



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

INFORME SOCIO-ECONÓMICO



OBSERVACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Según Informe Médico presentado, se puede evidenciar que la Beneficiaria presenta:

- 1.- Hipertensión Arterial con Cardiopatía Hipertensiva.
- 2.- Enfermedad Valvular con FE disminuida
- 3.- Hipertensión Pulmonar.

Con lo cual amerita tratamiento Permanente. Además presenta Deficiencia Visual, lo que le impide moverse por sus propios medios. Por tal Razón, si Requiere la ayuda con una Silla de Rueda.

TRABAJADOR SOCIAL		SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS:		NOMBRES Y APELLIDOS:	
Willmaris Escallado		Aurea Henriquez	
FIRMA:		FIRMA:	
[Firma]		Aurea Henriquez	
INSTITUCIÓN		C.I N° V.-	
Coordinación de Atención al Soberano		4.244.723	

ANÁLISIS DEL CASO

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 4.244.723 021
Dante Rivas
Director

APELLIDOS MARQUEZ
NOMBRES AURA ESPERANZA
NO SABE FIRMAR
FIRMA TITULAR

18/12/1932 SOLTERA
F. NACIMIENTO F. EXPIRACION
17/01/2012 01/2022
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Gen, 30-07-2015

Para:

Wilmar Castro Sotelo

Gobernador del Edo Portuguesa.
Su Despacho.

Reciba un Saludo Revolucionario. Sirva la presente para solicitar la Donación de una Silla de Rueda, la cual va ser utilizada por Ouna Espinoza. Manquez por presentar según Informe médico la siguientes síntomas:

1. Hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva.
2. Enfermedad Valvular con FE disminuida.
3. Hipertensión Pulmonar.
4. Padece de deficiencia visual.

No me queda más nada que decirle, y esperando de usted de una respuesta favorable a esta solicitud.

Atentamente,

Ouna Manquez.

C.I: 4.244.723

teléfono:

0416-7579987

0257-2517969.



Dra. Mariela J. Herrera R.

M.S.D.S.: 58998 **CARDÍOLOGO** C.M.: 2472

Prueba de Esfuerzo Holters - MAPA - Ecocardiograma
Evaluación Preoperatoria - Evaluación Cardiovascular Integral

Consulta: Lunes a Viernes de 10:00 a.m a 12:00 m y de 4:00 p.m. a 6:00 p.m

Paciente: Aura Márquez

Guanare 08/05/2015

C.I: 4.244.723

INFORME MEDICO.

Paciente femenina de 82 años de edad, quien se encuentra bajo

IDx:

1. Hipertensión Arterial con Cardiopatía Hipertensiva
2. Enfermedad Valvular con FE deprimida
3. Hipertensión Pulmonar

Ameritando tratamiento **Permanente**

Se agradece colaboración con el caso.

1. Digoxina: 0.25mg diarios
2. Lasix/ Furosemida : 40mg cada 8 horas
3. Lasix: ampollas.
4. Aldactone: 25mg diarios
5. Norvacs/ Amlodipina. 5mg diarios

Dra. Mariela Herrera R.

Cardiólogo Clínico

Dra. Mariela Herrera
Cardiólogo Clínico
M.S.D.S. 58998 / C.M. 2472





TAC 557



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Nº DE REGISTRO:	2015/07/00384
FECHA DE SOLICITUD:	30-07-2015

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: AURA ESPERANZA MARQUEZ	Nº de Cédula de Identidad o RIF: V-4.244.723
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: Carretera 15 Barrio Martin II, casa N: 82-20	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax: 0416-7579987 0257-2517969
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante: 18-12-1932

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: AURA ESPERANZA MARQUEZ	Nº de Cédula de Identidad o RIF: V-4.244.723	
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: Carretera 15 Barrio Martin II, casa N: 82-20	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax: 0416-7579987 0257-2517969	
Estado: Portuguesa	Municipio: Guacara	Código del Circuito Comunal:
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:	
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario: 18-12-1932	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
AURA MARQUEZ	4.244.723	18-12-38	Beneficiario	0416-7579987	Pensionada	7.421,67
Willmaris Goellanda	10722651	07-06-72	Sobrino	0416-7579987	Edenmarcan	

Breve Descripción del Requerimiento: Quiero solicitar la ayuda con una silla de ruedas, ya que es una persona de la tercera edad, padece de hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva, y también tiene problemas de vista.

Observaciones del Despacho:

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA COORDINACIÓN DEL ESTADO PORTUGUESA
--

Aura Marquez
FIRMA DEL CIUDADANO (A)

30 Jul 2015
RECIBIDO
Coordinación de Atención al Soberano

Willmaris Goellanda
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



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

INFORME SOCIO-ECONÓMICO



Fecha: 30/07/2015

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombres: <u>MARQUEZ AURA ESPERANZA</u>			C.I. N° <u>V-4.244.723</u>
Lugar de Nacimiento: <u>GUAYANES</u>			Fecha de Nacimiento: <u>18-12-1932</u>
Edad: <u>82 años</u>	Estado Civil: <u>soltera</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad: <u>Venezolana</u>
Nivel de Instrucción: <u>sin estudios</u>	Profesión / Ocupación:		Trabaja: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Parentesco / Relación: <u>Beneficiaria</u>			Teléfonos: <u>0416-7577987</u>

Dirección de Habitación: Calle 15, casa n° 82-20, Barrio Neotuin II

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellidos y Nombres: <u>MARQUEZ AURA ESPERANZA</u>			C.I. N° <u>V-4.244.723</u>
Lugar de Nacimiento: <u>GUAYANES</u>			Fecha Nacimiento: <u>18-12-1932</u>
Edad: <u>82 años</u>	Estado Civil: <u>soltera</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad: <u>Venezolana</u>
Nivel de Instrucción: <u>sin estudios</u>	Profesión / Ocupación:		Trabaja: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Parentesco / relación: <u>Beneficiaria</u>			

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

Urbanización <input type="checkbox"/> Barrio <input checked="" type="checkbox"/>	Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/>	Sector:	N° de Casa
<u>Neotuin II</u>	<u>Calle 15</u>		<u>82-20</u>
Ciudad <input checked="" type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/>	Parroquia: <u>GUAYANES</u>	Municipio: <u>GUAYANES</u>	
<u>GUAYANES</u>			
Estado: <u>Portuguesa</u>	Teléfono de Habitación: <u>0257-2517969</u>	Teléfono / Contacto <u>0416-7577987</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 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 checked="" 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"/> Inadida <input type="checkbox"/> De los Padres <input type="checkbox"/>	Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Septico <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/>
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS	
Tlf Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Radio <input checked="" type="checkbox"/> Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	