

CIUDADANO:

GOBERNADOR DEL ESTADO PORTUGUESA.

RAFAEL CALLES

SU DESPACHO.-

Me dirijo a Usted primeramente para darle un cordial saludo Revolucionario y Bolivariano, y felicitarlo por su Excelente Gestión en el cargo que desempeña, y a su vez aprovecho para hacerle una exposición de motivos Sobre mi situación: soy la madre de La niña Sofia Valentina Hernández, única hija y tiene la edad de Un (01) año con Cinco (05) meses, Siendo el caso que después de habersele practicado una serie de exámenes médicos los cuales arrojaron como resultado que mi hija presenta una luxación de cadera derecha y genus valgo asimétrico, Lo cual Al examen físico se aprecia marcha independiente, discrepancia en miembros inferiores, para la abducción de la cadera acortamiento, e imposibilidad para la reducción con maniobras. Barlow positivo Maniobra, de Silverskiold positiva para gemelos. Por lo que amerita una pronta intervención quirúrgica, mediante el siguiente procedimiento:

- 1)- REDUCCIÓN CRUENTA + PLICATURA CAPSULO DE CADERA IZQUIERDA.
- 2)- ESPICA CON YESO.

Luego deberá someterse a medicina Física y Rehabilitación.

Y es por lo que acudo a sus nobles oficio como Gobernador de Portuguesa, con la finalidad de solicitarle una ayuda económica a fines de poder lograr mi pequeña hija sea intervenida quirúrgicamente y a su vez se le pueda aplicar consecutivamente sus terapias, Siendo el caso que no cuento con los recursos económicos para el pago de la intervención Quirúrgica para mi hija.

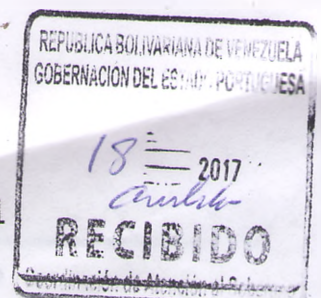
Por Todo lo anteriormente expuesto es que le Solicito mi caso sea revisado y se me dé una respuesta pronta, oportuna y satisfactoria a fines de lograr se le practique a mi pequeña hija Sofía Valentina Hernández, la intervención quirúrgica que amerita. Se despide de Usted.

ATTE.

EIRA DEL VALLE HERNANDEZ CACERES

C.I: 19.533.815

Numeros de contacto: 0424-5366052 - 04166784591



RESIDENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS

Barrio La Penitencia de esta Ciudad
Rafael Peña Hernández

INFORME MÉDICO

Caracas 12 de Noviembre de 2017

Paciente: SOFIA VALENTINA HERNANDEZ

Historia: 508767

Paciente femenino de 01 años de edad quien asiste a consulta por presentar luxación de cadera derecha y genus valgo asimétrico.

Al examen físico se aprecia marcha independiente, discrepancia en miembros inferiores, para la abducción de la cadera acortamiento, e imposibilidad para la reducción con maniobras. Barlow positivo Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos.

A los Rx. Se aprecia luxación de cadera izquierda. En la Rx. AP.

Se le propone re

- 1) REDUCCIÓN CRUENTA + PLICATURA CAPSULO DE CADERA IZQUIERDA
- 2) ESPICA CON YESO

Luego deberá someterse a medicina Física y Rehabilitación.



Dr. Rolando A. Hurtado
Ortopedia y Reumatología
Dr. Rolando A. Hurtado C.
M.S.D.S 44682
C.M.L 3758.

