

Ospino, 01 de diciembre de 2017.

Ciudadano:

Rafael Calles

Gobernador del Estado Portuguesa

Su Despacho.-

Sirva la presente para desearle un cordial saludo extensivo a su equipo de trabajo y a su vez solicitarle la colaboración que consiste en una ayuda socioeconómica para mi hijo **Sebastian Nuñez Sosa** de diez (10) años de edad, portador de una triplejia epastica, debido a la ausencia de la mitad de su cerebro y por tanto amerita una intervención quirúrgica para poder caminar, acudimos a usted ya que somos de escasos recursos y por la situación actual del país se nos dificulta cada vez más costear los gastos de dicha operación.

Cabe señalar que la intervención tiene un costo de Veintitrés Millones doscientos treinta y cuatro mil Novecientos bolívares (**23.234.900.⁰⁰**), según presupuesto emitido por el Hospital Ortopédico Infantil de fecha 22-11-2017 (Anexo presupuesto e informe médico, copia partida de nacimiento, certificado de discapacidad).

Sin otro aspecto a tratar y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración queda ante usted.

Atentamente,

Beatriz Sosa

Beatriz Adriana Sosa Linarez

CI. 19.051.815

0412 – 0516223 / 0424-5895467



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 01 de Noviembre de 2017

Paciente: Sebastian Nuñez Sosa.

Historia: 24 08 47

Paciente masculino de 09 años de edad natural y orcedente de Acarigua Edo Portuguesa quien es conocido portador de disfunción motora sub tipo triplejia espástica izquierda..

Al examen físico se aprecia con marcha dependiente en cuclillas, intrarrotada miembro superior izquierdo con patrón flexor, silverkiold positivo bilateral Elys Duncan negativo Angulo poplíteo de 45 grados bilateral.

Alos RX se aprecia caderas subluxas, en valgo

Se le sugiere resolución quirúrgica con

- 1) BLOQUEO A MULTIPLES NIVELES CON BOTOX EN MIEMBRO SUPERIOR izquierdo (2 VIAL) DYSPORT
- 2) OSTEOTOMIA FEMORAL DESRROTADORA Y VARIZANTE CON PLACA L.C.P DE LA CASA COMERCIAL I.P.M
- 3) ALARGAMIENTO SELECTIVO DE ISQUIOTIBIALES BILATERAL,
- 4) REVISIÓN DE TRICEPS SURAL BILATERAL
- 5) TENOTOMIA ADUCTORES.

El día de hoy 23/05/2016 se le realizó:

- ✓ Retiro de material de cadera Bilateral
- ✓ Reléase del Recto anterior Bilateral
- ✓ Artrodesis medial de Ambos Pies con seis tornillos Canulados de 4.0mm de la casa comercial Servisalud.
- ✓ Bloqueo con Dysport múltiples niveles

Paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que decide continuar resolución quirúrgica:

- 1) Bloqueo con Dysport a múltiples niveles un (1) vial en miembros inferiores
- 2) Revisión de Aquiles percutáneo izquierdo
- 3) Osteotomía Femoral Desrotadora izquierda con placa LCP DE 4.5 (HOSPITAL)
- 4) Fisiodesis distal derecha

Luego deberá someterse a medicina Física y Rehabilitación y el uso de Férulas AFO.



Dr. Rolando A. Hurtado
Ortopedia y Traumatología
M.S. 74682
C.M.L. 3758
C.I. 9 119 222



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 64451

| | | | | |
|--|-----|------------|------|--------------|
| SERVICIO DE RADIOLOGIA | | | | |
| FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN Y PLACAS EN PABELLON | UND | 130.800,00 | 1,00 | 130.800,00 |
| ESTUDIOS DE RADIOLOGIA | UND | 50.000,00 | 1,00 | 50.000,00 |
| SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES | UND | 25.000,00 | 1,00 | 25.000,00 |
| Total SERVICIO DE RADIOLOGIA | | | | 205.800,00 |
| SERVICIO SALA DE YESO | | | | |
| SALA DE YESO | UND | 100.000,00 | 1,00 | 100.000,00 |
| Total SERVICIO SALA DE YESO | | | | 100.000,00 |
| SERVICIO DE FISIATRIA | | | | |
| CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ | UND | 16.500,00 | 2,00 | 33.000,00 |
| Total SERVICIO DE FISIATRIA | | | | 33.000,00 |
| PRODUCTOS A LA MEDIDA | | | | |
| MATERIAL TALLER ORTOPEDIA. | UND | 500.000,00 | 1,00 | 500.000,00 |
| Total PRODUCTOS A LA MEDIDA | | | | 500.000,00 |
| SERVICIO DE FISIOTERAPIA | | | | |
| CONSULTA DE FISIOTERAPIA | UND | 12.000,00 | 2,00 | 24.000,00 |
| Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA | | | | 24.000,00 |
| HONORARIOS PROFESIONALES | | | | |
| CIRUJANO PRINCIPAL | UND | 650.000,00 | 1,00 | 650.000,00 |
| CIRUJANO PRIMER AYUDANTE | UND | 650.000,00 | 1,00 | 650.000,00 |
| ANESTESIOLOGO | UND | 260.000,00 | 1,00 | 260.000,00 |
| CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE | UND | 195.000,00 | 1,00 | 195.000,00 |
| CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE. | UND | 195.000,00 | 1,00 | 195.000,00 |
| EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT. | UND | 56.000,00 | 1,00 | 56.000,00 |
| DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION | UND | 35.000,00 | 2,00 | 70.000,00 |
| EVALUACION PRE-ANESTESIA | UND | 29.500,00 | 1,00 | 29.500,00 |
| HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP) | UND | 16.800,00 | 1,00 | 16.800,00 |
| HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP) | UND | 10.500,00 | 3,00 | 31.500,00 |
| INSTRUMENTAL ESPECIAL | UND | 1.500,00 | 1,00 | 1.500,00 |
| Total HONORARIOS PROFESIONALES | | | | 2.155.300,00 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Total Hospital | 21.079.600,00 |
| Total Honorarios | 2.155.300,00 |
| Total General Presupuesto Bs. | 23.234.900,00 |

NOTAS:

- 1.- Vigencia: (07) días, contados a partir de la fecha, dentro de los cuales deberá cancelar y llevarse a cabo la intervención.
- 2.- Los precios establecidos en el presente presupuesto son estimaciones que pueden modificarse por 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 deben ser revisados y actualizados previo a la Intervención Quirúrgica.
- 3.- 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.
- 4.- En caso de existir un reintegro asociado al presupuesto, se emitirá cheque no endosable a nombre del responsable de pago, paciente, institución que aporte ayuda, empresa, seguro.
- 5.- Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en el presente presupuesto, los cuales son indispensables para las admisiones. Debe traer el presupuesto.
- 6.- Proceso de ingreso:

a. Al venir amparado por Póliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL VIGENTE Y COPIA con sello húmedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES.

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

Impreso: 22 de Noviembre de 2017
Hora: 07:14 AM
Usuario: NLUGO
Departamento: ADMINISTRACIÓN