

Nombre: Oseín Santiago Epizootis

# 489666

FN: 02-04-16

Fecha (Egreso) 20/4/16

Fecha Ingreso 02-04-16

Peso (Egreso) 1.270

Peso Ingreso 1.200 kg

cc (Egreso) 31

T= 43cm cc Ingreso 27cm

Talla (Egreso) 45

Paciente masculino producto de madre de 15 años, gesta embarazo controlado de 28 semanas. en serología HIVVDRL no reactivo. (13-1-16) toxoplasmosis (+), en Dx. antenatal de mielomeningocele Sacro + Ventrículo megalico, obtenido por parto vía vaginal reportan ligeros anmaturo escaso y feto (no hay información sobre tiempo de rotura de membranas ni tiempo del trabajo de parto). Al nacer lloro y respiró espontáneamente., P= 1,200kg T= 43cm cc 27cm, activo simonado, buena respuesta a estímulos. se evidencia defecto a nivel lumbosacro roto de aproximadamente 5cm Ø. cardiopulmonar silviano 2ptos. Recibe Cpap nasal por 42 horas por buena evolución clínica se retira el mismo. Fue evaluado por Neurocirujano Dr. Grado quien refiere que se difiere acto quirúrgico para cierre del mielomeningocele hasta tener ganancia de peso de aproximadamente 2Kg. Indica alta por NRS y control por consulta de Egreso (micosols)

Laboratorio GB: 24.000 Sg 20% luj 78% monos 2% Calcio 8mg/dl

Tipiax BRh+ Hb: 11,7 HTO 31% Creat 0,6 PCR negativo

PCR: negativa < 0,6 Hemocultivo: Negativo Na+ 144 K+ 4,8 Cl- 115

Hto Cefotaxime 10días Oxacilina 10días Diflucan 8días / Aminofel  
Dx, Concentrado globular # 931 Cpap 42 horas

Egreso: ① RUP/MBP/PEG Balle 34 semanas.

② Sx Arnold Chiari Tipo # mielomeningocele lumbr →

③ Candidiasis genital (S)

④ Sx Anémico (D) ⑤ Hepatomegalia ⑥ Pre talo bilateral

⑦ ARV: prematuridad - madre adolescente

⑧ Alto Riesgo Infección: cerca Anisocetis.

Plan: Referencia Fisiatría - ROP - Centro desarrollo infantil - Nematología

Virus 22/4/16

UFR

**Certificado de Nacimiento EV - 25**

"Requisito indispensable para la formalización del Acta de Nacimiento"

