



Dr. Ángel Gásperi
Cirujano Pediatra
R.I.F. V-04239247-9

CONTROL DE NIÑOS SANOS - CIRUGIA PEDIATRICA
CENTRO MEDICO PORTUGUESA

Carrera 4 al lado de la Concha Acústica, 1er. Piso Consultorio N° 11

Informe Médico

Paciente: Josmarly Betzabeth Montilla Principal.

Se trata de Lactante menor femenina de 19 Días de edad, quien presenta al momento de su nacimiento Labio Hendido Completo Izquierdo que dificulta la deglución.

Al examen físico se evidencia Hendidura Labial Completa Izquierda, que compromete piso nasal y proceso alveolar Izquierdo.

Por lo anterior consideramos que el paciente amerita a la brevedad de Nasoqueloplastia Izquierda, bajo anestesia general.

Diagnóstico: Labio Hendido Completo Izquierdo.

Fecha:

Atte:


Dr. Ángel Gásperi
CIRUGIA PEDIATRICA
M.P.P.S. 17254 C.M. 556
C.I. 4.289.247 RIF. V-04239247-9

Angel Gásperi
Cirugía Pediátrica
M.P.P.S. 17254 C.M. 556

Teléfonos: Consultorio: 0257-2533892 Cel: 0414-503.0156- Email: angasperi45@gmail.com
Guanare Estado Portuguesa



Gobierno Bolivariano
de Venezuela.

Ministerio del Poder Popular
para las Comunidades y los Movimientos Sociales

Ticket 6881

Camarada:

T.S.U: Rafael Calles

Gobernador del Estado Portuguesa

Primeramente reciba un cordial saludo revolucionario y Socialista la oportunidad es de hacerle el siguiente planteamiento y solicitud.

Soy el **Lcdo. Francisco Hernández** Revolucionario y Fiel al Legado de Nuestro Máximo Líder Hugo Rafael Chávez Frías. Soy CLAP y vocero del consejo comunal de la urb. Manuel Piar de Guanare Estado Portuguesa en la unidad de Deporte y Asuntos Juveniles y coordinador de UBCH (C.I.D.V) como Activador Productivo Soy Coordinador general del estado portuguesa del Frente de Izquierda Revolucionario "Alberto Müller Rojas". Coord. En infraestructura del Ezequiel Zamora Polideportivo del sector los próceres y coord. De Guanare de la Comunidad de Naciones Defensoría de los Derechos Humanos. Lo siguiente es para informar la lucha que venimos ejerciendo en la Asamblea Viviendo Venezolano Ezequiel Zamora Polideportivo con nuestra camarada **Lcda. Mayerly Aguilar** UBCH, CONSEJO COMUNAL, CLAP y Luchadora Social como presidenta y líder de nuestra lucha y del sector por una vivienda digna que la venimos luchando hace 12 años y seguimos en la lucha a mediados de agosto veníamos recibiendo material granular para conformar las terrazas de nuestro urbanismo gracias al ex gobernador hoy V/A, Reinaldo Castañeda conjuntamente con la empresa Esinsep ya que nuestro proyecto habitacional de 75 viviendas unifamiliares directamente del Ministerio de Vivienda y Hábitat se nos aprobó en una primera etapa la cantidad de 50 vivienda consolidando 10 terrazas con el material granular recibido queremos pedir de su apoyo para la continuación de las 40 terrazas restantes por eso acudimos a sus servicios. Cabe destacar e informar que la siguiente solicitud es para el material granular de las 40 terrazas restante y las maquinaria a necesitar como lo es el Patrol y la Vibro.

Sin más a que hacer referencia y esperando una respuesta positiva nos despedimos dándoles las gracias y nada más que desearle lo mejor en su nueva gestión y decirle que esta cordialmente invitado a nuestra asamblea y que cuenta con todo nuestro apoyo

Lcda. MAYERLY AGUILAR

CI. 17.002.454

TELF: 0416-0557110

Lcdo. FRANCISCO HERNANDEZ

CI. 14.731.821

TELF: 0426-4568161

Ciudadano Gobernador Rafael Calle
Su Despacho.

