

Caso. Protocolo / Alberto Perez
" URGENTE "

Fecha; 25/01/2018

Ciudadano:
T.S.U. Rafael Calles
Gobernador del Estado Portuguesa
Su Despacho.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de solicitarle su
valiosa colaboración en cuanto a Donación u ayuda de;

Kit de operación para cesárea
ya que urgentemente debo hacer
la operación, cuento con 38 semanas de gestación y

que soy una persona de bajos recursos económicos, con dirección en
el Barrio Santa María, Municipio Granero

Sin más que hacer referencia me despido antes usted, esperando una
grata respuesta satisfactoria agradeciendo ante mano por su gran apoyo.

Atentamente;

Nombres Y apellidos: ARROYO PÉREZ MELANY

Cédula N° V: 28.268.795

Teléfono: N° 0426 2072328.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CÉDULA DE IDENTIDAD

V 28.268.795

021

APELLIDOS ARROYO PAEZ

NOMBRES MELANY GARDIELIS

Melany Arroyo

FIRMA TITULAR

31/10/2004

F. NACIMIENTO

SOLTERA

EDO CIVIL

27/03/2014

F. EXPEDICION

03/2024

F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Juan Dugarte

Director



Melani Arroyo ^{Scda Candida}
Aneise
DRS

- Kit Saparotomici. ^{Scda}
- Cromico #0 ✓ y #1 ✓ ^{Jose y regn Hernandez}
- Vicryl #1 ó #0.
- Dermalon 2-0 aguja recta.
- Aguja Raquidea #26 ó #27. (22)
- Bata Cirujano Esteril. ✓
- Alcohol - - Agua Oxigenada.
- Adhesivo.
- Yelco #18 ó #20. ~~Yelco~~
- Efedrina: 3 amp.
- Vit. K: 1 amp.
- Profenid ó Ketoprofeno: Amp. 2
- Unasyn Ceftriaxona 2 Amp.
- 10 hojas Blanca 10 pzs

Dra. Mariagolda Zúñiga
MEDICO CIRUJANO UMEPI
C.M.R. 3.656 R.P.P.S. 120.038



REFERENCIA OBSTETRICA

FECHA:
HORA:

HOSPITAL:
SERVICIO:
CONTACTO:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

C.I.

EDAD:

TELEFONO:

DOMICILIO/PROCEDENCIA:

CONTROL PRENATAL

NO

SI

H.U.C.

OTROS:

Nro. CONSULTAS:

EMERGENCIA ACTUAL

NO

SI

MPPS

IVSS:

PRIVADA:

OTRO:

EVALUADA EN OTRO

CENTRO

CUALES:

MOTIVO DE CONSULTA

CAUSAS:

DOLOR:

SANGRADO:

PERDIDA DE LIQUIDO:

DISM.MOV. FETALES:

OTROS INDIQUE:

FECHA Y HORA DE INICIO SINTOMATOLOGIA:

ENFERMEDAD ACTUAL:

PARIDAD:

FUR:

FPP:

EG:

TA:

FC:

FR:

TEMPERATURA:

PESO

EXAMEN FISICO

IMPRESION DIAGNOSTICA:

TRATAMIENTO REALIZADO:

NO:

SI:

MEDICO:

Ox:

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

NO:

SI:

MOTIVO DE REFERENCIA:

LABORATORIO

TRALADO AMBULANCIA:

PARTICULAR:

PRESENTADO AL SIAMU:

SI:

CONTACTO:

RX:

NO:

CAUSA

ECOSON IGrama:

MEDICOS RESPONSABLES:

OTROS

Dr. Raulito O. Ochoa
Ginecologo Obstetra
R.E. V. 12010220
MPPS-64-120 CMP-2-02