



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO  
INFORME SOCIO-ECONÓMICO

Fecha: \_/ \_/ \_

| IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Apellidos y Nombres: <u>Jordania Castillo Sivina</u>   |  | C.I. N° <u>10.142.223</u>                 |   |
| Lugar de Nacimiento: <u>Maracaibo, Esteller</u>  |  | Fecha de Nacimiento: _____                |   |
| Edad: <u>47</u>  | Estado Civil: <u>Soltera</u>   | Sexo: <u>F</u> M( )                       | Nacionalidad: <u>10-01-1969</u>   |
| Nivel de Instrucción: <u>Básica</u>  | Profesión / Ocupación: <u>Recepcionista de hotel</u>   |   | Trabaja: <u>Si ( )</u> No ( )   |
| Parentesco / Relación: <u>Madre-Hija</u>   |  | Teléfonos: <u>0255-6650955</u>            |   |
| Dirección de Habitación: <u>Ceb. Tricentenario de Anare</u>  |  |   |   |
| DATOS DEL BENEFICIARIO:  |  |   |   |
| Apellidos y Nombres: <u>EDIANA SOSA CASTILLO</u>   |  | C.I. N° <u>27.944.084</u>                 |   |
| Lugar de Nacimiento: <u>Acarigua</u>   |  | Fecha Nacimiento: <u>05-09-2.000</u>      |   |
| Edad: <u>15</u>  | Estado Civil: <u>Soltera</u>   | Sexo: <u>F</u> M( )                       | Nacionalidad: <u>Venezolana</u>   |
| Nivel de Instrucción: <u>Básica</u>  | Profesión / Ocupación: <u>Estudiante</u>   |   | Trabaja: <u>Si ( )</u> No ( )   |
| Parentesco / relación: <u>Hija</u>   |  |   |   |
| DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:   |  |   |   |
| Urbanización <input checked="" type="checkbox"/> Rio <input type="checkbox"/>  | Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vda. <input checked="" type="checkbox"/>           | Sector:                                   | N° de Casa <u>09</u>  |
| <u>Tricentenario</u>   | <u>A-12</u>  |   |   |
| Ciudad <input type="checkbox"/> Rio <input type="checkbox"/>   | Parroquia: <u>Anare</u>  | Municipio: <u>Anare</u>                   |   |
| Estado: <u>Portuguesa</u>  | Teléfono de Habitación: <u>0255-6650955</u>  | Teléfono / Contacto <u>0426-4027332</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 checked="" type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input type="checkbox"/> Granito <input type="checkbox"/> Cemento Pulido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>                                |  |   |   |
| TIPO DE TECHO  |  |   |   |
| Acerolit <input checked="" type="checkbox"/> Zinc <input 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"/> Invadida <input type="checkbox"/>  | Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Septico <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| De los Padres <input type="checkbox"/>   | Agua <input checked="" type="checkbox"/>   |   |   |
| SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS   |  |   |   |
| Tlf Fijo <input checked="" type="checkbox"/>   | Celular <input checked="" type="checkbox"/>  | Radio <input checked="" type="checkbox"/> | Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input checked="" type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |



## EXPOSICION DE MOTIVO

Dirigido a: *Ciudadano Gob. Rinaldo Castañeda*

Ante todo Reciba un cordial saludo

Yo, **HORTENSIA DEL CARMEN CASTILLO CIVIRA**, Venezolana mayor de Edad Titular de la Cedula de Identidad N° **V-10142.223**, Me dirijo a usted respetuosamente para Solicitarle una gran Ayuda ya que tengo una hija de 15 años de Nombre **EDIANA DEL CARMEN CASTILLO SOSA**, Titular de la Cedula de Identidad N° **V-27.944.084**, la Cual Requiera de una Intervención Quirúrgica en el hospital ortopédico infantil en **CARACAS**, donde le realizaran la cura operatoria de **ESCOLEOSIS POR UNA POSTERIOR ARTRODESIS VERTEBRAL POSTERIOR INSTRUMENTADA** con sistema tipo **ZEUS** con 16 Tornillos, 3 Ganchos, 2 Barras Titanio y un Conector Trasverso, pues es eso como lo expongo el motivo por la cual me dirijo a Ustedes mediante este escrito ya que la Operación y el material son de muy alto costo y yo no cuento con esa gran suma de Dinero. Soy una trabajadora como tal con un Sueldo Mínimo y necesito reunir esta cantidad de Dinero, Soy madre soltera, viuda de su padre y no tengo ningún tipo de ayuda.

