



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

7.- En caso de exceder el Monto final facturado en el presente Presupuesto, el Paciente o Responsable deberá cancelar la diferencia antes de ser dado de alta.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
SIXTA YOLIMAR CONTRERAS BINCON	
C.I.: V-19351776	C.I.:



AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 29 de Junio de 2016
Hora: 08:45 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION

Atención de Instrucción de la Madre	1	U	2	U	3	U	4	U	5	U
Principal Fuente de Ingresos	1	U	2	U	3	U	4	U	5	U
Condiciones de Alojamiento	1	U	2	U	3	U	4	U	5	U

TAC 3314

Intervenciones Quirúrgicas

Ciudadano:

Contra Almirante (NAV) Reinaldo Castañeda**Gobernador del Estado Portuguesa**

Su despacho.

Tengo el honor de dirigirme a usted muy respetuosamente con un cordial saludo revolucionario; en esta oportunidad de saludarle y desearle el mayor de los éxitos en tan importante cargo, así como también felicitarlo por ardua labor que ha venido desempeñando junto a su equipo de trabajo; el presente, es para solicitarle su pequeña colaboración y así estudie la posibilidad de ayudarme con la operación de mi hija **Angelina Gisell Morales Castellanos**, la cual tiene 7 años de edad y nació en Guanare Estado Portuguesa el 21 de Noviembre de 2008, siendo Diagnosticada desde la edad de 2 años con una condición especial llamada (**SINDROME DE RETT**), por la Dra. Neuróloga pediatra Norelis Rodríguez portadora de la Cedula de identidad 12.064.598 y en donde hoy amerita una operación de urgencia ya que presenta según Diagnostico Medico: **Disfunción Motora Diplejía Espástica presentando como examen físico marcha en tercera mecedora dependiente pie en Equino; Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos.** Por el Ortopedista y Traumatólogo Dr. Rolando A. Hurtado C. portador de la cedula de identidad 9.119.222 M.S.D.S. 44682; en donde la misma le dificulta su capacidad para caminar. En donde yo Víctor José Morales Castillo venezolano portador de la cedula de identidad N 18.669.547 siendo funcionario activo del cuerpo policial del Estado Portuguesa no cuento con un seguro HCM, ni recursos necesarios para cubrir el costo de la operación de mi hija. Aunado a ello mi domicilio actual es la Urbanización Fermín Toro calle 04 casa N 02 Guanare Estado Portuguesa. Sin más nada que decir me despido de usted con un gran abrazo fuerte y revolucionario esperando así una pronta respuesta.

En Guanare a los 11 Días del Mes de Julio de 2016.

Victor J. Morales C.

C.I. 18.669.547

Teléfonos: 0424-5672218

0414-5054545

Correo: victor_morales2013@hotmail.com



Principal Fuente de Ingresos

Condiciones de Alojamiento

Total

Clasificación

1 ☐ 1 ☐2 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Fundacional

4 ☐5 ☐

No Fundacional

PARTIDA DE NACIMIENTO

Fecha de Nacimiento: 09/12/2009
 Nombre: ANGELINA
 Fecha de Expedición: 25/11/2009
 Lugar de Expedición: Centro de Emergencias Médicas



República Bolivariana de Venezuela
 Gobierno Bolivariano de Portuguesa
 Dirección General del Cuerpo de
 Policía del Estado Portuguesa

POLICIA ESTADAL
 PORTUGUESA



VICTOR MORALES
 OFICIAL

Gobierno Bolivariano de Portuguesa Dirección General

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 CEDULA DE IDENTIDAD
 V 18.669.547
 MM291
 Hugo Cabezas
 Director
 APELLIDOS: MORALES CASTILLO
 NOMBRES: VICTOR JOSE
 15-12-88 SOLTERO
 F. NACIMIENTO EDO CIVIL
 28-09-05 09-2015
 F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO
 VENEZOLANO

Principal Fuente de Ingresos: 1 0 2 0 / 3 0 4 0 5 0
 Condiciones de Alojamiento: 1 0 2 0 / 3 0 4 0 5 0
 Total Clasificación: 1 0 2 0 / 3 0 4 0 5 0
 Posee Póliza de Seguro de Hospitalización: Si No
 Compañía: Monto de Cobertura



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE
GUANARE ESTADO PORTUGUESA
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

