

CARACAS

TAC (68)

Acarigua, 07 de Marzo de 2016

Ponca, Rinaldo Costas
Gobernador

Tramites a nivel Central

Exposición de Motivo

Reciba un cordial saludo Bolivariano y Revolucionario de parte de la familia Leo Méndez y en la misma expresar le mi inquietud, yo, Aracelis Méndez, titular de la cedula de identidad N° 16.753.413, procedente de Acarigua - Edo Portuguesa, domiciliada en la Urbanización el Samán Av. Antonia Muñoz casa 93 B, madre de tres (3) niños, el cual mi hijo mayor de once (11) años de edad, desde hace aproximadamente cuatro (4) años está padeciendo una enfermedad.

Encefalopatía Epiléptica (Epilepsia focal motora secundariamente generalizada de difícil manejo con FAE).

Y a raíz de esa enfermedad ha estado hospitalizado en varias oportunidades debido al aumento de las crisis convulsiva, actualmente mantiene su control con neuropediatría en vista de que el niño se ha vuelto inmune a los medicamentos que hoy en día son difícil de conseguir se le está pidiendo realizar un (video Electroencefalograma) para ver si mi hijo puede ir a una cirugía. Es por esta razón que acudo ante usted para que me ayuden, me colaboren con los recursos necesarios para poder realizar ese estudio a mi niño, ya que soy madre de bajos recursos y mi esposo no tiene trabajo en la misma le anexo presupuesto, informes médicos y demás documentos.

Sin más a que hacer referencia esperando una pronta respuesta se despide una madre angustiada por la salud de su hijo.

Atentamente,

Aracelis Méndez

Aracelis Méndez

C.I. 16.753.413

Teléfono: 0424-5483646 / 0414-5240772



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 16.566.213 MF050
Hugo Cabezas
Director

APELLIDOS LEO
NOMBRES JEAN CARLOS ANTONIO
Jean Carlos

05-01-80 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

13-06-07 06-2017
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 16.753.413 MM743
Juan Juan Dugarte
Director

APELLIDOS MENDEZ MENDOZA
NOMBRES ARACELIS AMADA
Aracelis

01-04-82 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

10-08-14 09-2024
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 31.009.266 029

APELLIDOS LEO MENDEZ
NOMBRES JEISON ANTONIO

JEISON

19/03/2004 SOLTERO
F. NACIMIENTO E. ESTADO CIVIL

15/10/2014 10/2024
F. E. EXPIRACIÓN F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Juan Dugarte
Director



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

CENTRO ASISTENCIAL:

Juscar lo.

SERVICIO:

NH=19-76-26

Indicaciones:

Video electroencefalograma

Dra. Rina A. Laidy
No. 1427
CL-1427-1427-1427



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DEL TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DR JOSE GREGORIO HERNANDEZ"
ACARIGUA - EDO. PORTUGUESA

INFORME MEDICO NEUROLOGIA

Nombres: Juan Antonio Leo Mendez

Edad: 11a

Fecha de nacimiento: 19/03/04

Nº Historia: 197626

Se trata de paciente en control desde: 04/07/14, ultima evaluación: 18/01/16

Diagnósticos Actuales:

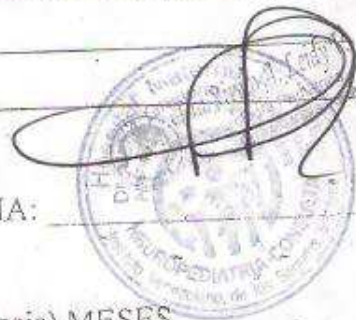
- Encefalopatía epiléptica
epilpsia focal motora secundaria generalizada
de difícil manejo con FAE.

Tratamiento Actual: Acido Valproico, Clonazepam
lomotrigine

AMERITA: realización de video electroencefalogramas

FECHA: 04/02/16

FIRMA:



NOTA: INFORME VALIDO por 6 (seis) MESES



Aristela
Martha



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
CONSEJO COMUNAL EL SAMÁN.
ACARIGUA - PORTUGUESA.
REGISTRO N° MPPCYMS/1808010010036
RIF.N° J-29938116-0



CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Quienes suscriben, en condición de Voceros Comunales del Sector residencial "Comunidad del Samán", de la Ciudad de Acarigua, Jurisdicción del Municipio Páez del Estado Portuguesa; por medio de la presente **HACEN CONSTAR** que el(la) ciudadano(a): Aracelis Gendy

Aracelis Gendy, titular de la cedula de identidad N° 16.753.413, de 34 años de edad, Esta residenciado en esta comunidad por un espacio de tiempo de 1 año habitando en calidad de: Hija en la siguiente dirección Urbanización El Samán No. 93. Casa Nro. 93, ACARIGUA, ESTADO PORTUGUESA.

