

## INFORME MÉDICO

FECHA: 02/05/2016

PACIENTE: Yorgelys Montilla.

DX: Disfunción Motora Subtipo Hemiplejia Espástica izquierda 2)  
Pie Plano Valgo.

# Historia: 213250.


RADIOLOGÍA: Rx del Pie derecho e Izquierdo AP, Lateral en  
Apoyo, Rx de Cadera AP y Rana.

Se trata de paciente femenina de 08 años de edad natural y  
procedente del estado Portuguesa quien consulta a este centro por  
presentar Disfunción Motora Subtipo Hemiplejia Espástica  
izquierda lo cual le condiciona aumento del tono muscular, pérdida  
de la selectividad muscular y el equilibrio, esto provoca disfunción  
del brazo de palanca de ambos pies con inestabilidad para el apoyo,  
Marcha en segunda mecedora hiperapoyo borde medial de pie  
derecho, por lo que amerita tratamiento quirúrgico el día 02/05/12  
el cual fue:

- 1) Alargamiento percutáneo de Aquiles izquierdo.
- 2) Bloqueo a múltiples niveles con Botox en miembro superior  
izquierdo, Isquiotibiales, tríceps sural más tibial posterior.

Actualmente amerita de:

- ✓ Arresto fisiario temporal femoral distal derecho

  
Dr. Carlos Prato.  
MSAS: 40037.  
C.M.D.C: 20118.





## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 32049

Paciente: YORGELIS ANTONELLA MONTILLA MEJIAS  
Edad: 8 años  
Nro. Historia: FHOI-213250  
Responsable de Pago: YORGELIS ANTONELLA MONTILLA MEJIAS

C.I./ Pasaporte: V-10259508#1  
Tipo de Paciente: F  
Teléfono: 0426-8380111  
Rif: V-10259508#1  
Fecha Elaboración: 02-05-2016  
Fecha Vencimiento: 16/06/2016  
Días Cama Hospitalización: 2

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización  
Médico Tratante: CARLOS HUMBERTO PRATO DE LIMA  
Diagnóstico: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DE HEMIPLEJIA DERECHA.  
Especialidad: ORTOPEDISTA  
Procedimiento (s): NEOR.C.02 Arresto epifisiario tibial;

Descripción	UN.	Precio/ Un.	Cant.	Total
<b>SERVICIO DE QUIROFANO</b>				
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
COMSUMIBLES- 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	1,00	2.428,00
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				20.231,00
<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	2,00	6.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	2,00	5.880,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	2.000,00	2,00	4.000,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				17.880,00
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				100.000,00
<b>FARMACOS</b>				
MEDICAMENTOS	UND	20.000,00	1,00	20.000,00
DYSPOET	AMPOLLA	17.750,00	2,00	35.500,00
Total FARMACOS				55.500,00
<b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	1.200,00	1,00	1.200,00
PERFIL PREOPERATORIO	UND	500,00	1,00	500,00
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				2.520,00
<b>SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	765,00	1,00	765,00
PLACAS EN PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00





## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 32049

Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				2.735,00
<b>SERVICIO SALA DE YESO</b>				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
<b>PRODUCTOS A LA MEDIDA</b>				
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	150.000,00	1,00	150.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				150.000,00
<b>SERVICIO DE FISIOTERAPIA</b>				
CONSULTA DE FISIOTERAPIA	UND	1.000,00	10,00	10.000,00
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA				10.000,00
<b>HONORARIOS PROFESIONALES</b>				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
ANESTESIOLOGO	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS	UND	12.500,00	1,00	12.500,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	4.500,00	1,00	4.500,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	2.700,00	1,00	2.700,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	1.000,00	2,00	2.000,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	500,00	2,00	1.000,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	390,00	1,00	390,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	86,00	1,00	86,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				145.258,00
Total Hospital				368.866,00
Total Honorarios				145.258,00
Total General Presupuesto Bs.				514.124,00

## 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:

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.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 5.634.456

MM673

Juan Dugarte  
Director

APELLIDOS: MONTILLA  
NOMBRES: JOSE MARCELINO

IDENTIFICACION



26-04-59 SOLTERO  
F. NACIMIENTO F. ESTADO CIVIL

07-11-14 11-2024  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



POLICIA ESTADAL  
PORTUGUESA

Republica Bolivariana de Venezuela  
Gobierno Bolivariano de Portuguesa  
Secretaria de Seguridad Ciudadana  
Direccion General del Cuerpo de  
Policia del Estado Portuguesa



JOSÉ MONTILLA  
OFICIAL JEFE

Gobierno Bolivariano de Portuguesa  
Direccion General



TAC 1805

~~Intervención~~

~~Quirófano~~

Yuanare; 09 de Mayo 2016.

Trauma  
Pediátrico.

Ciudadano:


Reinaldo Castañeda

Gobernador del Estado Portuguesa.

En Despacho.

Reciba un cordial saludo, deseándole el mayor de los éxitos en la gestión que viene ejecutando. Sirva la presente para comunicarle que mi hija: Yoyeli A. Montilla de 08 años de edad amerita una cirugía que es muy costosa del cual no puedo los recursos económicos para dicha cirugía. Es importante mencionar que soy pensionado de Gobernación y que el SISSEP está procesando el monto que le corresponde. Es por ello que solicito su ayuda y colaboración para completar el dinero restante.

Sin más a que hacer referencia se espera de una pronta y favorable respuesta se despide.

  
José Maratino Montilla

5.534.456.

0426-8084857

Nota: Los Originales reposan en los archivos del SISSEP.

