

REPUBLICA DE VENEZUELA
CARTULA DE IDENTIDAD
V 18.101.336 021
GOMEZ JOTA
NOMBRES DEISY COROMOTO
Dante Rivas
Director
02/04/1986 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
01/03/2012 02/2022
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

FORME MÉDICO

Deinalys Julieth Garcia Gómez.

49-62-40

DRA. ELENA GALLARDO

14 AGOSTO 2017

MÉDICO TRAUMATÓLOGO
FECHA:

El Suscrito Medico Cirujano Traumatólogo y Ortopedista Infantil en actual ejercicio, hace constar que he evaluado al paciente Femenina, Lactante mayor, de 1 años 7 MESES de edad, de nombre. **Deinalys Julieth Garcia Gomez.** Quien consultó por presentar limitación para la marcha, y a la abducción de cadera IZQUIERDA y a la rotación de la misma, acompañada de Discrepancia de los miembros inferiores por acortamiento del miembro inferior izquierda. Con alteración para la marcha, siendo esta extrarotada izquierda. Pie plano valgo convexo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Displasia del desarrollo de cadera izquierda: sub luxación de cadera. Condición post quirúrgica.
Pie plano valgo convexo bilateral.

Se le indica control radiológico evidenciando sub luxación. Por lo que se indica **tratamiento quirúrgico:**

- 1.- Artrografía de cadera izquierda.
- 2.- Reducción cruenta de cadera.
- 3.- Osteotomía femoral varizante vs osteotomía pélvica de cadera.
- 4.- Espica de yeso.

Constancia que se expide por parte de la interesada.

Dra. Elena C. Gallardo
Cirujana Ortopédica
C.I. 10.216.053
MPPS: 545 - CMDP: 23673

Dra. Elena Gallardo
M.S.D.S: 48545
C.M.E.M: 23673
C.I: 10216053



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 60807

FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN Y PLACAS EN PABELLON	UND	81.650,00	1,00	81.650,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	50.000,00	1,00	50.000,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	15.500,00	1,00	15.500,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				147.150,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				100.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	450.000,00	1,00	450.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	450.000,00	1,00	450.000,00
ANESTESIOLOGO	UND	180.000,00	1,00	180.000,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	135.000,00	1,00	135.000,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.	UND	135.000,00	1,00	135.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	40.000,00	1,00	40.000,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	20.000,00	2,00	40.000,00
EVALUACION PRE- ANESTESIA	UND	18.200,00	1,00	18.200,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	12.000,00	1,00	12.000,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	7.500,00	3,00	22.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				1.484.200,00

Total Hospital	11.065.563,50
Total Honorarios	1.484.200,00
Total General Presupuesto Bs.....	12.549.763,50

NOTAS:

- 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.
- 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
- 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.
- Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en el presente presupuesto, los cuales son indispensables para las admisiones. Debe traer el presupuesto.
- Proceso de ingreso:
 - 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.
 - Los pagos con cheques y/ o transferencias de la totalidad del presupuesto estimado, deberá realizarlo (5) días antes de la fecha de ingreso.
 - En caso de pagar con cheque, favor emitirlo no endosable a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
 - NO RECOMENDAMOS traer sumas de dinero en EFECTIVO para realizar el depósito, ya que es un RIESGO para quien lo realice.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
YURI YEPEZ	
C.I.: V-16555872	C.I.:

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

Impreso: 05 de Octubre de 2017
Hora: 11:55 AM
Usuario: YYEPEZ
Departamento: ADMINISTRACION

Intervención Quirúrgica
Despacho
Guanare; 26 de octubre de 2017

Para: Gobernador de Edo - Portuguesa

Ciudadano: Rafael Calles.

Su Despacho.

DE: Daisy Gomez (Representante de la menor)

Asunto en el texto.

De Antemano Reciba un Cordial Saludo, Felicitandole por la Gran Gestión que inicia, deseando muchas bendiciones de Dios Para usted. Me dirijo en la oportunidad de Solicitar una ayuda para mi hija ya que nació con una Displasia del Desarrollo de cadera Izquierda Sub Luxación de cadera postquirúrgica, pie plano valgo convexo bilateral.

Necesita una operación en el Centro de Salud Fundación Hospital Ortopédico Infantil Caracas donde fue evaluada, siendo el monto del presupuesto actualizado de 12.549.763,50 Bs, situación que deseo solventar por el bienestar de mi bebe ya que dicha patología afecta el Desarrollo y crecimiento. Desde el 21 de agosto emité documentos ante la gobernación bajo ne Tac 11300 del cual no he recibido Respuesta, hoy solicito ante usted esta Ayuda para solventar la intervención de mi hija aunque sea un aporte esto me agradecería, soy madre soltera de 3 niñas, vivo incomoda en 2 piezas ya que el ingreso que recibo de mi trabajo es para la manutención de ellas.

Agradeciendo su Ayuda Anexo informe Medico y presupuesto sin más que decir me despido esperando pronta Respuesta.

Dirección: Barrio Miguel

Antoni Vazquez.

Casa N° 13 calle N° 1

Corre: gomezdaisy@hotmail.com.

Carnet de la patria

Código: 0005914553.

Atte:
Daisy Gómez

CI: 18.101.336

Tel: 0426-2545421

0416-8335163

0416-0101515



TAF 8423