



CENTRO MEDICO SAN MIGUEL ARCANGEL, C.A.  
Carrera 7 bis, Nº 1-84, Barrio Coromoto,  
Guanare estado Portuguesa  
R.I.F.: J-30240221-2  
Telefonos: 0257-2511229 / 0257-2534310

| Emisión    | Página: |
|------------|---------|
| 08/04/2016 | 001     |

Presupuesto: 00003238

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Cliente:</b> ILSA APONTE  | <b>C.I.:</b>          |
| <b>Rif.:</b> 10724729        |                       |
| <b>Titular:</b> ILSA APONTE  | <b>C.I.:</b> 10724729 |
| <b>Paciente:</b> ILSA APONTE | <b>DIAS:</b> 1        |
| <b>Medico:</b> PITTEP PEROZO |                       |

|   |
|---|
| <b>Diagnóstico para la Admisión:</b><br>HISTERECTOMIA ABDOMINAL (P) |
| <b>Procedimiento :</b>  |

| Descripción del concepto                       | Cant.     | Total Neto Bs. | Total Linea |
|--|-----------|----------------|-------------|
| <b>GASTOS CLINICOS</b>                         |           |                |             |
| OXIGENO MEDICINAL 25 KG 40 IT                  | 1.00      | 2,584.50       | 2,584.50    |
| ENF.CIRCULANTE DE PABELLÓN                     | 1.00      | 1,537.90       | 1,537.90    |
| PROF. ENF. DE INSTRUMENTACIÓN                  | 1.00      | 1,757.60       | 1,757.60    |
| SERVICIO DE HABITACION (CMSMA, C.A)            | Días 1.00 | 3,000.00       | 3,000.00    |
| PROCESAMIENTOS DESECHOS BIOLOGICOS             | 1.00      | 1,000.00       | 1,000.00    |
| SERVICIO DE LENCERIA                           | Días 1.00 | 500.00         | 500.00      |
| DIETA COMIDA/PACIENTE                          | Días 1.00 | 3,120.00       | 3,120.00    |
| ACOMPAÑANTE DE PACIENTE                        | Días 1.00 | 500.00         | 500.00      |
| MEDICO RESIDENTE DIURNO                        | 1.00      | 2,000.00       | 2,000.00    |
| SERVICIO DE CAMARERA                           | Días 1.00 | 1,000.00       | 1,000.00    |
| ADMISION HISTORIA CLINICA                      | 1.00      | 650.00         | 650.00      |
| EXAMENES PRE- OPERATORIOS                      | 1.00      | 4,758.00       | 4,758.00    |
| MEDICINAS EN HOSPITALIZACION                   | 1.00      | 8,000.00       | 8,000.00    |
| ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)                       | 1.00      | 800.00         | 800.00      |
| MEDICINAS DE QUIROFANO                         | 1.00      | 12,000.00      | 12,000.00   |
| MATERIAL MED. QUIRURG. DESCARTABLE (QUIROFANO) | 1.00      | 50,000.00      | 50,000.00   |
| MONITOREO CARDIACO (CMSMA, C.A)                | 1.00      | 2,000.00       | 2,000.00    |
| ESTERILIZACION MATERIAL (CMSMA, C.A)           | 1.00      | 3,500.00       | 3,500.00    |
| CAMILLA DE QUIROFANO (CMSMA, C.A)              | 1.00      | 1,800.00       | 1,800.00    |
| INSTRUMENTAL QUIRURGICO (CMSMA, C.A)           | 1.00      | 3,000.00       | 3,000.00    |
| USO DE ELECTROCAUTERIO (CMSMA, C.A)            | 1.00      | 1,750.00       | 1,750.00    |
| USO DE LAMPARA CIALITICA (CMSMA, C.A)          | 1.00      | 2,500.00       | 2,500.00    |
| VALORACION CARDIOVASCULAR                      | 1.00      | 4,225.00       | 4,225.00    |
| EQUIPO DE GASES ANESTESICOS (CMSMA, C.A)       | 1.00      | 4,000.00       | 4,000.00    |
| RX DE TORAX (CMSMA, C.A)                       | 1.00      | 1,600.00       | 1,600.00    |
| MEDICO RESIDENTE NOCTURNO                      | 1.00      | 2,600.00       | 2,600.00    |
| SERV. DE ENFERMERIA DIURNO                     | 1.00      | 1,400.00       | 1,400.00    |
| SERV. ENFERMERIA NOCTURNO                      | 1.00      | 1,800.00       | 1,800.00    |
|  |           | Sub Total ...  | 123,383.00  |
| <b>HONORARIOS MEDICOS</b>                      |           |                |             |
| ANESTESIOLOGO                                  | 1.00      | 16,000.00      | 16,000.00   |
| 1ER AYUDANTE                                   | 1.00      | 16,000.00      | 16,000.00   |
| GINECOLOGO                                     | 1.00      | 40,000.00      | 40,000.00   |
|  |           | Sub Total ...  | 72,000.00   |



