



MARACAY 13 DE OCTUBRE DE 2023

PACIENTE: JOSE JAVIER URIOLA ROJAS

EDAD: 53 AÑOS

CEDULA: 9.995.160

INFORME MEDICO

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS QUIEN REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE TRES MESES PRESENTANDO DOLOR PERINEAL Y LUMBAR DE FUERTE INTENSIDAD IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CON VALORES DE PSA TOTAL 83 NG/ML PSA LIBRE 29 NG/ML RELACION 0,38 % Y TACTO CON VOL PROSTATICO GRADO II-III DE CONSISTENCIA PETREA. TIENE ESTUDIO DE RESONANCIA Y TOMOGRAFIA DONDE SE REPORTA LESION DE ASPECTO LITICO A NIVEL L3-L4 Y L5-S1 ASI COMO INFILTRACION DE VESICULAS SEMINALES POR MT.

EN VISTA DE LO ANTERIOR SE DECIDE REALIZAR BIOPSIA DE PROSTATA LA CUAL TIENE UN COSTO APROXIMADO DE 250 DOLARES CON SU PREPARACION PARA EL PROCEDIMINETO

DR. William R. Bastia C.
M.D., 55387 CMA# 6,244
UROLÓGICO
MSD# 37,386 RIF V-08737386-8
DR. WILLIAM R. BASTIA



INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE BIOPSIA DE PROSTATA

NOTA: DEBE HABER SUSPENDIDO CUALQUIER TIPO DE ANTICOAGULANTE (ASPIRINA, HEPARINA ,ETC)
ASI COMO VITAMINE E, OMEGA 3 , DAFLON, CLOPIDROGEL , CON 20 DIAS DE ANTELACION

*DEBE CENAR LIGERO EL DIA ANTERIOR AL ESTUDIO

***COLOCAR UN ENEMA RECTAL A LAS 11.00 PM EL DIA ANTERIOR A LA
BIOPSIA Y 5 AM EL DIA DE LA BIOPSIA**

***COMENZAR CON LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS EL DIA
ANTERIOR A LA BIOPSIA**

*AMIKACINA UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR

*METRONIDAZOL 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

*CICLOKAPRON TAB : 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

*PROFENID TAB 150 MGR: 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

*IFOS TAB 750 MGR . UNA TABLETA DIARIA POR 10 DIAS. (O CUALQUIERA DE LOS ANTIBIOTICOS INDICADOS)

INDICACIONES EL DIA DE LA BIOPSIA:

*COLOCAR UN ENEMA RECTAL A LAS 6 .00 AM

*DESAYUNAR LIQUIDOS (JUGOS)

*COLOCAR 1 AMPOLLA DE AMIKACINA INTRAMUSCULAR .

*ACUDIR A LA CITA DE LA BIOPSIA CON UN FAMILIAR

INDICACIONES POSTERIOR A LA BIOPSIA:

*DEBE CONTINUAR TOMANDO LOS MEDICAMENTOS

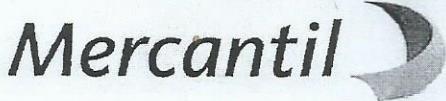
*CONTINUAR CON SU ALIMENTACION HABITUAL

*INGERIR ABUNDANTES LIQUIDOS

*ACUDIR A UN CENTRO DE SALUD SI PRESENTA FIEBRE O HEMORRAGIA(SANGRAMIENTO EXCESIVO)

*VENIR EN 20 DIAS A LA ENTREGA DE RESULTADO ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR





SR(ES) :
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Presente.-

Estimados Señores :

A solicitud de la parte interesada hacemos constar que **SOCIEDAD ANTICANCEROSA DEL ESTADO ARAGUA**, Doc.Id./RIF. J-302240972 es cliente de nuestro instituto desde el 19 de Junio de 1997.

Mantiene Depósitos en Cuenta Corriente con saldo promedio de SEIS (6) cifras REGULARES.

CUENTA... 0105 0190 37 1190044838

Constancia que se expide a los 25 días del Mes de Octubre de 2023, y tiene una vigencia de 30 días contados a partir de la presente fecha.

BANCO MERCANTIL

OFICINA LAS DELICIAS II

MABEL A. SUAREZ S.
Firma Alceza. (M-1212)

Apartado de Correos No. 789, Caracas 1010-A. Teléfono: 503.1111.
Centro de Atención al Cliente: (02) 503.24.24 503.23.23. Dirección Internet: www.banco_mercantil.com
Banco Mercantil C.A. S.A.C.A (Banco Universal). Caracas - Venezuela RIF J-302240972

Mercantil
OFICINA LAS DELICIAS



Nº Presupuesto: 19135 Nº Historia: 0
Paciente: JOSÉ JAVIER URIOLA ROJAS C.I: 9995160
Titular Poliza: JOSÉ JAVIER URIOLA ROJAS
Seguro: PARTICULAR

Fecha: 22/11/2023 03:06:30p.m.

Tipo: QUIROFANO
Telf: 04169485458

RIF: J-30224097-2

Tlf: 0243-2415519/2427225/2425066

Dirección: CALLE MONSEÑOR FELICIANO GONZALEZ LOCAL NRO S/N URB. LA FLORESTA MARACAY EDO. ARAGUA.

Medico Tratante: BASTIA C., WILLIAM RAFAEL

Diagnóstico: BIOPSIA PROSTATICA

Observaciones: ATENCIÓN A: FUNDACIÓN PUEBLO SOBRERANO LIC BRICEÑO BLANCO

Precio Referencial: 35,41

PRESUPUESTO

Servicio Clinica

Cantidad	Descripción	Monto Unidad Bs	Total Bs.	Total \$
1	BX UROLOGIA	Bs 354,10	Bs 354,10	\$ 10,00
1	PESQUISA (ARLENE MONTILLA)	Bs 354,10	Bs 354,10	\$ 10,00
1	BX PROSTATA (BASTIA W)	Bs 6.196,75	Bs 6.196,75	\$ 175,00
1	INSUMOS (UROLOGIA)	Bs 1.062,30	Bs 1.062,30	\$ 30,00

Total Servicio Clinica Bs 7.967,25 \$ 225,00

Servicios Clinica:	Bs 7.967,25	\$ 225,00
Honorarios Profesionales:	Bs 0,00	\$ 0,00
Subtotal:	Bs 7.967,25	\$ 225,00
Descuento :	Bs 0,00	\$ 0,00
TOTAL:	Bs 7.967,25	\$ 225,00

DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTOS CONTROL DE CITAS

* Se requiere la cancelación total para el inicio del tratamiento. De acuerdo con disponibilidad del equipo

* Formas de Pago: Depósitos bancarios, transferencias bancarias, tarjeta de crédito o débito.

* Las transferencias o depósitos deben ser emitidos a nombre de: SOCIEDAD ANTICANCEROSA DEL ESTADO ARAGUA. RIF: J-30224097-2 en la siguiente cuenta bancaria:

* Banco Mercantil. Cuenta Corriente N° 01050190371190044838

* EL PRECIO ESTA SUJETO A CAMBIO SIN PREVIO AVISO

