

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 20.297.656 MF002
Rafael Ruiz
Director

APELLIDOS TOVAR
NOMBRES ANDREINA DEL CARMEN

31-01-89 SOLTERA

03-07-13 07-2023
INSPECCION F. C. IDENTIFICACION

VENEZOLANO



Tel 2088

D.O. Carr. Traumatología.

Guanare; 23 de Mayo del 2016.

Señor: Rinaldo Castañeda (Gobernador del Estado Portuguesa)

Ante todo reciba un cordial saludo socialista revolucionario; Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle de su Valiosa Colaboración una ayuda económica ya que vengo presentando una enfermedad desde hace 6 años lo cual fue presentado en mi mano izquierda un "Tumor de Célula Gigante" y el mismo se ha presentado en la parte Lumbosacral de la L1, Tipo B2.

Por tal razón amerito la cirugía en la Capital de Caracas con carácter de urgencia debido a su crecimiento junto con dolor lumbar de fuerte irradiado ya que no cuento con los recursos para cubrir la misma la cual está especificada en el informe médico anexo.

En espera de su valiosa ayuda y respuesta satisfactoria

Se despide de usted Andreina del Carmen Tovar
C.I. 20.297.650 residente en el Barrio Nabor de
Guanare - Edo - Portuguesa
Teléfono 0414 3627667
0257 2513234



Caracas, Mayo 18 del 2.016

Centro Médico Docente



La Trinidad

INFORME MEDICO

Paciente: ANDREINA DEL CARMEN TOVAR
C.I. No. 20.297.656

Se trata de paciente femenino de 27 años de edad, quien consulta presentar dolor lumbar de fuerte irradiado a miembro inferior derecho que se instaló de manera progresiva relacionado con la actividad que no responde satisfactoriamente al tratamiento médico conservador.

Al examen físico apófisis espinosas palpables dolorosas a la presión, músculos paravertebrales palpables y sin contracciones musculares o atrofas, dolor y limitación a la flexión y extensión del tronco, con el paciente decúbito dorsal prueba de lasague positivo bilateral, test de Talon positivo lumbar, Neri negativo, Signo de Adams negativo, Milgram negativo, fuerza muscular 5/5, reflejos osteotendinosos conservados, Phallen negativo, sensibilidad, pulsos poplíteos y pedios conservados.

IMÁGENES:

Tomografía computarizada, y radiología

- Tumor vertebral L1 tipo B2 (tumor célula gigantes)
- Lesión osteolítica de L1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Tumor vertebral L1 tipo B2 (tumor célula gigantes)
- Lesión osteolítica de L1

PLAN:

Se indica intervención quirúrgica por vía posterior para realizar:

- Curetaje con adyuvancia mas injerto L1 minimamente invasivo
- Cirugía descompresiva T12 a L2
- Facetectomía T12 a L2
- Laminectomía T12 a L2
- Foraminotomía T12 a L2
- Fijación pedicular con sistema de tornillos percutáneos DBR T12-L2
- Colocación de injerto óseo

NOTA: Referido a Medicina Comunitaria GMDLT

Dr. JOSE GABRIEL RODRIGUEZ
Cirugía de Columna

Dr. JOSÉ GABRIEL RODRIGUEZ
CIRUGIA DE COLUMNA
C.I. 13.711.793 MSDS. 68.456
CMDMC 1772

Nro.248886

Presupuesto

Paciente	TOVAR, ANDREINA	Teléfono	0414-3627667
C.I. del Paciente	V-20297656	Fecha de Elaboración	18.05.2016
Médico Tratante	RODRIGUEZ JIMENEZ, JOSE GABRIEL	Horas Quirófano	6
Convenio	Estandar (Particular)	Días UCI	0
		Días de Hospitalización	4
Procedimiento: NRCR CIRUGIA DESCOMPRESIVA + INSTRUMENTACION			