**VALIDO POR 30 DIAS**

- 1.-Si el paciente es asegurado cancelara al momento del ingreso la diferencia existente entre la cobertura de la póliza y el presupuesto.
  - 2.-El presupuesto es aproximado, podra variar segun el tratamiento que prescriba el medico tratante o por complicaciones y servicios especiales que requiera el paciente.
  - 3.-Los presupuestos de contado se cancelarán en su totalidad al momento del ingreso. TIPO DE PAGO: EFECTIVO, DEBITO, CHEQUE DE
- CENTRO MEDICO SAN MIGUEL ARCANGEL, CA

|                              |            |            |               |                    |
|------------------------------|------------|------------|---------------|--------------------|
| IMPONIBLE:                   | 0.00       | DESCUENTO: | TOTAL I.V.A.: | TOTAL GENERAL Bs.: |
| EXENTO:                      | 195,383.00 | 0.00       | 0.00          | 195,383.00         |
| Emitido por: MASSIEL HURTADO |            |            |               |                    |



# APRELLANOS

CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LOS

TRABAJADORES DE CORPOELEC

R.I.F. J-085073299

SECTOR PUBLICO N° 141

PRESUPUESTO Nro.: 2020

FECHA: 08/04/2016

Nombre del Paciente: , ILSA APONTE C.I: 10724729 Edad: 45

Titular:

Dirección: GUANARE Teléfono: 0426-4595858

Médico Tratante: PITTER JEAN PEROZO HURTADO Hab. Nro.:

Intervención/Trat: HISTERECTOMIA

## SERVICIOS CLINICOS

|                                     |       |          |           |
|-------------------------------------|-------|----------|-----------|
| 101 CUARTO HOSPITALIZACION          | 1 DIA | BSF. C/U | 2,500.00  |
| 103 MEDICO RESIDENTE DIARIO         | 1 DIA | BSF. C/U | 1,500.00  |
| 104 COMIDA SEGUN CONSUMO            |       | BSF. C/U | 2,250.00  |
| 105 SERVICIO DE ENFERMERIA DIURNO   | 1 DIA | BSF. C/U | 1,200.00  |
| 107 HISTORIA CLINICA                |       | BSF. C/U | 1,500.00  |
| 109 MEDICINAS S/C                   |       | BSF. C/U | 35,000.00 |
| 110 MATERIAL MEDICO QUIRURGICO S/C  |       | BSF. C/U | 50,000.00 |
| 112 SERVICIO DE ENFERMERIA NOCTURNO |       | BSF. C/U | 1,500.00  |
| 120 KIT DE PACIENTE                 |       | BSF. C/U | 3,000.00  |
| 134 SERVICIO DE CAMARERA            |       | BSF. C/U | 1,500.00  |

Sub-Total..... 99,950.00

## SERVICIOS QUIRURGICOS

|                                   |  |          |          |
|-----------------------------------|--|----------|----------|
| 201 DERECHO QUIROFANO             |  | BSF. C/U | 3,000.00 |
| 203 ENFERMERIA INSTRUMENTISTA 1   |  | BSF. C/U | 5,000.00 |
| 204 ENFERMERIA CIRCULANTE 1       |  | BSF. C/U | 5,000.00 |
| 205 USO DEL MONITOR FUNCIONAL     |  | BSF. C/U | 2,000.00 |
| 208 USO DEL ELECTROBISTURI        |  | BSF. C/U | 2,000.00 |
| 209 SALA DE RECUPERACION          |  | BSF. C/U | 1,500.00 |
| 210 INSTRUMENTAL QUIRURGICO       |  | BSF. C/U | 3,000.00 |
| 217 OXIGENO+ NITROSO MEDICINAL    |  | BSF. C/U | 6,000.00 |
| 251 PROC. DE DESECHOS BIOLOGICOS  |  | BSF. C/U | 2,000.00 |
| 252 ESTERELIZACION DE MATERIAL Q. |  | BSF. C/U | 800.00   |

