

Guayana 11-04-2016

Ciudadano Gral de Brigadas  
Sr. Egarde Delgado Mereute

Guayana Edo Portuguesa  
Su despacho.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD  
V 22.095.141 021  
APELLIDOS URQUIOLA ROSARIO  
NOMBRES CARMEN MILAGRO  
NO SABE FIRMAR  
16/10/1989 SOLTERA  
E. NACIMIENTO EDO CIVIL  
29/07/2014 07/2024  
F. EMISION F. VENCIMIENTO  
VENEZOLANO



Recibo mi muy querido Solista Revolucionario  
deseándole el mayor de los éxitos en su gestión  
en Pro de Nuestra Progresista, gracias a Dios y a  
su Llegada.

Es Propicio la ocasión para solicitarle su  
experta y Valiosa Colaboración Apegandome  
a su sensibilidad humana la cual costo  
ayuda para mi hijo Carmen Milagro Urquiola  
Rosario Fn: 16-10-89 con discapacidad - Diabético  
y Visual, controlado con la dr. Maria Elena Bolívar  
Historia en el Hospital 211969 consulta de diabetes  
para una Pensión. su padre el Sr. Raimon Urquiola  
fallecido por infarto de Miocardio. el pagaba el Seguro  
Social con CI: 8055273 el cual se le fue negado a  
mi hijo, le Pido ayuda a la dra. Mariana Berio  
no he tenido respuesta alguna. le pido a red.  
y adios todo Poderoso me ayude y esperando  
una respuesta satisfactoria y anexo lo dicho

Representante:

Rosario B. Marión de E.





**DR. JOSÉ  
GREGORIO  
HERNANDEZ**

Esti

### Resumen de Historia Clínica.

**Fecha:** 29.01.2013

**Nombre y Apellidos:** Carmen Milagro Urquiola

**Fecha de nacimiento:** 16.10.1989.

**Edad:** 22 años.

**Sexo:** Femenino.

**Raza:** Mestiza.

**Dirección:** Barrio Las Américas. Calle 1 casa 7-10. Municipio Guanare.  
Parroquia Capital Guanare. Estado Portuguesa.

**Teléfono:** 02572513735.

**Folio en el Registro de personas con Discapacidad:** 1804011267.

**Motivo de Consulta:** Retardo en el aprendizaje.

**Padre:** Elso Ramón Urquiola, 54 años, 5to año de bachiller, taxista.

**Madre:** María del Carmen Rosario Briceño, 48 años, universitaria,  
enfermera.

### Historia del embarazo del propósitos:

No señala amenaza de aborto. Ni sangramientos.

Presentó trastornos de glicemia (hipoglicemias e hipotensión durante los 3 trimestres del embarazo), lo que sugiere diabetes gestacional.

Movimientos fetales: fuertes.

No antecedentes de Polihidramnios.

No radiaciones.

Enfermedades maternas: Diabetes gestacional no tratada.

Estudios prenatales: normales.

Antecedentes familiares: Nada a señalar.

### Historia Perinatal y Desarrollo Psicomotor:

Parto distócico por cesárea.

Peso al nacer: 4300 g. Talla: no recuerda. CC: no recuerda.

Presentó hiperinsulinismo al nacer, que requirió tratamiento quirúrgico de urgencia, convulsiones a las 24 horas de nacida.

Ministerio del Poder Popular  
Ministerio del Poder Popular  
Ministerio del Poder Popular

**Certificado de la Discapacidad**

Nombre: **CARMEN MILAGRO**

O-0259666

Apellidos: **URQUIOLA ROSARIO**

Cédula: **V-22095141**

Sexo: **FEMENINO**

Fecha de Nacimiento: **16-10-1989**

Discapacidad: **Retardo en el aprendizaje**

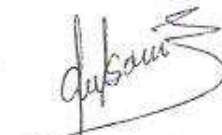


Guanare.

Ciudadano:

Lie: Huanuco Lerio  
Guanare edo Portuguesa  
Su despacho.

