

Paciente: HENRRY MOSQUERA  
Cédula : V-9254331  
Edad :

Nº: 17-38882  
Fecha: 05/05/2017

## INMUNOLOGIA

DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgG CONTRA Trypanosoma cruzi.-

TEST DE CHAGAS: NEGATIVO.

METODO: ELISA

Eds. Lilia M. Ureña  
BIOMEDICINA  
R.L.F. 0805007

LABORATORIO CLINICO CLARET

Paez con calle Felipe Ruben Brito, Ospino, Edo. Portuguesa Teléfono: 0256-3282365

Paciente: HENRRY MOSQUERA  
Cédula : V-9254331  
Edad :

Nº: 17-38882  
Fecha: 05/05/2017

## ESPECIALES

RESULTADOS

VALORES DE REFERENCIA

## ESPECIALES

ANTIGENO DE SUPERFICIE (HEP B): NEGATIVO.

## INMUNOLOGIA

## INMUNOLOGIA

ANTICUERPOS VIRUS HEPATITIS C:

RESULTADO: NEGATIVO.

METODO: RAPIDO CUALITATIVO

Eds. Lilia M. Ureña  
BIOMEDICINA  
R.L.F. 0805007

LABORATORIO CLINICO CLARET

Paez con calle Felipe Ruben Brito, Ospino, Edo. Portuguesa Teléfono: 0256-3282365

TAL 9419

Com. Cuba-Venezuela  
Oftalmología

República Bolivariana De Venezuela

La Trinidad 05/05/2017

Ciudadano

Nicolás Maduro moros

Presidente constitucional de la República Bolivariana De Venezuela

Su Despacho

En esta Acta le envié un saludo revolucionario patriótico deseándole éxitos por su gran afán de brindarle la mayor suma de felicidad al pueblo esta vez se me es propicio la ocasión para solicitar de sus buenos oficio y su inmensa sensibilidad humana en esa gran corazón que Dios lo ha dado para servir a la humanidad reciba la bendición de Dios. Expongo mis motivos para solicitar su valiosa colaboración que consiste en que me sea tomado en cuenta para ser tratado en la república de Cuba ya que padezco una discapacidad visual como lo es retinosis pigmentaria enfermedad que requiere un tratamiento de ionización de sangre tratamiento que lo hacen en la Habana razón por lo cual en mis condiciones de ser de bajos recursos ya que el mencionado tratamiento es bastante costoso y yo no poseo esos recursos para viajar hasta la hermana república y ser atendido por médicos especialista en retinas.

Sin más que agregar me despido de usted esperando su colaboración pronta ya que tengo un periodo de 3 años esperando que me llamen y no ha sido posible Dios le bendigo por su buena Voluntad.

Atte.

Henry. S Mosquera. G

C.I: 9.254.331

Celular: 0416-030.73.29

0426.307.56.41



nota: remite Por donde fuera (original)



República Bolivariana De Venezuela  
Consejo Comunal La Trinidad Barrio Abajo

La Trinidad 05/05/2017

A quien puedo interesar

Nosotros Petra Froilán C.I: 9.254.558, Enrique Gallardo C.I: 11.402.186  
voceros del consejo comunal la trinidad barrio abajo en esta acta damos fe que  
el ciudadano Henry Socorro Mosquera Gallardo C.I: 9.254.331 vecino de este  
sector que padece de una discapacidad visual como lo es retinosis pigmentaria  
la cual necesita estar en tratamiento constante en este mismo acto ratificamos  
que es un ciudadano de bajos recursos que por esa condición necesita ser  
tomado en cuenta para ese beneficio.

Sin más que referirnos nos despedimos enviándole un saludo compatriota.

**CONSTANCIA** que se expide a solicitud de la parte interesada en **LA**  
**TRINIDAD** a los 5 día (s) del mes de **Mayo** del año **2017**.