Sub-Total..... 30,300.00

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BSF. C/U ..... .00

Sub-Total..... .00

## HONORARIOS A TERCEROS

|                        |  |          |           |
|------------------------|--|----------|-----------|
| 401 CIRUJANO PRINCIPAL |  | BSF. C/U | 45,000.00 |
| 402 AYUDANTE           |  | BSF. C/U | 18,000.00 |
| 403 ANESTESIOLOGO      |  | BSF. C/U | 18,000.00 |
| 404 MEDICO RECUPERADOR |  | BSF. C/U | 4,000.00  |

Sub-Total..... 85,000.00

Total Presupuesto..... 215,250.00

FIRMA AUTORIZADA

RIF: J-085073299

NOTA: EN CASO DE CANCELAR CON CHEQUE FAVOR EMITIR A NOMBRE DE CAPRELLANOS, 5 DIAS ANTES DE LA CIRUGIA, FAVOR PRESENTAR ESTE PRESUPUESTO AL MOMENTO DEL INGRESO; ESTA SUJETO A CAMBIOS EN CUANTO A MATERIALES Y MEDICINAS, ESTO DE ACUERDO A LA EVOLUCION DEL PACIENTE SON VALORES APROXIMADOS.

Carrera 13 con Calle 7, Barrio Maturín II - Teléfono: (0257) 253.07.51 - RIF.: J-08507329-9

Correo Electrónico: cmcaprellanos@gmail.com - Pagina Web: [www.caprellanos.com](http://www.caprellanos.com)

01020346520000055929 BCO VENEZUELA CTA CORRIENTE



# CENTRO MEDICO PORTUGUESA C. A.

R.I.F. J-085083499 N.I.T. 0035406859 NIL: 197211-1

Carrera 4. Edificio Centro Medico Portuguesa. N° 6-29. Guanare Edo. Portuguesa.

Tel: (0257) 2511816, 2531853, 2515159; Fax: (0257) 2512940

## PRESUPUESTO

**FECHA:** 08/04/2016

**SEÑORES:** PARTICULAR

**PACIENTE:** ILSA APONTE

### SERVICIOS CLINICOS

|                                   |   |          |          |           |
|-----------------------------------|---|----------|----------|-----------|
| HABITACION DIARIO                 | 2 | BsF. C/U | 5.000,00 | 10.000,00 |
| ACOMPAÑANTE DIARIO                | 2 | BsF. C/U | 500,00   | 1.000,00  |
| RESIDENTE DIARIO                  | 2 | BsF. C/U | 1.000,00 | 2.000,00  |
| SERVICIO DE ENFERMERA DIARIO      | 2 | BsF. C/U | 1.000,00 | 2.000,00  |
| ADMISION                          |   |          |          | 500,00    |
| HISTORIA CLINICA                  |   |          |          | 1.000,00  |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS            |   |          |          | 500,00    |
| MEDICINAS                         |   |          |          | 65.800,00 |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO        |   |          |          | 85.900,00 |
| DERECHO DE QUIROFANO              |   |          |          | 5.000,00  |
| INSTRUMENTACION                   |   |          |          | 3.000,00  |
| CIRCULANTE DE PABELLON (2)        |   |          |          | 6.000,00  |
| MONITOREO CARDIACO COMPLETO       |   |          |          | 3.000,00  |
| OXIGENO + OXIDO NITROSO X 3 HORA  |   |          |          | 6.000,00  |
| USO DEL ELECTROCAUTERIO           |   |          |          | 2.000,00  |
| PROCESAMIENTO DESECHOS BIOLOGICOS |   |          |          | 2.000,00  |
| SALA DE RECUPERACION              |   |          |          | 2.000,00  |
| USO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO    |   |          |          | 10.000,00 |