Sin más nada que agregar me despido de Ante manos esperando su pronta Respuesta.

Atentamente

*Hortensia Castillo*

**Hortensia Castillo**  
N° C.I.: V-10.142.223

Teléfonos:

**Habitacional**  
0255-6650955

**Móvil:**

0426-4027332  
04261257884



**República Bolivariana de Venezuela**  
**Ministerio del Poder Popular para las Comunas**

**CONSTANCIA DE RESIDENCIA**

Quien suscribe el Comité de Asuntos Civiles del Consejo Comunal Sector "I" de la Urb. "Tricentenaria de Araure" del Municipio Araure Estado Portuguesa: Por medio de la presente hace constar que el (la),

Ciudadano (a): Ediana Sosa Titular de la  
C.I N°: 27.944084 esta residenciado desde hace 15 Año(s): en

la siguiente Dirección Manzana: A12 #9

Solicitud únicamente Para: Ayuda

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ No Hab: \_\_\_\_\_

Constancia que se expide a la parte interesada en la ciudad de Araure a los 26 días del mes de Febrero del año 2016

Atentamente:



COMITÉ DE ASUNTOS CIVILES  
CARMEN CARRERA  
C.I: 9.838.948  
TELF. 0416-9571010



COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL  
ANAIDA RAMOS  
C.I: 6.306.008  
TELF: 0414-8558488



COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL  
ZOILO SANCHEZ  
C.I: 8.861.782  
TELF: 0416-3392845



