



UNIDAD OFTALMOLÓGICA
DR. ANDRÉS PARDO MARTÍNEZ
OF TALMOLOGO

RR-2-209716457-2
Carrera 6ta. Entre Avenida Unda. y Calle 9 Tel: (0257)3951514 Guanare Estado Portuguesa
Centro Médico Portuguesa, C.A. Final Carrera 4 Detras de La Concha Acústica Telefax: (0257)2515246

R/P

FECHA:	DIA	MES	ANO
	1	11	2014

Atropina
Gota GT

Paciente:

Pedro Jose Garcia

Firma del Médico

Dr. Andrés Pardo M.



UNIDAD OFTALMOLÓGICA
DR. ANDRÉS PARDO MARTÍNEZ
OF TALMOLOGO

RR-2-209716457-2
Carrera 6ta. Entre Avenida Unda. y Calle 9 Tel: (0257)3951514 Guanare Estado Portuguesa
Centro Médico Portuguesa, C.A. Final Carrera 4 Detras de La Concha Acústica Telefax: (0257)2515246

INDICACIONES:

FECHA:	DIA	MES	ANO
	1	11	2014

Atropina
Gota 2 Veces al dia
Tipo
Glaucofrest
en cada ojo q por
Glaucofrest T
en cada ojo Tipo
en la 2da ojo Tipo

Paciente:

Pedro Jose Garcia

Firma del Médico

Dr. Andrés Pardo M.

Dra. Egidia Massa
OFTALMOLOGO - RETINOLOGO
C.I. 9.407.564
C.M. 9287 S.A.S. 45858

Hospital Clínico del Este
Avenida 23 de Enero con Calle Páez
TELF. 0257- 8069247 Piso 3, Consultorio 30
Guanare - Portuguesa

CONSTANCIA ☐

FECHA:	DÍA	MES	AÑO
	18	12	13

REPOSO ☐

Nº de días: ☐

INFORME MEDICO ☒

Paciente: Pedro José García C.I.: 8137 464

Paciente masculino de 60 años de edad a quien se le realiza evaluación oftalmológica observándose.

AV $\begin{matrix} < NPL \\ < NPL \end{matrix}$ TIO $\begin{matrix} 30 \\ 42 \text{ mmHg} \end{matrix}$

Se observa atropia optica, y opacidad cristalina con nucleosclerosis 2+ (ODI)

Diagnostico: Glaucoma Absoluto

Catarata Senil

Discapacidad Visual

Tratamiento: Gaurport 200g Opt

Dra. Egidia Massa
OFTALMOLOGO - RETINOLOGO
C.I. 9.407.564
JM 9287 S.A.S. 45858

[Signature]

Dra. Egidia Massa

Guamar - 31 - Mayo - 2016

Yo: Pedro José García

C.I: 8.137.464

Jac
2308.
Pensión

Habitante de Villa Deportiva Apartamento de Ladillos
Rojos Torre 6: Apt: 6-05

Me dirijo a usted Comandante Camarada Reinaldo
Castañeda Para solicitarle Principalmente una visita social
Para la solicitud de una Pensión Medicamentosa
Ya que mi discapacidad es visual ya que lo requiero
con urgencia. sin más nada que decir por favor les
Pido su gran ayuda humana y un gran saludo
Revolucionario y una pronta Respuesta Hasta la
"Victoria Siempre."

At: Pedro José García

C.I: 8137.464

Telefonos:

0257-2562444
0426-6599751.



04/12/02

03-05-03

Site 20

05-2044

VENUSOL AR®

Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

PASI
PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN
A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TECMA DE LABORACIÓN

01 DIA	02 MEN	03 AÑO
26	03	15

04. PRIMER APELLIDO Garcia		05. SEGUNDO APELLIDO Piedra		06. PRIMER NOMBRE Piedra	
07. SEGUNDO NOMBRE Jere		08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD [X] V [] E 08137464		09. FECHA DE NACIMIENTO 09 DIA 10 MES 11 AÑO 60	
				12. EDAD 60	
				13. SEXO [X] M [] F	
				14. ESTADO CIVIL Soltero	
15. ORGANIZACIÓN SECTORIAL Ind. & Comercio		16. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA Calle 6.		17. EMPRESA/INDUSTRIA/CASA/ALPOM Agua - D. 6. 01	
18. PRO/PLANTA/LOCAL		19. CÓDIGO POSTAL Código Postal		20. ESTADO Código de Estado	
		21. MUNICIPIO Municipio		22. PAÍS País	
23. N° DE TELÉFONO DE HABITACIÓN		24. N° DE TELÉFONO DE CÉLULA 0412 5183-394		25. CORRIENTE ELÉCTRICA Código de Corriente Eléctrica	

PRESENTA LAS SIGUIENTES DISCAPACIDADES Y SU RESPECTIVA CALIFICACIÓN

26 CALIFICACIÓN			
26.1 TIPO DE DEFICIENTE	26.1.1 CALIFICACIÓN	26.2 ACTIVIDADES BÁSICAS	26.2.1 CALIFICACIÓN
MENTAL (INTELLECTUAL)	00	APRENDIZAJE	00
MENTAL (PSICOSOCIAL)	00	COMUNICACIÓN VERBAL	00
VISUAL	02	MOVILIDAD	02
AUDITIVA	00	AUTOCUIDADO	02
SENSITIVA	00	VIDA DOMÉSTICA	02
VOZ Y HABLA	00	RELACIONES INTERPERSONALES	00
CARDIORESPIRATORIA	00	EDUCACIÓN	02
URINARIA	00	TRABAJO	03
NEUROLÓGICO	00	VIDA CIUDADANA	00
MUSCULOESQUELÉTICO	00		

27. CAUSA	<input checked="" type="checkbox"/> ADQUIRIDA	<input type="checkbox"/> GENÉTICA	<input type="checkbox"/> CONGENITA
-----------	---	-----------------------------------	------------------------------------

C. OSSERVAZIONE DI

D. DATOS DEL MÉDICO QUE CLASIFICA

29. PRIMER APELLIDO		29. SEGUNDO APELLIDO		29. PRIMER NOMBRE		29. SELLO	
Rios		Cabrera		Cabrera		PASDIS	
31. SEGUNDO NOMBRE		32. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD Y N° PASAPORTE					
Cabrera		V □ E □ 0 6 0 9 1 3 0 7 0 5 1 9 1 8					
33. TIPO DE EMPLEADO		34. NÚMERO DE REGISTRO DEL MPPS		35. REGISTRO DE CÉDULA MÉDICA			
<input type="checkbox"/> FUE <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATADO		0 0 0 0 0 3 6 3 2		Cra. Cabrera, Yaque			
36. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN		37. REGISTRO SANITARIO		38. FIRMA		G.E. 13 0 1 5 4 3 M. P.S. 03.032	
DONDE LABORA		D. S. S. San Juan					