



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 17.305.423

MF001

Hugo Cabezas
Director

APELLIDOS CASTRO PIÑA
NOMBRES YOLMAN JESUS

Yolman Castro
FIRMA TITULAR



24-12-85 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

17-03-05 03-2015
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 10.053.643

MF050

Hugo Cabezas
Director

APELLIDOS PIÑA SULBARAN

NOMBRES JENNY DEL CARMEN

Jenny del C. Piña

FIRMA TITULAR

15-04-67 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

18-06-06 06-2016

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

.V 5.631.717

MF001

APELLIDOS CASTRO

Baudelio Medrano

NOMBRES ELIO JOSE

Director

FIRMA TITULAR



09-12-57 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

09-10-08 10-2018

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Nº 1620



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder
Popular para la Salud



Dirección Estatal
de Salud de Portuguesa



ATENCIÓN AL CIUDADANO- RECEPTORIA

FECHA: 04, 04, 16.

Cód. _____
Nombres y Apellidos: Yolman Jesus Castro Peña Edad: 29 años
C.I.: 17.305.923 Dirección: Barquisimeto
Teléfonos: 04 161 0598383 04 261 0175196 02 _____
Diagnóstico: Cura operatoria de ambas tibia con tuler externo
Solicitud: Cura Opt intervención quirúrgica Ayuda económica
Referido por: _____
Referido a: _____

José Alberto Griman
Director (e) Atención al Ciudadano y
Participación Social

Trabajador Social
Dirección Regional de Salud



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

PACIENTE: YOLMAN CASTRO
HISTORIA N°: 35-55-90
CLINICA: MIEMBROS INFERIORES
MEDICO TRATANTE: DR. RICARDO SULBARAN
FECHA: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2015

Se trata de paciente masculino de 29 años de edad, quien sufrió accidente vial, presentando como consecuencia Fractura Abierta de Ambas Tibias intervenida quirúrgicamente. Presenta Pseudoartrosis de Tibia Bilateral, que limita su marcha y bipedestación, por lo que requiere de intervención quirúrgica:

1- CURA OPERATORIA DE PSEUDOARTROSIS DE AMBAS TIBIA CON TUTOR EXTERNO TIPO ILIZAROV DE 150.

Dr. Ricardo Sulbarán
Cirujano Ortopedia y
Traumatología
C.I. 9.070.113
SAS: 31.494

Dr. Ricardo Sulbarán
C.I.: 9.070.113
SAS: 31.494





PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 17664

Paciente: YOLMAN JESUS CASTRO PIÑA
Edad: 29 años
Nro. Historia: FHOI-324200
Responsable de Pago: YOLMAN JESUS CASTRO PIÑA

C.I./ Pasaporte: V-17305423
Tipo de Paciente: NF
Teléfono: 0426-8175146
Rif: V-17305423
Fecha Elaboración: 01-09-2015
Fecha Vencimiento: 16/10/2015
Días Cama Hospitalización: 2

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización
Médico Tratante: RICARDO ANTONIO SULBARAN SULBARAN
Diagnóstico: PSEUDARTROSIS DE TIBIA BILATERAL
Especialidad: ORTOPEDISTA
Procedimiento (s): M1-19-036 Osteotomía Tibial Proximal

Descripción	UN	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				6.475,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA PRIVADA	UND	1.960,00	2,00	3.920,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				3.920,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	45.000,00	1,00	45.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				45.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	18.000,00	1,00	18.000,00
Total FARMACOS				18.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
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
COLESTEROL	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
TRIGLICERIDOS	UND	100,00	1,00	100,00
FIBRINOGENO	UND	85,00	1,00	85,00
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				2.305,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
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	340,00	2,00	680,00
TORAX PA	UND	208,00	1,00	208,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				3.153,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				3.000,00



PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 17664

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	UND	155,00	1,00	155,00
ELECTROCARDIOGRAMA				155,00
Total SERVICIO DE MEDICINA INTERNA				
MATERIAL DE TUTORES	UND	115.000,00	2,00	230.000,00
TUTOR EXTERNO ILIZAROW 150 MM				230.000,00
Total MATERIAL DE TUTORES				
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	40.000,00	1,00	40.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	16.000,00	1,00	16.000,00
ANESTESIOLOGO	UND	16.000,00	1,00	16.000,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	12.000,00	1,00	12.000,00
HONORARIO INSTRUMENTAL ESPECIAL MIEMBROS INFERIORES	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	3.150,00	1,00	3.150,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	1.700,00	1,00	1.700,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	1.540,00	1,00	1.540,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	947,00	2,00	1.894,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	947,00	2,00	1.894,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	765,00	1,00	765,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	500,00	2,00	1.000,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	390,00	1,00	390,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	340,00	2,00	680,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	45,00	1,00	45,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				109.058,00

Total Hospital	312.008,00
Total Honorarios	109.058,00
Total General Presupuesto Bs.	421.066,00

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.