



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35439

Paciente: JOHAN MANUEL PACHECO LINARES
Edad: 10 años
Nro. Historia: FHOI-454678
Responsable de Pago: JOHAN MANUEL PACHECO LINARES

C.I./ Pasaporte: V-19956266#1
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 04145119926
Rif: V-19956266#1
Fecha Elaboración: 22-06-2016
Fecha Vencimiento: 06/08/2016
Días Cama Hospitalización: 3

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización
Médico Tratante: CARLOS HUMBERTO PRATO DE LIMA
Diagnóstico: CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA
Especialidad: ORTOPEDISTA
Procedimiento (s): NEOR.C1.29 Osteotomía Femoral Distal / Osteotomía Femoral Desrotadora y Varizante:

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
CONSUMIBLES- 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	2,00	4.856,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
ELECTROESTIMULADOR	UND	500,00	1,00	500,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				22.659,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	3,00	24.570,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	3,00	9.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	3,00	8.820,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				44.390,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	292.000,00	1,00	292.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				292.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	60.000,00	1,00	60.000,00
DYSPOIT	AMPOLLA	32.000,00	2,00	64.000,00
Total FARMACOS				124.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	4.180,00	1,00	4.180,00
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				5.000,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.812,00	1,00	1.812,00
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	1.188,00	1,00	1.188,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00

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

Impreso: 22 de Junio de 2016
Hora: 10:58 AM
Usuario: YYEPEZ
Departamento: ADMINISTRACION



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35439

Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				5.470,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				1.800,00
PRODUCTOS A LA MEDIDA				
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	260.000,00	1,00	260.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				260.000,00
SERVICIO DE FISIOTERAPIA				
CONSULTA DE FISIOTERAPIA	UND	1.200,00	10,00	12.000,00
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA				12.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
ANESTESIOLOGO	UND	24.960,00	1,00	24.960,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS	UND	14.500,00	1,00	14.500,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	7.500,00	1,00	7.500,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	3.500,00	2,00	7.000,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.800,00	1,00	2.800,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	3,00	6.204,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	3,00	6.204,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	1.200,00	1,00	1.200,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	500,00	3,00	1.500,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	390,00	1,00	390,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				245.508,00

Total Hospital	777.319,00
Total Honorarios	245.508,00
Total General Presupuesto Bs.....	1.022.827,00

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:



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35439

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 INSTITUCIÓN 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:
YURI YEPEZ	
C.I.: V-16555872	



Quonari; 27 de Junio del 2016.

TAC 2752
Intervenciones Quirógrafas

En Me Es grato dirigirme a Usted
En la Oportunidad de Saludarle.
Mi Nombre Es Monicela Linares Macho
del Niño Johan Manuel Pacheco J. de
10 años de Edad quien Necesita
de Caracter Obligatorio Una Operación
de Caderas por lo que Necesito
de Su Gran Valioso apoyo Para
Mi hijo ya que No Tengo
Empleo y Soy de bajo recurso
Por Eso Me dirijo a Usted Para
que Me ayude So lo Pido de
Corazón.
Espero Su Pronto Respuesta.
Por favor.

(0414 511 9926.
0414 373 4538.
0257. 256.1306)

Monicela Linares.
17956266






FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

FECHA: 22/06/2016

INFORME MÉDICO

PACIENTE: Johan Pacheco

DX: 1) Disfunción Motora Subtipo Cuadriplejia.

Historia: 454678

RADIOLOGÍA: Rx de Cadera AP y Rana.

Se trata de paciente Masculino de 10 años de edad natural y procedente del estado Portuguesa quien es conocido en este centro por presentar Disfunción Motora Subtipo Cuadriplejia Espástica, lo cual le condiciona aumento del tono muscular, perdida de la selectividad muscular y el equilibrio, esto provoca disfunción del brazo de palanca en pelvis y caderas con inestabilidad para el apoyo, perdida del fulcro en cadera izquierda, deformidad en parabrisas, contractura en flexión de ambas rodillas ángulo poplíteo de 50° bilateral, Silverskiol + con valgo de ambos talones por lo que amerita de:

- ✓ Reduccion cruenta + osteotomia femoral desrotadora y varizante de cadera izquierda + diafisectomia con placa LCP de la casa comercial Eurociencias
- ✓ Osteotomia pélvica tipo dega
- ✓ Alargamiento de isquiotibiales bilateral

Dr. Carlos Prato.

MSAS: 40037.

C.I: 8099523.

Dr. Carlos Prato
Traumatología y Ortopedia
Neuro-Ortopedia
MPPS: 40037 C.I. 8.099.523

República Bolivariana de Venezuela

Acta N°: 124, LINA ROSA MORILLO, en el carácter de Funcionario Designado por la Primera Autoridad Civil del Municipio Guanare, Estado Portuguesa, hago constar que en la Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimientos del Hospital General Universitario Dr. Miguel Oraá, hoy diez de enero de dos mil seis, me ha sido presentado un niño por JOEL MANUEL PACHECO BASTIDAS, Cédula de Identidad Número V-19187742, de dieciocho años de edad, Obrero, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en el Barrio San Antonio Callejón 1 Casa S/N de esta Ciudad, quien manifestó que el niño cuya presentación hace, nació el día seis de enero de dos mil seis, a las dos horas con cincuenticinco minutos de la mañana, en este Hospital General Universitario Dr. Miguel Oraá, ubicado en Av Hilandera frente a la Urbanización Andres Eloy Blanco del mismo municipio, siendo único nacido y tiene por nombre JOHAN MANUEL, quien es su hijo y de MARIANELA LINAREZ PÉREZ, Cédula de Identidad Número V-19956266, de dieciseis años de edad, Estudiante, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltera, de la misma dirección. El presentante consignó la constancia de nacimiento expedida por este mismo Hospital número 1443957. Fueron testigos presenciales de este acto: Gladys Masdalena Pérez Graterol, Cédula de Identidad Número V-9400410, de cuarenta años de edad, Secretaria, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltera, domiciliada en la Urbanización Simón Bolívar Vereda 32 Casa # 4 de esta Ciudad y Endy Guillermo Correa Sánchez, Cédula de Identidad Número V-14131480, de veintisiete años de edad, Obrero, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en el Barrio San Antonio Calle 1 Casa # 2-200 de esta Ciudad. La presente acta quedó inserta bajo el Número 124, Tomo Nro. 1, de 1 folio, del primer trimestre del año dos mil seis, de los libros del Registro Civil de Nacimientos llevados por esta Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimientos. Lelda la presente acta al presentante y los testigos presenciales dan su conformidad y firman.-



El Presentante:

Joel Pacheco B
Joel Manuel Pacheco Bastidas

Los Testigos:

Laura Gomez
Laura Gomez

Secretario (a)

Gladys Masdalena Pérez Graterol
Gladys Masdalena Pérez Graterol

Endy Guillermo Correa Sánchez
Endy Guillermo Correa Sánchez

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 19.956.266

021

APELLIDOS LINAREZ PEREZ

Juan Dugarte
Director

NOMBRES MARIANELA

Linares P. Mariana

FOTO TITULAR



28/02/1989 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

08/01/2014 01/2024

F. EXPEDICIÓN F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