PARTIDA DE NACIMIENTO
ACTA DE PRESENTACIÓN

Título I a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA										FECHA EXPEDICIÓN		ESTE FOLIO	
1.- Fecha Presentación	2.- Libro No.	3.- Acta No.	4.- Folio No.	5.- Folio No.	6.- Folio No.	7.- Fecha Expedición	8.- Folio No.	9.- Acta No.	10.- Folio No.	11.- Fecha Expedición	12.- Folio No.		
02/12/2008	6	1344	1344	N/A	1344	02/12/2008	1344	N/A	1344	02/12/2008	1344		

Título II - DE LA PRESENTADA													
1.- Nombres		Primero: ANGELINA Segundo: GISELL											
2.- Fecha Nacimiento	3.- Sexo	4.- Hora Nacimiento	5.- Pluralidad	6.- Tipo de Parto	7.- Orden de Nacimiento	8.- País de Nacimiento							
21/11/2008	Femenino	08:00PM	Simple	Primera	Primera	Venezuela							
9.- Lugar Nacimiento	10.- Estado o Categoría Político-Terr.	11.- Municipio o Categoría Político-Terr.	12.- Parroquia o Categoría Político-Terr.	13.- Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento									
Estado Portuguesa	Estado Portuguesa	Municipio Guanare	Capital Guanare	Guanare									
14.- Centro de Salud o Establecimiento										15.- Nombre de la Institución, Hospital, Centro de Salud o Establecimiento			
										CENTRO DE EMERGENCIAS MÉDICAS LOS PROCERES			

Título III - DEL PRESENTANTE			
1.- Filiación con la presentada	2.- Filiación con la que actúa		
Padre	N/A		

Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE									
1.- Datos Ident.		2.- Nombres		3.- Apellidos					
Cédula Votante No. V-18892233	N/A	GUSMAY, MARIA		CASTELLANOS VALENZUELA					
4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación					
Femenino	20	Soltera	SI	AGENTE DEL ORDEN PUBLICO					
9.- Dirección									
URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA Nº 2									
10.- Lugar Nacimiento									
Estado Portuguesa									

Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE									
1.- Datos Ident.		2.- Nombres		3.- Apellidos					
Cédula Votante No. V-18669547	N/A	VICTOR, JOSE		MORALES CASTILLO					
4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación					
Venezolana	19	Soltero	SI	AGENTE DEL ORDEN PUBLICO					
9.- Dirección									
URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA Nº 2									
10.- Lugar Nacimiento									
Estado Portuguesa									

Título VI a - INFORMACIÓN TESTIGO No. 1									
1.- Datos Ident.		2.- Nombres		3.- Apellidos					
Cédula Votante No. V-14067033	N/A	MILAGROS COROMO		BARAZARTE GUERRA					
4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación					
Venezolana	30	Soltera	SI	SU. MERCADOTÉCNIA					

Título VI b - INFORMACIÓN TESTIGO No. 2									
1.- Datos Ident.		2.- Nombres		3.- Apellidos					
Cédula Votante No. V-12009974	N/A	CELIDA DEL CARMEN		NIETO SEVILLA					
4.- Sexo	5.- Edad	6.- Estado Civil	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación					
Venezolana	36	Soltera	SI	N/A					

La presente acta se levanta en TRES (03) ejemplares de un mismo tenor con solo efecto. Leído su contenido al declarante y los testigos, conforme firman.

Certifico que la presente acta quedó inserta bajo el número, tomo y año del libro de actas llevados por esta Oficina Municipal de Registro, citados en el Título I.a. de este documento. Asimismo doy fe de que la información contenida en esta acta corresponde fielmente a la declaración tomada a las personas que aquí se citan, ya como declarantes del acto, o como testigos y por ende la vista los documentos presentados.


EL PRESENTANTE


TESTIGO 1

T.S.U. Adriana Morales De León
Jefe Civil (E)
GUANARE, PORTUGUESA




LA SECRETARIA



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL
FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INTERCONSULTA

APELLIDOS: Morales

INFORME MÉDICO

Caracas, 29 de Junio de 2016

EDAD: 7 años

HISTORIA N°: _____

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

REFERIDO Historia: 455420

POR LA UNIDAD DE: Neurofisiología

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente femenino de 07 años de edad quien es conocido portador de disfunción motora diplejía espástica.

Al examen físico se aprecia marcha en tercera mecedora dependiente, Pie en equino. Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos.

Radiológicamente sub luxación astrágalo escafoides. Calcáneo en equino bilateral.