LUGAR DE OCURRENCIA		NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO: <u>Dr. Jesus Mario Casal</u>	
ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	APELLIDO(S) DEL NIÑO(A): <u>Charley</u>		
MUNICIPIO: <u>Araure</u>	NOMBRE(S) DEL NIÑO(A): <u>OSEIN SANTIAGO</u>		
PARROQUIA: <u>Araure</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>10:00</u>	SEXO: <u>M</u>	TALLA: <u>43</u>
LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Araure</u>	DIAS: <u>02</u> Mes: <u>04</u> Año: <u>2016</u>	Horas: <u>28</u> Min: <u>16</u>	PESO AL NACER (gm): <u>1,200</u>
APELLIDOS: <u>Charley Intigüera</u>		NOMBRES: <u>Milagros de Jesus</u>	
APELLIDOS: <u>Charley Intigüera</u>		NOMBRES: <u>Milagros de Jesus</u>	
DIRECCIÓN HABITUAL DE LA MADRE		DIRECCIÓN HABITUAL DEL PADRE	
ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>		ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	
MUNICIPIO: <u>Villa Guzmán</u>		MUNICIPIO: <u>Villa Guzmán</u>	
PARROQUIA: <u>San Antonio</u>		PARROQUIA: <u>San Antonio</u>	
LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 6</u>		LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 6</u>	
DIRECCIÓN: <u>San Antonio</u>		DIRECCIÓN: <u>San Antonio</u>	
RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			
Firma del Médico(a) Parto(a) y/o Cadete de Meritales: <u>Christo Aguirre Tosmi Ischil</u>		Firma del Médico(a) Parto(a) y/o Cadete de Meritales: <u>19053410</u>	
SECCIÓN I. DATOS DEL NACIMIENTO		SECCIÓN II. DATOS DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO (a)	
1. Nacimiento ocurrido en:		1. Lugar de nacimiento:	
1 <input checked="" type="radio"/> Hospital		1 <input checked="" type="radio"/> En Venezuela: <u>Lara</u>	
2 <input type="radio"/> Clínico		2 <input type="radio"/> En el Exterior: <u>País</u>	
3 <input type="radio"/> Casa		2. Fecha de nacimiento:	
4 <input type="radio"/> Otros: <u>Especifique:</u>		<u>05 05 2000</u>	
2. Tipo de Embarazo:		3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):	
1 <input type="radio"/> Único		<u>15 años</u>	
2 <input type="radio"/> Múltiple: <u>Especifique:</u>		4. Situación conyugal actual:	
3. Tipo de Parto:		1 <input checked="" type="radio"/> Soltera	
1 <input checked="" type="radio"/> Vaginal		2 <input type="radio"/> Casada	
2 <input type="radio"/> Cesárea		3 <input type="radio"/> Divorciada	
3 <input type="radio"/> Instrumental		4 <input type="radio"/> Viuda	
4 <input type="radio"/> Ignorado		5 <input type="radio"/> Unida	
4. Persona que atendió el parto:		6 <input type="radio"/> Separada	
1 <input checked="" type="radio"/> Médico		5. Años de matrimonio o unión:	
2 <input type="radio"/> Comadrona		1 <input type="radio"/> Menos de un año	
3 <input type="radio"/> Otros: <u>Especifique:</u>		2 <input type="radio"/> Un año y más: <u>¿Cuántos?</u> <u>81</u>	
SECCIÓN III. DATOS DEL PADRE AL NACER EL NIÑO (a)		6. Número de hijos:	
1. Lugar de nacimiento:		A. Nacidos vivos: <u>81</u>	
1 <input type="radio"/> En Venezuela: <u>Estado Federal</u>		B. Actualmente vivos: <u>81</u>	
2 <input type="radio"/> En el Exterior: <u>País</u>		C. Nacidos vivos que han fallecido: <u>81</u>	
2. Fecha de nacimiento:		D. Muertos fetales: <u>81</u>	
3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):		7. Nivel educativo y último grado o año aprobado:	
4. Sabe leer y escribir:		1 <input type="radio"/> Ninguno	
1 <input type="radio"/> Si		2 <input type="radio"/> Pre-escolar	
2 <input type="radio"/> No		3 <input type="radio"/> Básica	
5. Nivel educativo y último grado o año aprobado:		4 <input type="radio"/> Media, Diversificado o Profesional	
1 <input type="radio"/> Ninguno		5 <input type="radio"/> Superior	
2 <input type="radio"/> Pre-escolar		6 <input type="radio"/> Ignorado	
3 <input type="radio"/> Básica		Grado: <u>81</u>	
4 <input type="radio"/> Media, Diversificado o Profesional		Año: <u>81</u>	
5 <input type="radio"/> Superior		Semestre: <u>81</u>	
6 <input type="radio"/> Ignorado		Trimestre: <u>81</u>	
SECCIÓN IV. DATOS DEL REGISTRO CIVIL		SECCIÓN V. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:		1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: <u>Portuguesa</u>		Entidad Federal: <u>Portuguesa</u>	
Municipio: <u>Villa Guzmán</u>		Municipio: <u>Villa Guzmán</u>	
Parroquia: <u>San Antonio</u>		Parroquia: <u>San Antonio</u>	
Localidad: <u>Calle 6</u>		Localidad: <u>Calle 6</u>	
2. Fecha de Registro:		2. Fecha de Registro:	
Día: <u>05</u> Mes: <u>05</u> Año: <u>2000</u>		Día: <u>05</u> Mes: <u>05</u> Año: <u>2000</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:		3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. Nº Tomo:		4. Nº Tomo:	
5. Nº Folio:		5. Nº Folio:	
6. Nº Libro:		6. Nº Libro:	
Sello y Firma de la Autoridad Civil		Sello y Firma de la Autoridad Civil	
OBSERVACIONES:		OBSERVACIONES:	