Colectivo de Coordinación Comunitaria,



Voc. Froilán Petra

C.I.: V-9.254.548

Telf.: 0416-451-0697

Unidad Ejecutivo



Voc. Gallardo Enrique

C.I.: 11.402.186

Telf.: 0426-709-11.94

Unidad de Contraloría

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 9.254.331

MM744

APELLIDOS MOSQUERA GALLARDO

NOMBRES HENRY SOCORRO

Juan Dugarte  
Director

*MGHS*

FIRMA TITULAR

16-06-65 SOLTERO  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

20-06-14 06-2024  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO



VENEZOLANO





**CUJA 2**

**POR UNA PATRIA SANA**



Gobierno Bolivariano  
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular  
para la Salud y Protección Social

DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS  
ESTADO PORTUGUESA

**¡VACUNATE!**



Firma y Sello del Establecimiento

**TARJETA DE VACUNACION**

F. 16/6/65

NOMBRE Y APELLIDO:

*Francisco Hernandez*

EDAD:

49

CECULA Y E. N. 724731

DIRECCION:

*Esperanza*

CENTRO DE SALUD:

*San Francisco*

FECHA DE SALUD:

26.7.14

CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN BUEN ESTADO

**TOXOIDE TETANICO**

1 DOSIS	2 DOSIS	REF. 1	REF. 2	REF. 3
		25/7/14		

**TOXOIDE TETANICO DIFTERICO**

1 DOSIS	2 DOSIS	REF. 1	REF. 2	REF. 3

**\*ANTIHEPATITIS B**

1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REF.

**\*\*ANTIAMARILICA**

1 DOSIS	LOTE	REF. 1	LOTE	REF. 2	LOTE
25/7/14	17/12/14				

**\*\*\*ANTIMENINGOCOCCICA**

1 DOSIS	2 DOSIS

**\*\*\*\*ANTISARAMPION-RUBEOLA**

1 DOSIS	REF. 1	LOTE

**ANTIINFLUENZA**

DOSIS UNICA			
25/7/14			

- \* Refuerzo a inmunosuprimidos y problemas renales (Diálisis)
- \*\* Refuerzo cada 10 Años.
- \*\*\* Persona Internas (Penal, Conscripto y Estudiantes de la G.N.)
- \*\*\*\* Refuerzo en Campañas especiales



UNIDAD: CLINICA CAMILO CIEFUEGOS		<b>INFORME DE ALTA</b>		HOSPITALIZACION No. _____	
				7706	
1er APELLIDO: MOSQUERA	2do APELLIDO : GALLARDO	NOMBRE: HENRY SOCORRO	EDAD: 45	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
SERVICIO DE INGRESO Retinosis	7 9 9 DIA MES AÑO	MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO: MALA VISION NOCTURNA			
1er TRASLADO		CÓDIGO			
2do TRASLADO		SERVICIO DE EGRESO OFTALMOLOGIA	27 D	9 M	2009 A
<b>RESUMEN DE LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL</b>					
PACIENTE QUE REFIERE DESDE NIÑO DIFICULTAD VISUAL EN LA NOCHE. A LOS 16 AÑOS LE INDICAN CRISTALES.					
LE REALIZARON DIGNOSTICO DE RP EN 1990. EN 1994 LE REALIZARON EN SU PAIS UNA CIRUGIA DE REVASCULARIZACION COROIDEA. REFIERE MANTENERSE ESTABLE.					
ACUDE POR PRIMERA VEZ A NUESTRO CENTRO PARA ESTUDIO Y POSIBLE TRATAMIENTO.					
<b>ALERTA</b>					
alergias, intoxicaciones, reacciones adversas a medicamentos					
NO REFIERE					
<b>DATOS DE INTERES AL EXAMEN FISICO</b>					
RD: OD: -3,00 -2,25 a 15 GRADOS (0,5)    OI: -3,50 -2,20 a 180 GRADOS (0,5)    TO: 12 mmHg en AO.					
CV: Reducción concéntrica hasta los 15 grados aproximadamente en AO					
SA: OD: Pterigion interno grado I.					
Medios: Opacidad subcapsular posterior radiada en AO. Vítreo fibrilar y flóculos en AO.					
FO: Discos ópticos bien delimitados, superficie normal y coloración cerea ligera en AO. Arbol vascular disminuidos de calibre de forma					
Atrofia generalizada del EPR, sólo conservado de forma relativa en áreas maculares. Máculas deslustradas sin brillo foveolar.					
Pigmentos diseminados por fuera de las arcadas vasculares, predominando los de forma de osteoclastos.					
ANOTAR LA CANTIDAD DE EXAMENES REALIZADOS AL PACIENTE DURANTE SU HOSPITALIZACION Y LOS RESULTADOS RELEVANTES YA SEAN POSITIVOS O NEGATIVOS.					
TIPO DE EXAMEN	CANT.	RESULTADOS RELEVANTES			
LABORATORIO CLÍNICO	31	TODOS LOS RESULTADOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES NORMALES			
LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA					
ULTRASONIDO OCULAR	1	FLÓCULOS VÍTREOS AO. RETINAS APLICADAS.			
RAYOS X TORAX	1	NORMAL			
ENDOSCOPIA					
BIOPSIAS					
PRUEBAS FUNCIONALES					
ELECTROCARIOGRAMA	1	NORMAL			
T.A.C					
R.M.N					