Rubro	Artículo	Monto
Gastos de Clinica	ASISTENCIA ENFERMERIA ESPECIALIZADA	13.800,00
	DIETA / DIA	32.880,00
	MONITOR DE TRASLADO	1.660,00
	ELECTROBISTURI	1.150,00
	VIDEOINTUBACION	1.397,25
	HABITACION PRIVADA	11.040,00
	ASISTENTE HOSPITALARIO EN HOSPITALIZACION	21.400,00
	MANT. E INFRAESTRUCT HOSPITALARIA	34.000,00
	SERVICIO DE LAVANDERIA	535,70
	SERVICIO DE ESTERILIZACION	2.537,44
	CIRCULANTE DE ANESTESIA	16.800,00
	CIRCULANTE DE CIRUGIA	16.800,00
	GASES Y SUMINISTROS DE ANESTESIA	45.360,00
	QUIROFANO CONVENCIONAL	22.800,00
	RECUPERACION	4.730,00
	MANT. E INFRAESTRUCTURA, HOSP.QX	20.000,00
	Total Gastos de Clinica	246.890,39
Admin Farmacos/Suministros	KIT DE MEDICAMENTOS EN QUIROFANO	40.280,63
	KIT DE SUMINISTROS EN QUIROFANO	378.270,00
	MEDICINAS EN HOSPITALIZACION	12.400,00
	SUMINISTROS EN HOSPITALIZACION	73.200,00
	MEZCLAS INTRAVENOSAS/DIA	5.240,00
	DOSIS UNITARIA/DIA	5.240,00
	INSUMOS DE HIGIENE Y LIMPIEZA (HOSP/UCI)	2.344,59
	INSUMOS DE HIGIENE Y LIMPIEZA QX	1.162,16
	INSUMOS DE ADMINISTRACION	909,84
	INSUMOS DE HOSPITALIDAD	45.614,98
	Total Admin Farmacos/Suministros	564.662,20
Serv.Diagnostico y Tratamiento	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	Total Serv.Diagnostico y Tratamiento	408.110,00

Nro.248886

Presupuesto

Paciente	TOVAR, ANDREINA	Teléfono	0414-3627667
C.I. del Paciente	V-20297656	Fecha de Elaboración	18.05.2016
Médico Tratante	RODRIGUEZ JIMENEZ, JOSE GABRIEL	Horas Quirófano	6
Convenio	Estandar (Particular)	Días UCI	0
		Días de Hospitalización	4
Procedimiento: NRCR CIRUGIA DESCOMPRESIVA + INSTRUMENTACION			

	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	HONORARIO TECNICO RX	2.465,00
	ASISTENCIA NUTRICIONAL HOME	4.480,00
	ASISTENCIA NUTRICIONAL INST	4.480,00
	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS	8.125,00
	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS	8.125,00
	TIPIAJE (GRUPO ABO-RH)	2.500,00
	ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	150.000,00
	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	USO EQUIPO INTENSIFICADOR	35.935,00
	Total Serv.Diagnostico y Tratamiento	408.110,00
Honorarios Médicos	INSTRUMENTISTA	25.200,00
	ANESTESIOLOGO	300.000,00
	CIRUJANO PRINCIPAL	750.000,00
	EQUIPO ESPECIAL DE CIRUJANO (F)	50.500,00
	PRIMER AYUDANTE	300.000,00
	SEGUNDO AYUDANTE	225.000,00
	INSTRUMENTAL ANESTESIA HOME	3.000,00
	Total Honorarios Médicos	1.653.700,00
	Sub-Total Presupuesto	2.873.362,59
	Monto I.V.A.	0,00
	Total Presupuesto	2.873.362,59

Elaborado por

Recibi conforme

Jackson Ochoa

C.I. 20297656

Notas:

Estimado Paciente:

