDADANO (A)

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

NOTA: ANEXAR COPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE Y DEL BENEFICIARIO