COMITÉ DE JUVENTUD  
JESUS ROMERO  
C.I: 20.273.519  
TELF: 0426-3884131

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 21.396.154

MM719  
Juan Dugarte  
Director

APELLIDOS SOSA CASTILLO  
NOMBRES EDUARDO EDILDO

*Eduardo Sosa*

12-09-99 SOLTERO

12-10-13 10-2023

VENEZOLANO



h

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 25.435.878

MF050  
Hugo Cabezas  
Director

APELLIDOS SOSA CASTILLO  
NOMBRES EDILIANA LUCIA

*Ediliana Sosa*

10-03-96 SOLTERA  
F. NACIMIENTO SGO CIVIL

07-06-06 06-2016  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.944.084

MM552

APELLIDOS SOSA CASTILLO  
NOMBRES EDIANA DEL CARMEN

Dante Rivas  
Director

FIRMA TITULAR

*Ediana Sosa*

05-09-00 SOLTERA  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

29-06-10 06-2020  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO



VENEZOLANG

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 10.142.223

MM625

APELLIDOS CASTILLO CIVIRA  
NOMBRES HORTENCIA DEL CARMEN

Dante Rivas  
Director

FIRMA TITULAR



10-01-69 SOLTERA  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

07-03-12 03-2022  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 26499

Paciente: EDIANA DEL CARMEN SOSA CASTILLO

Edad: 15 años

Nro. Historia: FHOI-435065

Responsable de Pago: EDIANA DEL CARMEN SOSA CASTILLO

C.I./ Pasaporte: V-27944084

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04264027332

Rif: V-27944084

Fecha Elaboración: 03-02-2016

Fecha Vencimiento: 19/03/2016

Días Cama Hospitalización: 4

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ANTONIO CARTOLANO CATALDO

Diagnóstico: ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE

Especialidad: CLINICA DE COLUMNA

Procedimiento (s): COL.C1.01 CURA OPERATORIA DE ESCOLIOSIS, OSTEOTOMIAS MULTIPLES, ARTRODESIS INSTRUMENTADA

| 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   |
| SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL                  | UND | 2.428,00   | 4,00  | 9.712,00   |
| Total SERVICIO DE QUIROFANO                           |     |            |       | 18.615,00  |
| <b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>                    |     |            |       |            |
| SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL | UND | 1.960,00   | 4,00  | 7.840,00   |
| Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION                     |     |            |       | 7.840,00   |
| <b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>                     |     |            |       |            |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO                            | UND | 185.000,00 | 1,00  | 185.000,00 |
| Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO                      |     |            |       | 185.000,00 |
| <b>FARMACOS</b>                                       |     |            |       |            |
| MEDICAMENTOS  | UND | 30.000,00  | 1,00  | 30.000,00  |
| Total FARMACOS  |     |            |       | 30.000,00  |
| <b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>            |     |            |       |            |
| EXAMENES DE LABORATORIO                               | UND | 1.200,00   | 1,00  | 1.200,00   |
| 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             |     |            |       | 2.020,00   |
| <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     |
| TORAX PA  | UND | 208,00     | 1,00  | 208,00     |
| Total SERVICIO DE RADIOLOGIA                          |     |            |       | 2.943,00   |
| <b>HONORARIOS PROFESIONALES</b>                       |     |            |       |            |
| CIRUJANO PRINCIPAL                                    | UND | 48.000,00  | 1,00  | 48.000,00  |
| CIRUJANO PRIMER AYUDANTE                              | UND | 48.000,00  | 1,00  | 48.000,00  |
| ANESTESIOLOGO   | UND | 19.200,00  | 1,00  | 19.200,00  |
| CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE                             | UND | 14.400,00  | 1,00  | 14.400,00  |
| CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE                             | UND | 14.400,00  | 1,00  | 14.400,00  |





FUNDACIÓN  
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

## INFORME MÉDICO

Caracas, 03 de febrero de 2016  
Centro Patología de Columna Vertebral  
Dr. Antonio Cartolano

### INFORME MEDICO

Se trata de Paciente Ediana Sosa V-27944084 de 15 años de edad, quien consulta por presentar deformidad de columna vertebral de años de evolución, al examen físico se evidencia asimetría de hombros y asimetría del triángulo de talle con desbalance del tronco a la izquierda, Adams (+) giba derecha y prominencia lumbar izquierda.

En estudios radiológicos se evidencia una curva toracolumbar de convexidad derecha de 40 grados desde T4 a T9, curva lumbar T10 L3 42 grados.

Impresión Diagnóstica: Escoliosis idiopática del adolescente.

La paciente amerita ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Ortopédico Infantil donde se realizará cura operatoria de escoliosis por vía posterior mediante artrodesis vertebral posterior instrumentada con sistema tipo **ZEUS con 16 Tornillos + 3 Ganchos + 2 Barras Titanio y 1 Conector Transverso**, además osteotomías múltiples a nivel de apofisis articulares (fascetectomías múltiples y Giboplastia) y toma de injerto óseo la cual se realiza por otra vía de abordaje, para evitar mayor progresión de la curva que condicione un síndrome restrictivo pulmonar que cause complicaciones respiratorias severas.

Dr. Antonio Cartolano  
Centro Patología de Columna Vertebral  
C.I. 5.073.695  
MSAS 27961

  
Dr. Antonio Cartolano  
C.I. 5.073.695  
MSAS 27961



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706


## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 26499

|   |     |           |      |            |
|---|-----|-----------|------|------------|
| TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS                     | UND | 11.000,00 | 2,00 | 22.000,00  |
| PERFIL DE BANCO DE SANGRE                       | UND | 5.000,00  | 1,00 | 5.000,00   |
| EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT. | UND | 4.500,00  | 1,00 | 4.500,00   |
| DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION                 | UND | 2.700,00  | 3,00 | 8.100,00   |
| HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL COLUMNA         | UND | 2.500,00  | 1,00 | 2.500,00   |
| SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA                | UND | 1.500,00  | 1,00 | 1.500,00   |
| HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF. | UND | 1.450,00  | 1,00 | 1.450,00   |
| CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA   | UND | 1.034,00  | 5,00 | 5.170,00   |
| INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA            | UND | 1.034,00  | 5,00 | 5.170,00   |
| CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION     | UND | 550,00    | 1,00 | 550,00     |
| HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES       | UND | 535,00    | 1,00 | 535,00     |
| HONORARIOS POR PLACA PABELLON                   | UND | 235,00    | 1,00 | 235,00     |
| Total HONORARIOS PROFESIONALES                  |     |           |      | 200.710,00 |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Total Hospital                    | 246.418,00 |
| Total Honorarios                  | 200.710,00 |
| Total General Presupuesto Bs..... | 447.128,00 |

### 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.
- 6.- En caso de existir luego de la intervención un saldo a favor del PACIENTE o INSTITUCION 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.