Guamare, 08 / 11 / 2017



Reciba un Cordial Saludo Republicano de parte de una
Compatriota, que necesita de su ayuda, soy una madre
soltera con 2 hijos menores la cual solicito su colaboración
ya que mi hija nació con Hendidura Labial Izquierda
y por ese motivo lo molesto pues el antiguo Gobernador
me dio una ayuda favorable pero no me alcanza para
cubrir los gastos de la operación y hasta el Sábado
11 de noviembre del 2017, me dio el Doctor chance
para que el presupuesto no suba más, por tal
motivo le pido de su Valiosa ayuda y este
presupuesto que le van es hasta los 3 meses de
edad de mi hija y el Viernes 10-11-2017
Cumple los 3 meses de edad le pido de Corazón
que me ayude con 760 mil bolívares que es
lo que me hace falta para terminar de
pagar el gasto de la operación espero su
próxima respuesta que de verdad necesito esa
ayuda.

Me despido de usted, esperando su Valiosa
Colaboración al respecto y deseándole éxito republicano
en la buena gestión que esta comenzando.

ffs

0416-0504379

Vannori Principal

Barrio Las Americas Calle # 3 Con Av 5 de Mayo.

Ticket 6900

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 21.180.108

MM756
Anabel Jiménez
Directora

APELLIDOS PRINCIPAL INFANTE
NOMBRES YANNORI CAROLINA

Yannori C. Principal I

24-10-82 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

27-04-16 04-2026
F. EXPIRACIÓN F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



**CAPRELLANOS**

CASA DE PREVISION SOCIAL DE LOS
TRABAJADORES DE COLOMBIA
R.L.P. 1-8559749
SECTOR FAMILIAR 111

PRESUPUESTO Nro.: 5832
FECHA: 30/10/2017

Nombre del Paciente: JOSMARLY MONTILLA C.I.: Edad: 2 MESE
Titular:
Dirección: GUANARE Teléfono: 0416-0504379
Médico Tratante: ANGEL GASPERI Hab. Nro.:
Intervención/Trat: NARQUEILOPLASTIA

SERVICIOS CLINICOS

103 MEDICO RESIDENTE DIARIO	1 DIA	BSF. C/U	3,900.00
105 SERVICIO DE ENFERMERIA DIURNO	1 DIA	BSF. C/U	3,900.00
107 HISTORIA CLINICA		BSF. C/U	3,900.00
109 MEDICINAS S/C		BSF. C/U	550,000.00
110 MATERIAL MEDICO QUIRURGICO S/C		BSF. C/U	850,000.00
111 SALA DE OBSERVACION		BSF. C/U	3,900.00
134 SERVICIO DE CAMARERA	1 DIA	BSF. C/U	3,900.00

Sub-Total..... 1,419,500.00

SERVICIOS QUIRURGICOS

201 DERECHO QUIROFANO		BSF. C/U	7,800.00
203 ENFERMERIA INSTRUMENTISTA 1		BSF. C/U	75,000.00
204 ENFERMERIA CIRCULANTE 1		BSF. C/U	75,000.00
205 USO DEL MONITOR FUNCIONAL		BSF. C/U	4,000.00
208 USO DEL ELECTROBISTURI		BSF. C/U	3,900.00
209 SALA DE RECUPERACION		BSF. C/U	1,950.00
210 INSTRUMENTAL QUIRURGICO		BSF. C/U	5,200.00
217 OXIGENO Y AIRE COMPRIMIDO X HORA		BSF. C/U	19,000.00
251 PROC. DE DESECHOS BIOLOGICOS		BSF. C/U	10,700.00
252 ESTERELIZACION DE MATERIAL Q.		BSF. C/U	3,000.00