- ESTE PRESUPUESTO TENDRA VALIDEZ, POR 15 DIAS CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION.
- Este es un presupuesto estimado, sujeto a modificación debido a la duración y características de la intervención.
- Es importante para su admisión, en caso de cirugías electivas, realizar los trámites correspondientes con 48 horas de anticipación, con el objeto de programar su intervención. 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.
- EL CMDLT no interviene en la fijación de los honorarios profesionales reflejados en este presupuesto, los cuales han sido determinados directamente por los médicos tratantes de acuerdo a lo previsto en el artículo 37 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, y su cobranza ha sido delegada en EL CMDLT, por lo que su pago debe ser hecho exclusivamente a nombre de esta institución.

Fecha: 18.05.2016

Página: 3 de 3

Nro.248886

Presupuesto

Paciente	TOVAR, ANDREINA	Teléfono	0414-3627667
C.I. del Paciente	V-20297656	Fecha de Elaboración	18.05.2016
Médico Tratante	RODRIGUEZ JIMENEZ, JOSE GABRIEL	Horas Quirófano	6
Convenio	Estandar (Particular)	Días UCI	0
		Días de Hospitalización	4
Procedimiento: NRCR CIRUGIA DESCOMPRESIVA + INSTRUMENTACION			

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

Cotización No. 30430

Cliente: C01188 ANDREINA TOVAR R.I.F / C.I: V-000000066 Dirección: CARACAS 010 Telefonos: / FAX:	FECHA DE EMISION 19/05/2016 FECHA DE VENCIMIENTO 04/06/2016 CONDICIONES DE PAGO Contado ANDREINA TOVAR
--	---

ORDEN DE COMPRA	PEDIDO No.	NOTA DE ENTREGA	VENDEDOR	DOCTOR
			IMPORTMED SPINAL	JOSE GABRIEL RODRIGUEZ

CODIGO	DESCRIPCION DEL ARTICULO	Canil.	Und.	% IVA	PRECIO UNIT.	NETO BS
F-COL-DBR11-1N	TORNILLOS PERCUTANEOS 1 NIVEL (4 TORNILLOS)	1,00	UND	(E)	267.490,00	267.490,00
	ESTA COMPUESTO POR: 4 TORNILLOS TRANSPENDICULARES POLIAJIALES DBR 4 TUERCAS DE CIERRE 2 BARRAS DE TITANIO DOBLE ESFERA O SIMPLE					
5018005	PASTA ATTRAX 5CC (2 X 2.5CC) TIRA (PASTA)	1,00	UND	(E)	10.250,00	10.250,00
F-ALQ-BASICO-ALQUILER	INSTRUMENTAL BASICO MAXCESS	1,00	UND	12,00	146.112,00	146.112,00
BB-CCS	ALQUILER INSTRUMENTAL MEDICO	1,00		12,00	9.100,00	9.100,00

IMPORT MED SPINAL S.A.
Rif: J-30680040-9

ESTE PRESUPUESTO TIENE UNA VALIDEZ DE 15 DIAS
SOLO SE ACEPTARA EL PAGO DEL 100% UNA VEZ
ESTABLECIDA LA FECHA DE CIRUGIA
"NO SE ACEPTAN PAGOS PARCIALES"
"NO SE RESERVA IMPLANTES"

Condiciones:

1. TIEMPO DE ENTREGA:
2. VALIDEZ COTIZACION: 16 Dias
3. MARCA DEL MATERIAL:
4. GARANTIA:

SUB-TOTAL	432.952,00
% DESC 0,00	0,00
IVA 12,00 % BASE:	155.212,00 18.625,44
EXENTO	277.740,00
TRANSPORTE	
TOTAL NETO BS.	451.577,44

5. EN CASO DE REINTEGRO Y/O DEVOLUCIONES DE DINERO, LA EMPRESA SE RESERVA EL DERECHO DE EFECTUAR RETENCIONES DE HASTA 10% POR CONCEPTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS.

AUTORIZADO POR: