



ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA

REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA RECIBIR UNA VÁLVULA DE HIDROCEFALIA

1. **FORMULARIO DE SOLICITUD.** - El formulario de solicitud se encuentra en nuestra dirección de la página web: www.rotarychuquiagomarka.org. Todos los datos deben estar completamente llenados. Para el interior del país, remitir vía internet. Para la ciudad de La Paz y El Alto, entregar físicamente en las oficinas del club.
2. La familia solicitante y/o el Club Rotario auspiciador deben aportar la suma de Bs. 250. - (Doscientos cincuenta 00/100 Bolivianos) para gastos administrativos y depositar en la siguiente cuenta bancaria:

Banco	Banco Nacional de Bolivia S.A.
No. de cuenta Corriente:	100-0297808
A la orden de	Ricardo Sánchez C.I. 2287053 LP Titular Principal de la cuenta
Monto en bolivianos (Bs.-).	250.00.- (Doscientos cincuenta 00/100 bolivianos)

3. Contactos: El formulario de solicitud, la receta médica original, las fotocopias de cédula de identidad de los padres o responsables, la fotocopia de cédula de identidad o certificado de nacimiento del paciente, el comprobante de depósito bancario y la fotografía del estado actual del paciente impresa, deberán ser enviados en formato pdf o jpg, a la dirección de email:

contacto@rotarychuquiagomarka.org
yukiohas@gmail.com

(Los documentos originales deben enviarse vía courier a oficinas del Rotary Club Chuquiago Marka (ver dirección del club en punto 8.-).

- 4.- **ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA.** - Una vez Recibida la solicitud, se procederá a la revisión y análisis. En caso de ser aprobada la solicitud, se enviará la válvula vía courier al Club solicitante. Es imprescindible que los datos de contacto sean correctos (nombre de contacto, dirección, número de teléfono, ciudad).
5. El responsable del Club solicitante entregará la válvula al médico o responsable del Hospital/Clínica donde se realizará la operación, haciendo firmar un recibo de recepción, el mismo que deberá ser remitido al a las oficinas de Rotary Club Chuquiago Marka.



**ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA**

Por recomendaciones de La Fundación Rotaria y de nuestros clubes patrocinadores se deberá tomar una **FOTO PRE y POST OPERATORIO** del paciente y enviarlas junto al recibo de entrega de la válvula, para proceder a completar la documentación de cada solicitud.

6. **EL HOSPITAL/CLÍNICA** donde se realizó la operación/colocación de la válvula debe enviar de manera obligatoria, mediante el Club solicitante, al Rotary Club Chuquiago Marka la siguiente documentación:

- Informe médico o copia del protocolo operatorio en el que conste la colocación de la válvula donada.
- Fotocopia del alta médica y epicrisis en la que conste la colocación y estado de funcionamiento de la válvula.

Cualquier documento de respaldo presentado debe llevar la firma y sello del Neurocirujano y/o Jefe de Servicio.

En caso de que el Club/Hospital no envíe los informes solicitados perderá el derecho a solicitar nuevas válvulas.

7.- **EL CLUB SOLICITANTE.** - Es responsable en caso de pérdida o daño de la válvula después de recibida, debiendo realizar la reposición total de la suma de \$us 371.00 (Trescientos setenta y uno 00/100 dólares americanos) por unidad.

8.- **INFORMACIÓN ADICIONAL.** Cualquier información o consulta favor dirigirse a las oficinas de:

ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA
Edificio Capitán Ravelo, 2do. subsuelo
Calle Capitán Ravelo No. 2101 esquina Montevideo
Zona Sopocachi – La Paz
Tel/Fax: 02- 244-5825
(09:00 a 14:00 horas de lunes a viernes)
Vía WhatsApp: +(591-69880380)

Comunicarse con los Coordinadores del Proyecto:

- Yukio Hasegawa -----celular/WhatsApp 732-24206
- Mercedes Luque -----celular/WhatsApp 700-46936
- Ricardo Sánchez -----celular/WhatsApp 773-53773

Los datos deben ser exactos

*Rotary Club Chuquiago Marka se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de las válvulas”.



**ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
 PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA**

SOLICITUD DE VÁLVULA PARA HIDROCEFALIA

I. DATOS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:

Lugar y fecha de nacimiento:
 Lugar día mes año edad

Nombre del Padre/Esposo:

Nombre de la Madre/Esposa:

Lugar de Trabajo:

Ingreso mensual de la familia: Bs. _____ (.....)

Dirección actual:

.....

Ciudad:

Croquis de ubicación del domicilio actual:

Dos números de teléfono o de referencia: _____

Juro la exactitud de los datos, adjuntando fotocopias de las células de identidad.

Firma.....:
 Nombre.....
 C.I.
 Parentesco

Firma.....
 Nombre.....
 C.I.
 Parentesco

Lugarde de



ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA

II. DATOS DEL HOSPITAL /CLÍNICA:

Nombre del Hospital o Clínica donde se colocará la válvula:

Dirección y Teléfono del Hospital/Clínica:

Nombre del Neurocirujano y Matricula:

Diagnóstico:

.....

Tipo de Válvula solicitada:

NOTA: EL BANCO DE VALVULAS SOLO DISPONE DE VALVULAS DE: “PRESION MEDIA”, en los tamaños: ADULTO (Adulto 16 mm), SMALL (12 mm) y ULTRA SMALL.

El Hospital/Clínica se compromete a cumplir las disposiciones mencionadas en el formulario de requisitos del Rotary Club Chuquiago Marka.

Firma Director del Hospital
Sello

Firma Jefe de Servicio
Sello

Firma Neurocirujano
Sello

Lugar de de



ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA

III. INFORME DE TRABAJO SOCIAL:

Información completa y detallada sobre situación o condición económica del paciente. Verificar la dirección actual y otra información relevante de Trabajo Social.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre Trabajador/a Social:

Teléfono fijo o celular:

Firma: Sello

Lugar de de



**ROTARY CLUB CHUQUIAGO MARKA - LA PAZ, DISTRITO 4690 - BOLIVIA
PROYECTO DISTRITAL - BANCO DE VALVULAS PARA HIDROCEFALIA**

IV. VERIFICACIÓN DEL CLUB ROTATORIO SOLICITANTE:

Nombre del Club:

Nombre del responsable:

Dirección:

Ciudad:

Número/s de teléfono:WhatsApp:

Dirección E-mail:

El Club Rotario solicitante debe revisar los datos del formulario de solicitud:

- | | | | |
|--|------------|--------|--------|
| 1.- Datos de la familia del paciente: | Verificado | SI () | NO () |
| 2.- Datos del Hospital / Clínica? | Verificado | SI () | NO () |
| 3.- Datos del Informe del Trabajador Social? | Verificado | SI () | NO () |
| 4.- Aporte de Bs. 250.- Se adjunta una fotocopia de depósito realizado | Verificado | SI () | NO () |
| 5.- Foto del paciente..... | Verificado | SI () | NO () |

El Club Rotario solicitante se compromete a cumplir las disposiciones mencionadas en el formulario de requisitos del Rotary Club Chuquiago Marka.

Firma y Nombre del presidente del Club

Firma y Nombre del Responsable Programa en el Club

Lugar y fecha de de