ORIGINAL: MADRE O PADRE

Guadare 16- 05- 016

TAC 1969

Intervención  
Quirúrgica

Ciudadano: Gobernador  
CONTRA ALMIRANTE Reinaldo Castañeda

SU DESPACHO:

ANTE todo Reciba un cordial SALUDO  
PATRIOTICO Y Revolucionario.

ES GRATO Dividirme a USTED Muy Respetuosamente  
CON LA finalidad de SOLICITARLE DE USTED  
LA DONACION de una UNIDAD para MI HIJO  
CON urgencia soy Madre de bajo recurso so  
TENGO UN EMPLEO. MENOR de edad vivo con  
MIS padre ES EL MOTIVO que acudo a usted  
ESPERANDO una REPUESTA DIOS LE BENDISI

ATENTAMENTE

Milagros de Jesus CHAVEZ  
CI. 28.537.4119

0426-2081334





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEBULA DE IDENTIDAD

V 28.537.419

021

APELLIDOS CHAVEZ ANTEQUERA

*Juan*

Juan Dugarte

Director

NOMBRES MILAGRO DE JESUS

*Milagro*

PRIMA FOTOGRAFIA



05/05/2000

F. NACIMIENTO

SOLTERA

EST. CIVIL

20/08/2014

F. EXPIRACION

08/2024

F. VENCIMIENTO



VENEZOLANO

<b>Fecha:</b>	03/05/2016	<b>Presupuesto No.</b>	972
<b>Nombre:</b>	Joscin Santiago Chávez	<b>Cédula:</b> V- 28.537.419 Milagros Chavez (Madre)	
<b>Edad:</b>	1 mes	<b>Teléfono:</b>	
<b>Referencia:</b>	Dr Jean Carlos Granados	<b>Condición de pago:</b>	Contado

Cantidad	Descripción	Código	P. Unitario	Total
01	Sistema Derivativo ventrículo peritoneal pediátrica presión media .	N/D	420.000,00	420.000,00
<b>TOTAL</b>				420.000,00

**Condiciones:**

- 1- Tiempo de entrega: Inmediato.
- 2- Validez de la oferta: 05 días.
- 3- Forma de pago: Contado.
- 4- Cheque a nombre de: Emedical Uno C.A.  
Cuenta Banesco N°: 0134 0416 09 4161017707
- 5- En caso de reintegros y/o devoluciones, la empresa se reserva el derecho de efectuar Retenciones del 10% por concepto de gestión administrativa.
- 6- Si la cirugía es omitida en el día pactado, se cancelará adicional el costo de la asistencia quirúrgica para la próxima fecha de la misma.

**EMEDICAL UNO, C.A.**  
RIF. J-29608591-9

  
Lcda Yoselin Quero

Asistente Administrativo

e-mail: yiyoco@hotmail.com / emedicaluno@gmail.com  
Tlfs.: 0251-7141408 / 0416-6550968 / 0424-5721997  
Av. Lara con Av. Terepaima C.C. Rio Lama, 5ta etapa, Nivel Intermedio, Local L-13, sector Este, Barquisimeto Edo. Lara

27/2/16 Juan Santiago

Informe Médico

Se trata de Recien Nacido  
Masculino que presenta Melanismo  
general de hiperaplasia pigmentaria  
extensa donde los tuberculos  
pigmentarios presentan  
pequeños

Hospital de Jesus M.  
Neu Carlos Grados  
Neurocirujano  
C.I. 14500-888  
M.D.C. 14500-888  
14500-888