MODELO 53-63

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
HOSPITALES Y POLICLINICOS

CERTIFICADO MEDICO

## DATOS DEL PACIENTE:

1er Apellido: Mosquera	2do Apellido: Gallardo	Nombre: Henry Socorro	Edad: 47	Sexo: M
DIRECCION: os Pinos, Calle Principal, Barrio Abajo S/N			PAIS: VENEZUELA	
OCUPACION ACTUAL: Abogado		CENTRO DE TRABAJO:	No HC 7706	

## POR LA UNIDAD ASISTENCIAL:

FACULT. 1er APELLIDO: Román	2do APELLIDO: González	NOMBRE: Dr. Ceferino
FACULTATIVO QUE PRESTA ASISTENCIA EN EL CENTRO INTERNACIONAL DE RETINOSIS PIGMENTARIA "CAMILO CIENFUEGOS".		
CERTIFICO QUE A LAS 12 horas DEL DIA 7 DE Septiembre DE 2012		
DIAGNOSTICO: RETINOSIS PIGMENTARIA TÍPICA		
TRATAMIENTO: QUIRÚRGICO-EXPLORACIÓN CUADRANTE TEMPORAL INFERIOR AO. OZONOTERAPIA, ELECTROESTIMULACIÓN, MAGNETOTERAPIA MEDICAMENTOSO.		
RETORNO AL TRABAJO:		
	<input checked="" type="checkbox"/> (X) PUEDE SEGUIR TRABAJANDO	
	<input type="checkbox"/> ( ) ESTA INCAPACITADO POR _____ DIAS DE CONFORMIDAD CON	
EL EXAMEN PRACTICADO ESTIMA QUE SE TRATA DE UN CASO DE		
<input checked="" type="checkbox"/> (X) ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ( ) ACCIDENTE		
OBSERVACIONES: FECHA DE INGRESO: 3 DE AGOSTO DE 2012. FECHA DE EGRESO: 7 DE SEPTIEMBRE DE 2012. REGRESAR A CONTROL Y TRATAMIENTO DENTRO DE OCHO MESES.		
Y PARA CONSTANCIA DEBIDA EXPIDO EL PRESENTE EN: Ciudad de la Habana A LAS 12 horas DEL DIA 7 DE Septiembre DE 2012		



Firma Facultativo.

## DATOS DEL REGISTRO: ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS (Persona que registra)	FIRMA	FECHA	NO. ORD:
Laura Bernaza		07/09/2012 15:26:46	1