



DR. ANDRÉS PARDO MARTÍNEZ

RIF: V-04240905-3

DIRECCIONES:
UNIDAD OFTALMOLÓGICA
DR. ANDRÉS PARDO D.A.
CARRERA 5TA. ENTRE AV. ÚNDA
Y CALLE 9. TEL: (0257) 3951514
GUANARE - EDO. PORTUGUESA

CENTRO MEDICO PORTUGUESA, D.A.
FINA. CARRERA 4 DETRÁS
DE LA CONCHA ACÚSTICA.
TELEFAX: (0257) 2515246

CONSTANCIA ☐

REPOSO ☐

Nº de días: ☐

FECHA:	DIA	MES	AÑO
	23	2	2015

INFORME MEDICO ☐

Paciente: HOJANNY OROZCO C.I.: 14466629

Se trata de paciente ♀ de 35 años de edad quien
consulta por disminución de AV para lejos desde la
adolescencia

Antecedentes Personales

DIABETES MELLITUS TIPO 2 de 2 años de evolución

Hipertensión Arterial de 5 años de evolución

AVSC 20/50 AVSC 20/400
20/50 20/400

TANOMETRIA 18 mm Hg

Biomecanica

Seguimiento anterior sin lesión.

FONDO DE OJO Coroides miopía RASO SLA

BALANCE MS ETROPIA Alternante

ID ETROPIA ALTERNANTE 40 DP

MIOPIA MAGNA

ASTIG MIOPIA

DM TIPO 2

Hipertensión Arterial

inconspicua.

Se sugiere

Dr. Andrés Pardo M
OFTALMOLOGO
C.I. 4.240.905
M.S. 15780 C.M. 559

Especialidades Optométricas

Al servicio de sus ojos

RIF: V-246163657
Av. Unda, C.C Cada
Local N°27
Gunnare-Portuguesa
Telf.: 0257-2520853

Fecha 24-02-2016

CA-37

NOMBRE: Orozco Jhoanny

CI 14.466.629

TLF 0426 3245474

CANT	DESCRIPCION	P.U	TOTAL
01	MONTURA		4900
01	CRISTALES + MONTAJE		29000
	Clausula Contrato: Para retirar sus lentes adaptados y de contacto Favor pedir su cita y llamar al 257-2520853 para entrega y prueba por parte del doctor de sus lentes. Así como la para la elaboración de su informe o factura. Se acepta un acompañante por paciente. Para pagos hacer cheque a nombre: Especialidades Optométricas Serrano. 45 días máximo para retirar sus lentes		33.900
	Pagos por Transferencia: Banco Banesco cuenta corriente no. 01340408994081046871 a nombre de Especialidades Optométricas Serrano Rif V246163657 correo: albertoserrano68@hotmail.com Presentar copia la Transferencia.		
	ABONO CAJA DE AHORRO		3.500
	RESTA		30400

TAC 1790

Guanare, 04 de abril del 2016

Ciudadano:

Almte. Reinaldo Antonio Castañeda Rivas/Gobernador del estado.

Presente.-

Reciba un cordial saludo, me dirijo a usted respetuosamente, basándome en su buena voluntad humanística, para hacer de su conocimiento la necesidad que tengo en cuanto a una ayuda económica para la adquisición de unos lentes correctivos, los cuales tienen un costo de **34.000,00**, ya que presento un cuadro de miopía alta, soy una madre soltera y vivo de la ayuda que me da mi Madre, además quiero ver la posibilidad que me dé un trabajo ya que tengo dos hijos uno de tres años y dos años.

Me despido deseando que Dios todo Poderoso lo ilumine, bendiga grandemente por su valiosa Ayuda.

Atentamente:

Jhojanny Orozco

Jhojanny Orozco
C.I N°14.466.629

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 CEDULA DE IDENTIDAD
 V 14.466.629 MF002
 APELLIDOS OROZCO URQUIOLA
 NOMBRES JHOJANNY COROMOTO
 F. NACIMIENTO 03-09-79 SOLTERA
 F. EXPEDICION 27-04-10 F. VENCIMIENTO 04-2020
 VENEZOLANO



Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud
 DIRECCIÓN ESTATAL DE SALUD ESTADO

Rp/



Paciente: Yohanna Orozco
 CI: 14.466.629

Paciente femenina de 32 años de edad quien es miope alta (ODI) con poca mejoría de su visión al utilizar lentes. Se recomienda incapacitar.

Dra. Eglia Maza
 Oftalmóloga-Oftalmólogo
 C.I. 9407664
 45858 C.M.Z. 2257

CONSULTA DE OFTALMOLOGIA

06.10.11