

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 1.209.973

APELLIDOS CAMACHO  
NOMBRES TRIFON ANTONIO

FESMA TITULAR

*Trifon Camacho*

03-07-36 CASADO  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

16-12-05 12-2015  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

MF001

Hugo Cabezas  
Director





Para los asuelos

querida Sra. inmaculada. mesa de caracas  
Reciba usted en cordial saludo  
Revolucionario en pro de los  
igualdades Sociales.

Sr. Gobernador. C/A. Reinaldo Castañeda  
la presente es para hacerle el  
conocimiento y la petición en  
condición del cargo que usted  
ocupa como Gobernador del Estado  
Portugués.

La petición es una silla de ruedas  
para la Sra. Amada Corea D. Camacho  
por la cual ella es discapacitada ya  
que fue imputada de una pierna por  
diabetes la cual la requiere con  
urgencia sin mas nada que ser  
referencia.

Firma. la presidenta  
de la asociación  
Comandante Supremo  
Mario Torres. CI 13960305

Firma. Cana  
Angela Berríos  
CI 18295.608

Recibido  
Tamy Govea  
Caso Mesa  
250216  
Dante  
Fgdo  
Silvia Duan 36 30 37

4306973  
Cyffo.  
Ruperto Montalvo  
Gerónimo Montalvo  
= 4.243862  
15.139.621  
3547266





Sembrando  
el Socialismo Bolivariano  
WILMAR CASTRO GOBERNADOR



### INFORME SOCIAL

SOLICITUD: Silla de Rueda FECHA: 03/03/2016

#### I.- Identificación del solicitante responsable

Apellidos y Nombres: Carrasco Jofre Antonio C.I.Nº: 6.209.943  
Lugar de Nacimiento: "Casero Hatalarga" Parroquia La Capilla Fecha de Nacimiento: 03/07/36  
Edad: 80 Estado Civil: Casado Sexo: F Nacionalidad: V.  
Nivel de Instrucción: Ido. Testimon Profesión u Ocupación: Indicente Trabaja Si: ✓ No: —  
Parentesco/relación: Esposo

#### Dirección donde vive / Habita

☐ Urb. ☒ Barrio. ☐ Av. ☐ Esq. ☒ Calle. ☐ Vda. Sector: —  
☒ Ciudad. ☐ Caserío. Parroquia: Barrio Hata Verde - San Juan de Truaganare - Truaganare  
Municipio: — Eje: — Circ. Comunal: —  
☒ Estado. ☒ Teléfono de Habitación. ☐ Otro Teléfono de Contacto.  
Portuguesa 0257-4155429 — 0424-9405079

#### II.- Identificación del Usuario

Apellidos y Nombres: Cornea de Carrasco Juana Rosa C.I.Nº: 6.656.601  
Lugar de Nacimiento: "El Hata Larga" Parroquia La Capilla Fecha de Nacimiento: 12/05/43  
Edad: 73 Estado Civil: Casada Sexo: Femenino Nacionalidad: Venezolana  
Nivel de Instrucción: 8to Grado Profesión u. Ocupación: del Hogar Trabaja Si: No ☒  
Parentesco/relación: —

#### Dirección donde vive / Habita

☐ Urb. ☒ Barrio. ☐ Av. ☐ Esq. ☐ Calle. ☐ Vda. Sector: —  
☐ Ciudad. ☐ Caserío. Parroquia: Hata Verde  
Municipio: Barrio San Juan de Truaganare - Truaganare  
Eje: — Circ. Comunal: —  
☒ Estado. ☒ Teléfono de Habitación. ☐ Otro Teléfono de Contacto.  
Portuguesa

#### III.- Datos del grupo familiar.

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	C.I.Nº	Vive Con Ud.
<u>Wm. Carrasco</u>	<u>Hora</u>	<u>39</u>	<u>—</u>	<input checked="" type="checkbox"/>



IV.- Situación Social:

Actualmente la situación social de la familia se encuentra muy afectada, en vista que la adulta mayor se encuentra en un proceso de recuperación y adaptación.

V.- Condición Socioeconómica:

¿Su Núcleo Familiar Recibe algún ingreso de Manera permanente? Si: ☒ No: ☐

De ser afirmativo, indique cual es el monto mensual del ingreso familiar

☐ Menor a Bs. ☐ Igual a Bs. ☐ Mayor a Bs.

Por cuál de estos conceptos es su ingreso familiar?

