

Paciente : DIAZ HIDALGO RUMALDO
Cedula : V -9407790
Nro.Historia: 235607

INFORME MÉDICO

Se trata de paciente masculino de 52 años de edad, quien asistió a consulta oftalmológica el día 27/09/2017. El examen oftalmológico reveló:

AGUDEZA VISUAL:

OD: 20/25

OI: cd 20cm

TONOMETRÍA:

OD: 21mmHg

OI: 01 mmHg

DIAGNÓSTICO:

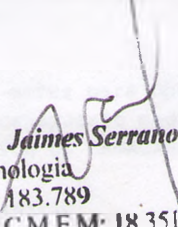
- Hemorragia vitrea ojo izquierdo
- Desprendimiento de retina por eco ojo izquierdo
- Excavaciones amplias

SE LE INDICA:

- EVALUACION CARDIOVASCULAR + ELECTROCARDIOGRAMA
- PERFIL PREOPERATORIO DE LABORATORIO

INDICACION QUIRURGICA:

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA MAS DECALINE MAS ENDOFOTOCOAGULACION
MAS SILICON EN OJO IZQUIERDO


Dra. Vanessa A. Jaimes Serrano
Oftalmología
C.I. 15183.789
M.P.P.S : 68.515 C.M.E.M: 18.351

Atentamente,

Dr. VANESSA JAIMES S.
Médico Oftalmólogo
C.I.: 15183789 - MSAS: 1

P R E S U P U E S T O No. 402179

Paciente: DIAZ HIDALGO RUMALDO Telefono: -
Cedula del Paciente: V - 9.407.790,00 Fecha Elaboracion: 27-09-2017
Medico Tratante: PARDO ANDRES
Responsable: ESTANDARD
Procedimiento por: VITRECTOMIA VIA PARS PLANA MAS ENDOLASER
Hora ambulatoria aproximada desde preparación hasta alta: 190 MINUTOS

Descripcion	Total
SERVICIOS EXTERNOS "VENTAS POR CUENTA DE TERCEROS"	
CIRUJANO.	1.365.000,00
AYUDANTE,	546.000,00
ANESTESIOLOGO,	546.000,00
Total SERVICIOS EXTERNOS "VENTAS POR CUENTA DE TERCEROS"	2.457.000,00
GASTOS DE CLINICA	
PERFLUORODECALINE	770.000,00
INSUMOS DESCARTABLES DE EQUIPOS OFTALMOLOGICOS,	331.000,00
MMQ, MEDICINAS Y ANESTESICOS.	1.720.000,00
ACEITE DE SILICON	780.000,00
SERVICIOS DE QUIROFANO,	9.580,00
INSTRUMENTAL MICROQUIRURGICO ESPECIALIZADO,	244.000,00
EQUIPOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALIZADOS,	442.000,00
Total GASTOS DE CLINICA	4.296.580,00
Sub-total Presupuesto Bs.....	6.753.580,00
Descuentos Bs.....	0,00
Monto I.V.A.....	0,00
Total General Presupuesto.....	6.753.580,00

Elaborado Por: _____

SOLORZANO THAYSMARY

NOTAS: (IMPORTANTES)

- 1.- Todo paciente deberá realizar la Admisión 72 horas antes para optar al Quirofano.
- 2.- Todo paciente deberá cancelar el monto total del presupuesto mediante Carta Aval, Cheque de Gerencia o Conformable a nombre de "UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARACAS C.A.", Tarjeta de Credito, Debito o Efectivo.
- 3.- No se aceptan cheques de Personas Juridicas (empresas).
- 4.- ESTE PRESUPUESTO TIENE UNA VIGENCIA DE 15 DIAS.
- 5.- Correo electrónico departamento de presupuesto y admisión quirúrgica: PRESUPUESTO@OFTALMOLOGICA.COM.VE