Se le propone realizar:

FECHA: 29/06/16

1) ALARGAMIENTO PERCUTANEO DE AQUILES BILATERAL

FIRMA DEL MÉDICO REFERENTE

MOTIVO DE CONSULTA:

Posteriormente debe realizar un proceso de rehabilitación activa especializada y el uso de férula AFO.

FECHA: _____

Dr. Rolando A. Hurtado C.
M.S.D.S. 44682
C.M.L. 3758
C-I. 9 119 222.

FIRMA DEL MÉDICO CONSULTADO



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INTERCONSULTA

FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

APELLIDOS: Morales NOMBRES: Angelina
EDAD: 7 años HISTORIA N°: _____
Responsable de Pago: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

REFERIDO A LA UNIDAD DE: Genética
POR LA UNIDAD DE: Neuropediatría

MOTIVO DE CONSULTA: Escolar puerina de 7 años de edad en actitud en la adquisición del lenguaje desde el primer año de vida seguido de pérdida de habilidades motoras y uso propusitivo de las manos, microcefalia (no se precisa inicio). Se sospecha Sd Rett. Se agradece su evolución. Atte,

FECHA: 29/06/16

Dra. Norelis Rodríguez P.
Neuróloga Pediatra
C.I. 12.064.594 / NPS 556701

FIRMA DEL MÉDICO REFERENTE

MOTIVO DE CONSULTA: _____

SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS
EXAMENES DE LABORATORIO

TOTAL SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS

SERVICIO DE RADIOLOGIA

ESTUDIOS DE RADIOLOGIA

FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN

SISTEMA RUSH PACS Y MATERIALES

PLACAS EN PAQUETE

TOTAL SERVICIO DE RADIOLOGIA

SERVICIO SALA DE YESO

SALA DE YESO

TOTAL SERVICIO SALA DE YESO

FECHA: _____

CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ

TOTAL SERVICIO DE FISIATRIA

FIRMA DEL MÉDICO CONSULTADO

PRODUCTOS A LA MEDIDA

Unidad de Reproducción FHOI

CE03-09-05

E-mail: fhoi@fhoi.org.ve

Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4215

Impreso: 29 de

Hora: 08:45 AM

Usuario: BCONTREAS

Departamento: ADMINISTRACION



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

Edad: 7 años

Nro. Historia: FHOI-455420

Responsable de Pago: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ROLANDO ADOLFO HURTADO CARDENAS

Diagnóstico: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DE DISPLEJIA ESPASTICA

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR.C1.19 Cirugías de alta Complejidad Bilaterales:

C.I./ Pasaporte: V-18669547#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04145755755

Rif: V-18669547#1

Fecha Elaboración: 29-06-2016

Fecha Vencimiento: 13/08/2016

Días Cama Hospitalización: 1

Descripción	UN.	Precio/Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
COMSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA	UND	3.900,00	1,00	3.900,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	3.500,00	1,00	3.500,00
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				19.731,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	1,00	8.190,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	1,00	2.940,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				16.130,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	165.000,00	1,00	165.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				165.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
Total FARMACOS				24.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				6.141,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.812,00	1,00	1.812,00
FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	1.188,00	1,00	1.188,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				5.470,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				1.800,00

PRODUCTOS A LA MEDIDA

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 29 de Junio de 2016
Hora: 08:45 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION

Principal Fuente de Ingresos

Condiciones de Alojamiento

Total

Clasificación

1 ☐ 1 ☐

2 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Fundacional

4 ☐ 5 ☐

No Fundacional



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	60.000,00	1,00	60.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				60.000,00
SERVICIO DE FISIOTERAPIA				
CONSULTA DE FISIOTERAPIA	UND	1.200,00	2,00	2.400,00
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA				2.400,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	62.400,00	1,00	62.400,00
ANESTESIOLOGO	UND	24.960,00	1,00	24.960,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	18.720,00	1,00	18.720,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	7.500,00	1,00	7.500,00
EVALUACION PREOPERATORIA.+PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	6.000,00	1,00	6.000,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.800,00	1,00	2.800,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	2.068,00	2,00	4.136,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				216.782,00

Total Hospital	310.672,00
Total Honorarios	216.782,00
Total General Presupuesto Bs.....	527.454,00

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

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 29 de Junio de 2016
Hora: 08:45 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION

Principal Fuente de Ingresos
Condiciones de Alojamiento

1 0 2 0 / 3 0 4 0 5 0
1 0 2 0 / 3 0 4 0 5 0