Sub-Total..... 205,550.00

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BSF. C/U 00

Sub-Total..... 00

HONORARIOS A TERCEROS

401 CIRUJANO PRINCIPAL		BSF. C/U	700,000.00
402 AYUDANTE		BSF. C/U	280,000.00
403 ANESTESIOLOGO		BSF. C/U	350,000.00
404 MEDICO RECUPERADOR		BSF. C/U	50,000.00

Sub-Total..... 1,380,000.00

Total Presupuesto..... 3,005,050.00

FIRMA AUTORIZADA
C.P. J-08507329-9

NOTA: EN CASO DE CANCELAR CON CHEQUE FAVOR EMITIR A NOMBRE DE CAPRELLANOS, 5 DIAS ANTES DE LA CIRUGIA, FAVOR PRESENTAR ESTE PRESUPUESTO AL MOMENTO DEL INGRESO; ESTA SUJETO A CAMBIOS EN CUANTO A MATERIALES Y MEDICINAS, ESTO DE ACUERDO A LA EVOLUCION DEL PACIENTE SON VALORES APROXIMADOS.

Carrera 13 con Calle 7, Barrio Maturín II - Teléfono: (0257) 253.07.51 - RIF: J-08507329-9

Correo Electrónico: cncaprellanos@gmail.com - Pagina Web: www.caprellanos.com

010203-46520000055929 BCO VENEZUELA CTA CORRIGIEND

1. Menos de un año

2. Un año y más

¿Cuántos?

town

6. Número de hijos:

03

1. Menos de un año

2. Un año y más

3. Más de un año

Grado

Año



Certificado de Nacimiento EV - 25

"Requisito indispensable para la formalización del Acta de Nacimiento"

29-99-11

LUGAR DE OCURRENCIA	NOMBRE DEL CENTRO/HOSPITAL: <u>Dr. Miguel Orosa</u>							
ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	APELLIDO(S) DEL NIÑO(A): <u>Principal</u>							
MUNICIPIO: <u>Guanare</u>	NOMBRE(S) DEL NIÑO(A): <u>Josmarly Betzabeth</u>							
PARROQUIA: <u>Guanare</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>10/08/2014</u>		HORA: <u>AM</u>	PM: <u>3:30pm</u>	SEXO: <u>M</u>	TALLA: <u>50</u>	PESO AL NACER (gr): <u>2400</u>	
LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Guanare</u>								

DATOS DE LA MADRE	
APELLIDOS: <u>Principal Infante</u>	NOMBRES: <u>Jannari Carolina</u>
Cédula de Identidad: <u>21.100.108</u>	

DATOS DEL PADRE	
APELLIDOS: <u>Montiel Nieto</u>	NOMBRES: <u>Luis Francisco</u>
Cédula de Identidad: <u>25.318.396</u>	

DIRECCIÓN HABITUAL DE LA MADRE		DIRECCIÓN HABITUAL DEL PADRE	
ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>	ENTIDAD: <u>Portuguesa</u>
MUNICIPIO: <u>Guanare</u>	MUNICIPIO: <u>Guanare</u>	MUNICIPIO: <u>Guanare</u>	MUNICIPIO: <u>Guanare</u>
PARROQUIA: <u>Bo. Las Americas</u>	PARROQUIA: <u>Bo. Las Americas</u>	PARROQUIA: <u>Bo. Las Americas</u>	PARROQUIA: <u>Bo. Las Americas</u>
LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	LOCALIDAD/COMUNIDAD: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>
DIRECCIÓN: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	DIRECCIÓN: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	DIRECCIÓN: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>	DIRECCIÓN: <u>Calle 1 con Av. S de Mayo</u>

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO(A) RESPONSABLE Y PARTERO(A): <u>Kepez Uolera</u>	Cédula de Identidad: <u>18.538314</u>	N° MPPS: <u>110499</u>

