



FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 6 de Diciembre de 2011

Paciente: *Andrés Correia Gebran*
Historia: 258445

Paciente masculino de 4 años de edad quien es conocido portador de disfunción motora sub tipo diplejía espástica.

Al examen físico se aprecia marcha independiente, intrarrotada derecha con deformidad en valgo de ambos pies, Anteversión femoral. Angulo muslo pie en rotación neutra. Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos. Maniobra para tensión de aductores positiva 3. Contractura en flexión de rodilla corregida 40 grados, contractura en flexión de caderas, rodilla rígida con pobre rango de flexo extensión.

Radiologicamente ángulo astrágalo horizontal 45 grados. Anteversión femoral, sub luxación de caderas. Pie plano. Se realiza laboratorio de Marcha para comprobar hallazgos y diseñar plan quirúrgico.

Se le sugiere realizar resolución quirúrgica con ALARGAMIENTO DE ISQUIOTIBIALES BILATERAL, ALARGAMIENTO DE AQUILES SEGÚN PUDU (APONEURECTOMÍA DE GEMELOS), CAPSULODESIS TALO ESCAFOIDEA CON RECONSTRUCCION ARTICULAR Y CALCANEOS STOP BILATERAL

Posterior a lo cual debe realizar un proceso de rehabilitación especializada para inicio de marcha y uso de ortesis AFO efecto UCBL, en espera de evolución de marcha.



Dr. Ricardo Trevisán P.

S.A.S. 30.543
C.M.D.F.: 23.161

Dr. Ricardo L. Trevisán P.

**FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL**

Av.Andres Bello - Caracas 1050 - Venezuela - Apartado 5.889

CENTRAL TELEFONICA: MASTER (0212) 5094411

R.I.F: J-00168870-6

PORTAL: www.ortopedicoinfantil.org.ve

CORREO: presupuesto2@fhoi.org

CARACAS, 06 DICIEMBRE DEL 2011

PRESUPUESTO ESTIMADO NRO: 00054347

PACIENTE : CORREIA ANDRES (1) HISTORIA NRO: 258445
 MEDICO : DR. Trevisan Ricardo
 DIAGNOSTICO : DIPLEJIA ESPASTICA
 PLAN QUIRURGICO: ALARGAMIENTO ISQUIOTIBIALES (B), A A BILATERAL, CAPSULODESISMEDIAL AMBOS PIES, CALCANEOS STOP (B), TOXINA BOTULINICA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	SUB_TOTAL	TOTALES
QUIROFANO				
QUIROFANO (Hora 1ra)	1,00	436,00	436,00	
QUIROFANO (Hora adicional)	2,00	327,00	654,00	
SUMINISTROS MEDICOS QUIRURGICOS	3,00	1.400,00	4.200,00	
FARMACOS	3,00	700,00	2.100,00	
				> 7.390,00
HOSPITALIZACION				
SERVICIO INTEGRAL EN HOSPITALIZACION "A"	2,00	1.220,00	2.440,00	
				> 2.440,00
REQUERIMIENTOS				
LABORATORIO	1,00	208,00	208,00	
RADIOLOGIA	1,00	208,00	208,00	
ESTUDIOS PRE-OPERATORIO	1,00	545,00	545,00	
YESOS, CURAS, RETIRO DE YESOS, ETC	1,00	800,00	800,00	
AMPOLLA DYSPORT	2,00	2.700,00	5.400,00	
				> 7.161,00
MATERIALES				
TORNILLO	6,00	150,00	900,00	
FERULAS AFO	2,00	1.600,00	3.200,00	
				> 4.100,00
HONORARIOS MEDICOS				
CIRUJANO	1,00	4.500,00	4.500,00	
CIRUJANO	1,00	4.500,00	4.500,00	
2do AYUDANTE	1,00	1.350,00	1.350,00	
ANESTESIOLOGIA	1,00	1.800,00	1.800,00	
PEDIATRIA	1,00	1.050,00	1.050,00	
ANESTESIOLOGIA (SAP)	1,00	590,00	590,00	
TECNICO RADIOLOGO	1,00	250,00	250,00	
2DO AYUDANTE	1,00	1.350,00	1.350,00	
INSTRUMENTAL ESPECIAL	1,00	1.500,00	1.500,00	
TIPEAJE:	1,00	200,00	200,00	
FISIATRIA CONSULTA	2,00	70,00	140,00	
FISIOTERAPEUTA SESIONES	20,00	70,00	1.400,00	
INSTRUMENTISTA + 2 CIRCULANTES QUIROFANO	3,00	345,00	1.035,00	
SERVICIO PERIOPERATORIA	1,00	435,00	435,00	
				> 20.100,00



TOTAL HOSPITAL: 21.091,00 TOTAL HONORARIOS: 20.100,00 TOTAL PRESUPUESTO: 41.191,00

Elaborado por : _____
 Revisado por : _____

Fecha : 06/12/2011
 Impresión: 06/12/2011

VIGENCIA: 90 DIAS , CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL PRESENTE PRESUPUESTO



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

Av. Andres Bello - Caracas 1050 - Venezuela - Apartado 5.889

CENTRAL TELEFONICA: MASTER (0212) 5094411

R.I.F : J-00168870-6

PORTAL: www.ortopedicoinfantil.org.ve

CORREO: presupuesto2@fhoi.org

CARACAS, 06 DICIEMBRE DEL 2011

INFORMACION IMPORTANTE

Quien desee contribuir a la cancelación de este Presupuesto agradecemos emitir cheque NO ENDOSABLE a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL, o comunicarse a los siguientes telefonos...
PRESUPUESTO: 0212-5094537 / CREDITO Y COBRANZA: 0212-5771398 / ADMISION: 0212-5094465

RECUERDE

- 1.- Los COSTOS de HOSPITALIZACION pueden variar sin previo aviso.
- 2.- Traer COPIA del Presupuesto.
- 3.- PROCESO de INGRESO:
 - a. Al venir amparado por Poliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL y COPIA con sello humedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES. El representante deberá consultar con el Departamento de CREDITO y COBRANZAS las Instituciones de Seguro que acepta la Institución.
 - b. Si NO posee Seguro deberá cancelar cinco (5) dias antes del Ingreso el TOTAL del PRESUPUESTO EXCLUSIVAMENTE EN CHEQUE DE GERENCIA o CHEQUE NO ENDOSABLE conformable a nombre de ... FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL
 - c. NO RECOMENDAMOS traer sumas de dinero en EFECTIVO para realizar el deposito ya que es un RIESGO para quien lo realice.
- 4.- En caso de existir luego de la intervención un saldo a favor del PACIENTE o INSTITUCION que aportó la ayuda se emitirá un cheque NO ENDOSABLE de reintegro a quien corresponda.
- 5.- 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.

Caracas, 06 DICIEMBRE de 2011

referencia: 00054347