☐ Trabajo ☐ Renta ☐ Pensión IVSS ☒ Asignación INASS ☐ Jubilación ☐ Becas  
☐ Misiones ☐ Pensión Alimentación ☐ Ayuda de Familiar o Vecino que no viva con Usted ☐ Otro

El grupo familiar cuenta con dos ingresos, ingreso por pensiones

VI.- Condiciones físicas y ambientales en que se encuentra la Vivienda/Hogar:

<input type="checkbox"/> Carece de Vivienda	¿Cuántas Personas Viven con Usted?	03
<input checked="" type="checkbox"/> Habita en Vivienda Inadecuada o precaria	¿Cuántos cuartos Utilizan?	03
<input type="checkbox"/> Habita en vivienda sin servicios básicos		

VII.- Condiciones Básicas de salud

Tiene algún tipo de discapacidad indique cual:

☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Baja talla ☐ Musculo esquelética ☐ Visual ☐ Lingüística

¿Padece de Alguna enfermedad?: Si: ☐ No: ☐ en caso de ser afirmativa indique una o varias:

☐ Alzheimer ☐ Artritis Reumática ☐ Artrosis Severa ☐ Cáncer ☐ Cerebro Vascular  
☒ Diabetes ☒ Hipertensión Arterial ☐ Insuficiencia Cardíaca ☐ Insuficiencia renal Crónica

☐ Parkinson ☐ Respiratoria ☐ Otras: "amputación de la pierna derecha"

¿Recibe Asistencia Médica, Rehabilitación de algún centro o servicio público? Si: ☐ No: ☐

☐ Módulo de Salud ☐ Centro de Diagnóstico Integral CDI ☐ Hospital  
☐ Sala de rehabilitación integral SRI ☐ Ambulatorio ☐ Otro:





Gobierno Bolivariano  
de Venezuela

Ministerio de Poder  
Popular  
para la Salud

Mesa de Cavacas

Fecha 3/3/16

HOJA DE REFERENCIA

Cod \_\_\_\_\_  
C/S \_\_\_\_\_

Municipio Guanare Circuito Comunal: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: Amada Rosa Correa de Camacho edad: 76 años

Lugar y Fecha de Nacimiento: 5/5/43. Mata Larga Sector la Capilla

C.I. 7656603 Direccion: Mesa de Cavacas B. Mata Verde

Telefonos: 04 025741554294

02

Breve Descripción del Caso: Se trata de paciente femenina de 76 años de edad con antecedente de Diabetes Mellitus II desde el año 1994 quien en la actualidad presenta Amputación de pierna derecha. Motivo por el cual amerita con urgencia el Silla de Rueda.

Diagnostico: ① Diabetes tipo II  
② Amputación de pierna derecha

Solicitud: 1 Silla de Rueda.

Referido a: \_\_\_\_\_

Trabajador Social: \_\_\_\_\_

Trabajadora Social

*[Firma]*

CD. Dra. Rosa Correa de Camacho  
MPPS  
Mesa de Cavacas  
B. Mata Verde

## Informe Medico

Nombre: Amadeo Rosa

Apellidos: Correa de Camacho

Edad: 73

ID: 7656601

## Informe Medico

Paciente femenina de 73 años quien inicia enfermedad actual el (14-12-15) cuadro posterior a amputación de pie derecho en Centro Privado, Presenta necrosis en cara anterolateral de dicho pie, concomitante aumento de volumen y dolor por lo que es llevada, el día 31-12-15 es llevada de nuevo a operación con diagnóstico preoperatorio de gangrena (de amputación de pierna derecha

DX: Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus IV

Dr. Eusebio Ruiz  
Firma





**Sembrando  
el Socialismo Bolivariano**

WILMAR CASTRO GOBERNADOR

DAAM- 01 N° 0078

TAL  
638



Guanare, 09 de Marzo de 2016

Ciudadano:

**Rafael Guedez**

**Coordinador de Atención al Ciudadano**

Su Despacho.-

Con gratos saludos me dirijo a usted en nombre de la gran familia que conforma la Dirección de Atención al Adulto y Adulta Mayor, en la oportunidad de remitir caso de la adulta mayor: **Amada Rosa Correa de Camacho**, titular de la cédula de identidad N° V.- 7.656.601, domiciliada en el Barrio Mata Verde, Mesa de Cavacas, de municipio Guanare, quien requiere de una silla de ruedas, ya que presenta amputación de pierna derecha, por antecedentes de Diabetes Mellitus II, como indican informes médicos anexos al presente.

Sin más a que referir. Comunicación que se realiza a los efectos oportunos, se suscribe de usted;

Atentamente,

**FANNY GUDINO**

**DIRECTORA DE ATENCIÓN AL ADULTO(A) MAYOR**  
Según Decreto N° 1167-A, de fecha 01 de Marzo de 2013.

FG/DD/EG

**¡CHÁVEZ VIVE, LA LUCHA SIGUE!**

Dirección: Calle 13 entre carreras 4 y 5. Edificio El Pionero, planta baja.

Teléfono: 0257-2515616. Guanare Edo. Portuguesa.

Correo Electrónico-Facebook: [adultomayorgob@gmail.com](mailto:adultomayorgob@gmail.com)