Recibo mis mas cordial Saludo Revolucionario  
desearle el mayor de los exitos en su naciente gestión  
en Pro de nuestros Progresista municipio, gracias adios  
y a su llegada que tanto falta le hace debido  
al estancamiento que hemos tenido en años anteriores  
motivado a la Presencia Gestión, es Propicio la  
ocasion Para solicitar su espontaneo y Valiosa  
Colaboración Pagarle a su Lealtad  
Jumano la cual esta de ayuda Economica  
(Beca) (Pensión) necesaria para mi hijo:  
Campeo Hilagus resquiti Rosario GI: 22095141 con  
Discapacidad, es diabetico.  
mi esposo padece de la misma enfermedad que era  
mi ayuda. Nunca he recibido ayuda del Gobierno.  
Sin mas que hacer referencia darle de antemano  
las Gracias por su receptividad a lo expuesto y  
con anexo. Se despide de ud esperando pronto  
respuesta.

La Representante  
Huanuco Lerio  
GI: 8067486  


Recibido  
Para Japp.  
06/07/2015  
8:31 AM.

Banco las Américas



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EV-14

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO(A)

1. PRIMER APELLIDO <b>Orquiola</b>	2. SEGUNDO APELLIDO <b>Callantes</b>	3. PRIMER NOMBRE <b>Cho</b>	4. SEGUNDO NOMBRE <b>Ramon</b>
5. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS <b>8.055.273</b>	6. SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	7. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>06 03 1959</b>	8. FECHA DE DEFUNCIÓN Día Mes Año <b>30 06 2014</b>
9. HORA <b>1<sup>00</sup></b> <input type="radio"/> AM <input checked="" type="radio"/> PM	10. LUGAR DE NACIMIENTO <input type="radio"/> En Venezuela Entidad Federal <b>Portuguesa</b> <input type="radio"/> En el Exterior País		11. PERTENENCIA A ALGUNA ETNIA O PUEBLO INDÍGENA <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
12. TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Sitio de Trabajo <input type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Vía Pública <input type="radio"/> Ignorado		13. ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado <input checked="" type="radio"/> ¿Cuál?	
14. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE ENTIDAD FEDERAL <b>Portuguesa</b> MUNICIPIO <b>Guano</b> PARROQUIA <b>Guano</b> LOCALIDAD/COMUNIDAD <b>Guano</b>		15. DIRECCIÓN <b>Barrio Las Américas Calle 1 Casa Número 5</b>	
16. DATOS DE LA PARTIDAZO DE NACIMIENTO EN CASO DE NO ESTAR CEDULADO (Llene para la defunción Tipo 3, tanto para los niños de 1 año o más, así como para los que no tienen Cédula de Identidad, independientemente de su edad)			17. UHREC/P <input type="radio"/> UHREC/P <input checked="" type="radio"/> OPREC/P

SECCIÓN II: MENORES DE UN AÑO O MUERTE FETAL (Llene para la Defunción Tipo 1 y 2)

18. EDAD <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> ¿Cuántos?	19. DURACIÓN DEL EMBARAZO (En Semanas de Gestación)	20. TIPO DE EMBARAZO <input type="radio"/> Único <input type="radio"/> Múltiple <input checked="" type="radio"/> ¿Cuántos?
21. TIPO DE PARTO <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Instrumental	22. ASISTENTE DEL PARTO <input type="radio"/> Médico (a) <input type="radio"/> Comadrona <input type="radio"/> Otro Especifique	23. MUERTE EN RELACIÓN AL PARTO <input type="radio"/> Antes <input type="radio"/> Después <input type="radio"/> Durante <input type="radio"/> Ignorado
24. PESO DEL FETO O RECIÉN NACIDO (En Gramos)		

DATOS DE LA MADRE

25. PRIMER APELLIDO	26. SEGUNDO APELLIDO	27. PRIMER NOMBRE	28. SEGUNDO NOMBRE
29. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> E <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO	30. EDAD	31. NÚMERO DE HIJOS TENIDOS Nacidos vivos Actualmente vivos Nacidos vivos que han fallecido Muertos Fetales	32. SITUACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unido <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado
33. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Media, Diversificada y Profesional <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Ignorado		34. PROFESIÓN Año Semestre Trimestre	
35. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL MUNICIPIO PARROQUIA LOCALIDAD/COMUNIDAD		36. OCUPACIÓN	
37. DIRECCIÓN			