**SUB-TOTAL Bs F. 207.700,00**

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BANCO DE SANGRE

13.000,00

**SUB-TOTAL Bs F. 13.000,00**

### HONORARIOS

|               |           |
|---------------|-----------|
| CIRUJANO      | 60.000,00 |
| AYUDANTE 1º   | 24.000,00 |
| AYUDANTE 2º   | 18.000,00 |
| ANESTESIOLOGO | 24.000,00 |
| RECUPERACION  | 3.000,00  |

**SUB-TOTAL Bs F. 129.000,00**

**TOTAL Bs F. 349.700,00**

**EMITIR CHEQUE A NOMBRE DE CENTRO MEDICO PORTUGUESA C.A**

**PRESUPUESTO VALIDO POR UN MES Y SUJETO A MODIFICACIONES**





*Dr. Pitter Len Peroxo Hurtado*

Gineco - Obstetra

**Clinica José Gregorio Hernandez**

Calle 15 entre carreras 13 y 14 Consultorio 13-14  
Tlf: 0257-2512822 Cel: 0416-2594025 - 0424-5118412

## Informe Médico

Nombre del Paciente: APONTE ILSA

fecha: 28-03-16.

Cedula de Identidad N° 10724729.

Edad: 45 AÑOS.

Antecedentes:

Gesta: 2 Para: 2 ABO: 0 CESAREA: 0

Motivo de la Consulta: DOLOR PELVICO, SANGRADO GENITAL CONSTANTE..

Descripción del médico tratante (Intervención, Tratamiento, Evolución)

Clínica: DOLOR PELVICO, SANGRADO GENITAL CONSTANTE

Ecosonograma: UTERO OCUPADO Y DEFORMADO POR MULTIPLES MIOMA DE DIFERENTES TAMAÑOS. ENDOMETRIO GRUESO HIPERPLASICO DE 18 MM.

Diagnostico: LEIOMIOMATOSIS UTERINA, HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

Plan: HISTERECTOMIA.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD  
V 10.724.729 MF002  
Dante Rivas Director  
APELLIDOS APONTE  
NOMBRES ILSA SOCORRO  
2-12-70 SOLTERA  
13-01-12 01-2022  
VENEZOLANO

*Dr. Pitter Len Peroxo*  
GINECO OBSTETRIA ECOSONOGRFIA  
C.I. 7.355.960  
M.S.A.S. 32.845 C.M.P. 1184

021





**Dr. Pitter Jen Peroro Hurtado**  
Ginecologo - Obstetra

Ecsonografista Doppler 3D Infertilidad Menopausia  
De Lunes a viernes 3pm a 7pm. Sábado de 8am 12m

**CENTRO MEDICO CAPRELIANOS**

Carrera 13 Esq. calle 7, Barrio Maturín.

Teléfonos : 0257-3113907, Cel.: 0416-2594025, 0424-5118412

**Ecsonograma Ginecológicos**

Cédula : 10724729

Historia : 000000

Paciente : ILSA APONTE

Edad : 45

FUM : / /

Fecha : 28/03/16

Se realiza exploración ecográfica Transvaginal encontrandose los siguientes hallazgos :

Vejiga : Normal, adecuadamente llena.

Utero : OCUPADO Y DEFORMADO POR MULTIPLES MIOMAS DE 3.7\*3.3\*3 CM

Endometrio : GRUESO HIPERPLASICO DE 18 MM

Anexo Derecho : De forma y tamaño normal. Sin folículo dominante, Las medidas ováricas son las siguientes:

L mm 2 T mm 2 AP mm 1 Vol. cc

Anexo Izquierdo : De forma y tamaño normal. Sin folículo dominante. Las medidas ováricas son las siguientes:

L mm 2 T mm 2 AP mm 1 Vol. cc

Impresión Diagnóstica : LEIOMIOMATOSIS UTERINA.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

PLAN: HISTERECTOMIA.

**Dr. Pitter Jen Peroro Hurtado**

Ginecologo - Obstetra

C.I.: 7.355.960 MSDS : 32845 CM : 1184