

CENTRO MEDICO SAN MIGUEL ARCANGEL, C.A.
Carrera 7 bis, Nº 1-04, Barrio Comodoro
Guayare estado Portuguesa
P.I.E. 3302402-1-2
Telefonos: 0257-2511221 - 0217-2534310

Emisión	Página:
13/06/2016	001

Presupuesto: 00003549

Paciente: MARIA HERNANDEZ

Rif.: 3987324

Titular: MARIA HERNANDEZ

Paciente: MARIA HERNANDEZ

Medico: LUIS QUINTERO

C.I.:

C.I.: 3987324

DIAS: 1

Diagnóstico para la Admisión:

CURA DE PROLAPSO (S)

Procedimiento:

Descripción del concepto

GASTOS CLINICOS	Cant.	Total Neto Bs.	Total Linea
OXIGENO MEDICINAL 25 KG 40 IT	1.00	2,739.00	2,739.00
ENF. CIRCULANTE DE PABELLÓN	1.00	2,000.00	2,000.00
PROF. ENF. DE INSTRUMENTACIÓN	1.00	2,200.00	2,200.00
SERVICIO DE HABITACION (CMSMA, C.A)	1.00	4,800.00	4,800.00
PROCESAMIENTOS DESECHOS BIOLÓGICOS	1.00	1,000.00	1,000.00
SERVICIO DE LENCERIA	1.00	1,200.00	1,200.00
DIETA COMIDA/PACIENTE	1.00	3,120.00	3,120.00
KIT DE ADMISION (07 PIEZAS)	1.00	4,550.00	4,550.00
ACOMPANANTE DE PACIENTE	1.00	800.00	800.00
SERVICIO DE CAMARERA	1.00	2,000.00	2,000.00
ADMISION HISTORIA CLINICA	1.00	1,040.00	1,040.00
EXAMENES PRE- OPERATORIOS	1.00	6,071.00	6,071.00
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	1.00	800.00	800.00
MEDICINAS DE QUIROFANO	1.00	20,000.00	20,000.00
MATERIAL MED. QUIRURG. DESCARTABLE (QUIROFANO)	1.00	100,000.00	100,000.00
MONITOREO CARDIACO (CMSMA, C.A)	1.00	3,200.00	3,200.00
ESTERILIZACION MATERIAL (CMSMA, C.A)	1.00	5,600.00	5,600.00
INSTRUMENTAL QUIRURGICO (CMSMA, C.A)	1.00	4,800.00	4,800.00
USO DE ELECTROCAUTERIO (CMSMA, C.A)	1.00	2,800.00	2,800.00
USO DE LAMPARA CIALITICA (CMSMA, C.A)	1.00	4,000.00	4,000.00
VALORACION CARDIOVASCULAR	1.00	8,000.00	8,000.00
EQUIPO DE GASES ANESTESICOS (CMSMA, C.A)	1.00	6,400.00	6,400.00
RX DE TORAX (CMSMA, C.A)	1.00	1,600.00	1,600.00
MEDICO RESIDENTE NOCTURNO	1.00	4,160.00	4,160.00
SERV. DE ENFERMERIA DIURNO	1.00	2,240.00	2,240.00
SERV. ENFERMERIA NOCTURNO	1.00	2,880.00	2,880.00
HONORARIOS MEDICOS		Sub Total ...	199,000.00
ANESTESIOLOGO	1.00	36,000.00	36,000.00
1ER AYUDANTE	1.00	36,000.00	36,000.00
GINECOLOGO	1.00	90,000.00	90,000.00
		Sub Total ...	162,000.00

VALIDO POR 30 DIAS

- 1- Si el paciente es asegurado cancelara al momento del ingreso la diferencia existente entre la cobertura de la poliza 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 cancelaran en su totalidad al momento del ingreso. TIPO DE PAGO: EFECTIVO, DEBITO, CHEQUE DE

CENTRO MEDICO SAN MIGUEL ARCANGEL, CA

IMPONIBLE: 0.00
EXENTO: 360,000.00
Emitido por: MASSIEL HURTADO

DESCUENTO: 0.00
TOTAL I.V.A.: 0.00

TOTAL GENERAL Bs.:
360,000.00

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CECULA DE IDENTIDAD

V 3.987.324

MF001
Hugo Cabezas
Director

HERNANDEZ
MARIA MERQUIADES

25-04-51 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CÍVIL

21-11-06 11-2016
F. EXPIRACIÓN F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

TAC 3852
Int. QUIR.

Guanare; 26 de julio de 2016

Ciudadano:

REINALDO CASTAÑEDA

GOBERNADOR DEL ESTADO PORTUGUESA

Su Despacho.-

Con cordiales saludos revolucionarios me dirijo a usted, en la oportunidad de solicitarle una Ayuda Económica para costear gastos de cirugía operatoria de un prolapso genital de grado III, (anexo presupuesto e informe médico Bs. 360.000,00) soy una persona de escasos recursos económicos y sabia agradecerle la ayuda que me pueda prestar.

Esperando una pronta respuesta, quedamos de usted.

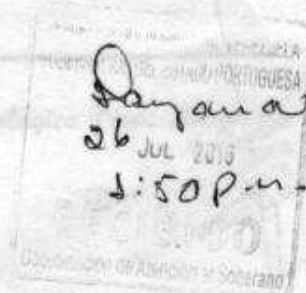
Atentamente;

Maria Hernandez

MARIA HERNANDEZ (FLOR DEL LLANO)
URBANIZACION LA COROMOTANA CALLE J CASA Nº 23

C.I. 3.987.324

0426-3099012



Dr. Luis S. Quintero M.

Ginecólogo-Obstetra

Rif: V-13328461-0

GUANARE, 13 de JUNIO del 2016

INFORME MEDICO.-

Paciente, MARIA HERNANDEZ , VII GESTAS, IV PARAS.
III ABORTO, de 65 años de edad, portadora de la cedula de identidad, C.I 3.987.324.
Paciente quien refiere SENSACION DE PESO EN AREA GENITAL Y SALIDA
DE VEJIGA URINARIA Y UTERO POR INTROITO VAGINAL, DE 01 AÑO DE
EVOLUCION, COMO CONCOMITANTES DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO DE
LEVE INTENSIDAD, ACUDE SE PRACTICA ESTUDIO ECOGRAFICO,
TRANSVAGINAL EVIDENCIANDO LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:

1.- PROLAPSO GENITAL TOTAL.-

PLAN: PACIENTE AMERITA HISTERECTOMIA VAGINAL CON CURA DE
PROLAPSO, (CURA DE CISTOCELE, CURA DE RECTOCELE,
REFORZAMINETO DE CUERPO PERINEAL, RAFIA DE LOS MUSCULOS
ELEVADORES DEL ANO).-
VALIDO EN

Carrera 4 detrás de la concha acústica 1er piso Lab. Clínica Bacteriológica Pérez-Rosales

Centro Medico Portuguesa

Dr. Luis S. Quintero M.
Ginec. Obstetra
C.I. No. 13.328.461
M.P.S. 699 D.M.P. 2911