SECCIÓN I. DATOS DEL NACIMIENTO		7. Durante el embarazo ¿Asistió a Consulta Prenatal?		6. Ocupación Habitual:	
1. Nacimiento ocurrido en:		1. <input checked="" type="radio"/> Sí ¿Cuántas? <u>9 veces</u>		2. <input checked="" type="radio"/> No	
1. <input checked="" type="radio"/> Hospital		8. Sabe leer y escribir:		7. Profesión:	
2. <input type="radio"/> Clínica		1. <input checked="" type="radio"/> Sí		2. <input type="radio"/> No	
3. <input type="radio"/> Casa		9. Nivel educativo y último grado o año aprobado:		8. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena?	
4. <input type="radio"/> Otros → Especifique: _____		1. <input type="radio"/> Ninguno		1. <input type="radio"/> Sí ¿Cuál? _____	
2. Tipo de Embarazo:		2. <input type="radio"/> Pre-escuela		2. <input checked="" type="radio"/> No → (Continúe con la siguiente Sección)	
1. <input checked="" type="radio"/> Único		3. <input type="radio"/> Básica		9. ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena?	
2. <input type="radio"/> Múltiple → Especifique: _____		4. <input type="radio"/> Media, Diversificado o Profesional		1. <input type="radio"/> Sí	
3. Tipo de Parto:		5. <input checked="" type="radio"/> Superior		2. <input checked="" type="radio"/> No	
1. <input type="radio"/> Vaginal		6. <input type="radio"/> Ignorado			
2. <input checked="" type="radio"/> Cesárea		10. Ocupación Habitual:			
3. <input type="radio"/> Instrumental		11. Profesión:			
4. <input type="radio"/> Ignorado		12. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena?			

SECCIÓN II. DATOS DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO (a)		SECCIÓN III. DATOS DEL PADRE AL NACER EL NIÑO (a)	
1. Lugar de nacimiento:		1. Lugar de nacimiento:	
1. <input checked="" type="radio"/> En Venezuela: <u>Portuguesa</u>		1. <input checked="" type="radio"/> En Venezuela: <u>Portuguesa</u>	
2. <input type="radio"/> En el Exterior: _____ País: _____		2. <input type="radio"/> En el Exterior: _____ País: _____	
2. Fecha de nacimiento:		2. Fecha de nacimiento:	
Día: <u>24</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>1992</u>		Día: <u>23</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>1990</u>	
3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):		3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):	
25 años		26 años	
4. Situación conyugal actual:		4. Sabe leer y escribir:	
1. <input type="radio"/> Soltero		1. <input checked="" type="radio"/> Sí	
2. <input checked="" type="radio"/> Casada		2. <input type="radio"/> No	
3. <input type="radio"/> Divorciada		5. Nivel educativo y último grado o año aprobado:	
4. <input type="radio"/> Viuda		1. <input type="radio"/> Ninguno	
5. <input type="radio"/> Unida		2. <input type="radio"/> Pre-escuela	
6. <input type="radio"/> Separada		3. <input type="radio"/> Básica	
5. Años de matrimonio o unión:		4. <input type="radio"/> Media	
1. <input type="radio"/> Menos de un año		5. <input type="radio"/> Superior	
2. <input checked="" type="radio"/> Un año y más (Cuántos?) <u>7 años</u>		6. <input type="radio"/> Ignorado	

SECCIÓN IV. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN V. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN VI. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN VII. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN VIII. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN IX. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

SECCIÓN X. DATOS DEL REGISTRO CIVIL	
1. Lugar de Registro:	
Entidad Federal: _____	
Municipio: _____	
Parroquia: _____	
Localidad: _____	
2. Fecha de Registro:	
Día: <u>25</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2012</u>	
3. Número de Acta de Nacimiento:	
4. N° Tomo:	
5. N° Folio:	
6. N° Libro:	

ORIGINAL MADRE O PADRE