SECCIÓN III: 1 AÑO O MÁS (Llene para la Defunción Tipo 3)

38. EDAD <b>55 años</b>	39. NÚMERO DE HIJOS TENIDOS (Solo para Sexo Femenino) Nacidos vivos Actualmente vivos Nacidos vivos que han fallecido Muertos Fetales	40. SITUACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unido <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado	41. SITUACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unido <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado
42. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Media, Diversificada y Profesional <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Ignorado	43. PROFESIÓN Año Semestre Trimestre	44. OCUPACIÓN <b>Agricultor y Chaper</b>	
45. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL MUNICIPIO PARROQUIA LOCALIDAD/COMUNIDAD		46. DIRECCIÓN <b>Barrio Las Américas Calle 1 Casa Número 5</b>	

SECCIÓN IV: MUERTE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

47. PRESENCIA DE EMBARAZO <input type="radio"/> Al momento de la muerte <input type="radio"/> En los últimos 12 meses <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ignorado
--

SECCIÓN V: MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA

48. TIPO DE MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA <input type="radio"/> Criminal <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Ignorado <input type="radio"/> Violencia intencional <input type="radio"/> Estudio Forense	49. FECHA DEL HECHO VIOLENTO Día Mes Año	50. HORA <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	51. SITIO DEL HECHO VIOLENTO <input type="radio"/> Vivienda <input type="radio"/> Sitio de Trabajo <input type="radio"/> Vía Pública <input type="radio"/> Otro Especifique
52. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCESO			

SECCIÓN VI: CERTIFICACIÓN MÉDICA

53. CAUSA DE LA MUERTE (Aporte una o más en cada línea) (En caso de muerte fetal o de menor de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)	54. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	55. CÓDIGO
L Causa Directa Enfermedad o Estado Patológico que produjo la muerte directamente <b>Por Cardiorespiratorio Infarto del Miocardio</b>		
Causa Antecedente Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
6. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUCIÓ		

57. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR <input type="radio"/> Autopsia <input type="radio"/> En proceso <input type="radio"/> Examen de Laboratorio <input type="radio"/> Historia Clínica <input type="radio"/> Interrogatorio (familiar o testigo) <input type="radio"/> Otro (Especifique)	58. MÉDICO FIRMANTE <input type="radio"/> Tratante <input type="radio"/> Médico de Guardia <input type="radio"/> Forense <input type="radio"/> Otro (Especifique)
---	--

SECCIÓN VII: RESPONSA

59. TIPO DE CERTIFICACIÓN <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Forense	60. APOYO
---	-----------



TAC 1510  
Pensión



FICHA ATENCIÓN DE CASOS  
SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO



Fecha: 14/4/2016 Código: Fac 608

Nombre y Apellido del remitente: Inga. Milce González

Firma: González

Dirigido a:

Salud	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input type="checkbox"/>
Venirauto	<input type="checkbox"/>
Proveeduría	<input type="checkbox"/>
Talento	<input type="checkbox"/>
Humano	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>
Vialidad	<input type="checkbox"/>
Esomep	<input type="checkbox"/>
Hidrológica	<input type="checkbox"/>
Esinsep	<input type="checkbox"/>

Atención al soberano	<input checked="" type="checkbox"/>
Operaciones	<input type="checkbox"/>
Cultura	<input type="checkbox"/>
Deporte	<input type="checkbox"/>
Inprofec	<input type="checkbox"/>
Recdial	<input type="checkbox"/>
Desarrollo Comunal	<input type="checkbox"/>
Seguridad Ciudadana	<input type="checkbox"/>
Sissep	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Especifique: \_\_\_\_\_

Acción(es) a tomar:

Evaluar	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyar	<input checked="" type="checkbox"/>
Conocimiento y demás fines	<input type="checkbox"/>
Recomendar	<input type="checkbox"/>
Revisar	<input type="checkbox"/>
Inspeccionar	<input type="checkbox"/>
Tramitar	<input type="checkbox"/>
Ejecutar	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Especifique: \_\_\_\_\_

Evaluar y Apoyar con pensión de Discapacidad Diabética y Visual. Por favor a Rosario Maica



Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nro de contacto: 0416 440 2195

Hora: \_\_\_\_\_