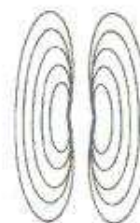
|   |                  |
|---|------------------|
| Elaborado por:  | Recibí Conforme: |
|  |                  |
| YURI YEPEZ  |                  |
| C.I.: 16555872  | C.I.:            |





## Centro de Patología Columna Vertebral

### Urológico San Román I.C.U.T.



RIF: J-30553867-0

Caracas, 22 de Febrero de 2016

0053

Señor (a) :

EDIANA SOSA

V-29,596,415

Presente.

Atendiendo a su solicitud nos permitimos cotizarle el siguiente producto:

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| 16 Tornillos Intrapedicular Zeus   | 574.592,00     |
| 16 Tulipas Poliaxiales             | 171.904,00     |
| 2 Barra de Titanio dia. 5.5mmx45cm | 65.000,00      |
| 3 Ganchos transverso Zeus          | 109.881,00     |
| 1 conector Transverso Zeus         | 29.737,00      |
| Instrumentista                     | 20.000,00      |
|                                    | 0,00           |
| PRECIO TOTAL .....                 | Bs. 971.114,00 |
| Descuento Solidario 10%            | 97.111,40      |
| TOTAL A PAGAR                      | 874.002,60     |

El mismo debe ser transferido o depositado en:

BANCO NACIONAL DE CREDITO

Cuenta Corriente N° 0191 - 0051 - 10 - 2151003807

CENTRO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE CARACAS, C.A.

RIF: J-30553867-0

Una vez depositado enviar por el fax n° (0212) 993-47-90

copia de la Transferencia o deposito. O si prefiere por los correos :

columnacaracas@hotmail.com

columnacaracas@gmail.com

Sin otro particular, quedamos de usted, muy atentamente.

Antonio Riquelme C.

Administrador

0412-573-1327

Marina Moreno

Asistente

0414-273-7981

NOTA: NO SE ACEPTA CARTA AVAL



Portuguesa

Tramites a nivel Central

TAC-55



# COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Nº DE REGISTRO:     | 00071      |
| FECHA DE SOLICITUD: | 01-03-2016 |

|   |  |
|---|--|
| Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:   | Nº de Cédula de Identidad o RIF:       |
| Hortensia Castillo  | 10.142.223                             |
| Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: | Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax: |
| Urb. Tricentenario, Manzana A12 N° 09   | 0255-6650955 - 0426 12057884           |
| Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:                           | Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax: |
| Chora Gonzalez; Hotel Casa Blanca   | 0256-3214409                           |
| Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:                              | Fecha de Nacimiento del Solicitante:   |
|   | 10-01-1969                             |

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

|   |  |
|---|--|
| Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:   | Nº de Cédula de Identidad o RIF:       |
| EDIANA SOSA Castillo  | 27.944.084                             |
| Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada: | Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax: |
| Urb. Tricentenario, Manzana A-12, N° 09                                       | 0426-4027332                           |
| Estado: Portuguesa Municipio: Anaco   | 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:  |
|   | 05-09-2000                             |

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

| Nombres y Apellidos | C.I.       | Fecha Nac. | Parentesco | Teléfono    | Lugar de Trabajo | Ingresos |
|---------------------|------------|------------|------------|-------------|------------------|----------|
| Hortensia Castillo  | 10142223   | 01-10-1969 | Madre      | 04261357884 | Chora            | 9600,00  |
| Ediana Sosa         | 27.944.084 | 05-09-00   | Hija       | 04264027332 | —                | —        |
| Eduardo Sosa        | 21.396154  | 06-02-92   | Hijo       | —           | —                | —        |
| Ediliana Sosa       | 25436878   | 10-03-96   | Hija       | —           | —                | —        |

Breve Descripción del Requerimiento: Requiere una Operación de Escoliosis (Corregir problema en la Columna).

Observaciones del Despacho:

Hortensia Castillo

FIRMA DEL CIUDADANO (A)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO  
(FIRMA Y SELLO)