Documento ha sido requerido con la finalidad de gestionar: Salud; () Vivienda; () Asuntos Civiles; () Jurídicos; () otros Asuntos especifique _____.

Constancia expedida a solicitud de parte interesada en ACARIGUA a los 07 días del mes Mayo del año 2016.

Atentamente
Por El Consejo Comunal,

Atentamente
Por El Consejo Comunal,

Neomar Espinoza
NEOMAR ESPINOZA
COMITÉ ASUNTOS CIVILES
TEL.0255/9889525



Dayana Fernandez
DAYANA FERNANDEZ
COMITÉ DE ALIMENTACION
TEL 0426/3201639

Arrianny Barcos
ARRIANNY BARCOS
COMITÉ JURÍDICO
TEL.0255/4145544

Digna Suarez
DIGNA SUAREZ
COMITÉ DISCAPACIDAD
0255/8087023

Alfredo Torrelles
ALFREDO TORRELLES
COMITÉ EDUCACIÓN
TEL.0416/5539785

NOTA: NO ES VALIDA SIN SELLO NI FIRMA

Fecha: 29.02.2016

Página: 1 de 1

Nro.240495

Centro Médico Docente

La Trinidad



Presupuesto

Paciente	Leon Mendez, Jeison Antonio	Teléfono	0414 5240772/ 04
C.I. del Paciente	V-16753413.01	Fecha de Elaboración	29.02.2016
Médico Tratante	Dr. SAINZ COSTA, VALENTIN	Horas Quirófano	0
Convenio	Estandar (Particular)	Días UCI	0
		Días de Hospitalización	3
Procedimiento: HEMO VIDEO ELECTROENCEFALOGRAMA EEG			

Rubro	Artículo	Monto
Gastos de Clínica	SALA DE ESTUDIOS ESPECIALES	63.150,00
	SERVICIO ASISTENCIAL ESTUD. ESPECIALES	6.870,00
	ASISTENTE HOSPITALARIO EN HOSPITALIZACION	25.350,00
	MANT. E INFRAESTRUCT HOSPITALARIA	25.500,00
	Total Gastos de Clínica	120.870,00
Admin Farmacos/Suministros	KIT DE MEDICINAS ESTANDAR	25.000,00
	KIT DE SUMINISTROS ESTANDAR	25.000,00
	Total Admin Farmacos/Suministros	50.000,00
Serv.Diagnostico y Tratamiento	EQUIPO VIDEO EEG/DIA	200.000,00
	Total Serv.Diagnostico y Tratamiento	200.000,00
Honorarios Médicos	MEDICO NEUROLOGO	90.000,00
	TECNICO NEUROLOGO	40.000,00
	Total Honorarios Médicos	130.000,00
Sub-Total Presupuesto		500.870,00
Monto I.V.A.		0,00
Total Presupuesto		500.870,00

Elaborado por

Recibí conforme

Yaneth Sifontes

C.I. 16753413.01

Notas:

Estimado Paciente:

1.- ESTE PRESUPUESTO TENDRA VALIDEZ, POR 15 DIAS CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION

2.- Este es un presupuesto estimado, sujeto a modificación debido a la duración y características de la intervención.

3.- Es importante para su admisión:

a.- En caso de cirugías electivas, realizar los trámites correspondientes con 48 horas de anticipación, con el objeto de programar su intervención.

b.- Si posee póliza de seguros, deberá tramitar y traer la carta aval, en original, en la cual se establezca el monto a ser cubierto por la empresa de seguros. La diferencia entre la cobertura y el monto del presupuesto deberá ser cancelada por el paciente al momento de su ingreso.
Formas de pago aceptadas: efectivo, tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cheque conformable o de gerencia. Favor emitir cheque a nombre de A.C. CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD.

4.- Para información adicional, favor comunicarse con nosotros por los teléfonos: (0212) 949.6378 / 6388 / 6402 / 6403 / 6409.

DEPOSITO O TRANSFERENCIA A NOMBRE DE :

A.C CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD

RIF J-00058551-2

NUMERO DE CUENTA CORRIENTE :

BANCO MERCANTIL

01050091511091213011

BANESCO

01340031890313102203

**NOTA: ENVIAR COPIA DEL DEPOSITO REALIZADO CON
LOS DATOS DEL PACIENTE C.I Y UN NÚMERO DE TLF DIAS
ANTES DEL PROCEDIMIENTO PARA SER VERIFIADO EN EL
DPTO DE COBRANZAS**

Correo Electronico: CARDIOHEMOCMDL@GMAIL.COM

Fax : (0212) 949-65-14

ADMISION HEMODINAMIA

(0212) 949-62-17 /6252