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 64550

Paciente: SOFIA VALENTINA HERNANDEZ CACERES
Edad: 1 año 5 meses 5 días
Nro. Historia: FHOI-508767
Responsable de Pago: MAIKELYS ELIMAR GUEVARA COLMENARES

C.I./ Pasaporte: V-19533815#1
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 0424-5670035
Rif: V-20389061#1
Fecha Elaboración: 22-11-2017

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización
Médico Tratante: ROLANDO ADOLFO HURTADO CARDENAS
Diagnóstico: LUXACION CADERA IZQUIERDA.-
Especialidad: ORTOPEDISTA
Procedimiento (s): NEOR.C1.36 Reducción Abierta de Luxación Congénita de Cadera:

Días Cama Hospitalización: 2

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVBCOSAN				
TRANSFUSION ADMINISTRADA	UND	354.000,00	2,00	708.000,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	149.700,00	1,00	149.700,00
Total SERVBCOSAN				857.700,00
SERVICIO DE QUIROFANO				
INSTRUMENTISTA POR HORA	UND	45.800,00	2,00	91.600,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	36.100,00	1,00	36.100,00
SERVICIO DE QUIROFANO POR HORA	UND	34.500,00	2,00	69.000,00
CONSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA	UND	34.500,00	1,00	34.500,00
CIRCULANTE DE ANESTESIA POR HORA	UND	30.500,00	2,00	61.000,00
CIRCULANTE DE CIRUGIA POR HORA	UND	30.500,00	2,00	61.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				353.200,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	100.000,00	2,00	200.000,00
ASISTENTE HOSPITALARIO	UND	72.300,00	1,00	72.300,00
MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALIZACION	UND	44.600,00	1,00	44.600,00
ASISTENTE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN HOSPITALIZACION POR DIA	UND	37.000,00	2,00	74.000,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	30.000,00	2,00	60.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION FUNDACIONAL	UND	20.000,00	2,00	40.000,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	16.600,00	1,00	16.600,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				507.500,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	8.750.000,00	1,00	8.750.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				8.750.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	6.000.000,00	1,00	6.000.000,00
Total FARMACOS				6.000.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				100.000,00
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

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: 02:04 PM
 Usuario: ESOSA
 Departamento: ADMINISTRACIÓN

RESIDENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS

CÉDULA DE IDENTIDAD

Barrio La Penitencia de esta Ciudad
 Jose Rafael Lora Hernandez



PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 64550

Total SERVICIO SALA DE YESO				100.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	16.500,00	1,00	16.500,00
CONSULTA DE FISIATRIA SUCESIVAS	UND	16.500,00	1,00	16.500,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				33.000,00
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	1,00	35.000,00
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	2,00	21.000,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				2.109.800,00

Total Hospital	16.931.200,00
Total Honorarios	2.109.800,00
Total General Presupuesto Bs.....	19.041.000,00

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.
 - b. Los pagos con cheques y/o transferencias de la totalidad del presupuesto estimado, deberá realizarlo (5) días antes de la fecha de ingreso.
 - c. En caso de pagar con cheque, favor emitirlo no endosable a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
 - d. NO RECOMENDAMOS traer sumas de dinero en EFECTIVO para realizar el depósito, ya que es un RIESGO para quien lo realice.

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: 02:04 PM
Usuario: ESOSA
Departamento: ADMINISTRACIÓN

RESIDENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS


CEDULA DE IDENTIDAD N°

Barrio La Penitencia de esta Ciudad
Jose Rafael Peña Hernandez



CARNET DE LA PATRIA
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

NOMBRES: EIRA DEL VALLE
APELLIDOS: HERNANDEZ CACERES
C.I: V19533815
F/ DE NACIMIENTO: 22/01/1990
F/ EMISIÓN: 29/04/2017



DIRECCIÓN HAB. CALLE 7, CON CARRETERA...
SOLICITA AYUDA ECONÓMICA PARA...
UN AÑO Y SEIS MESES DE EDAD, SEGUN...
(ANEXO: INFORME MEDICO Y PRESUPUESTO...)
Monto asociado a la Solicitud: 19541000.00
INTERVENCIONES QUIRURGICAS
FUNDACIÓN ALFARO...
SECCION DE...

CEDULA DE IDENTIDAD
V 19.533.815
APELLIDOS: HERNANDEZ CACERES
NOMBRES: EIRA DEL VALLE
MM552
Dante Rivas Director
22-01-90 SOLTERA
11-11-11 11-2021
VENEZOLANO



NOMBRES Y APELLIDOS: *Ismael y a Penelope de esta Ciudad*
Rose y Robert Penelope