Operation YADAAA TUST-UPEKATUKIO Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: -Fecha: _____ Nombre de Evaluador: Lugar: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPI Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugia: Original H. Actual H. Clínica # Clínica # (si aplicable) ☐ FLU □ FLB □ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: \square Otro: Sexo: DM DF Día / Mes PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES Fisura Labial □ Infección No □ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular No Complicaciónes cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) . □ 2^{da} cirugía □ Otro: ______ ☐ Fisura Palatina □ No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: □ l^{era} cirugía Complicaciónes □ No Fistula □ 2^{da} cirugia ☐ Pre-Alveolar ☐ Infección ☐ Post-Alveolar ☐ Union de paladar primario & secundario ☐ Otro: ☐ Paladar Duro ☐ Paladar Blando ☐ Union de paladar duro con paladar blando ☐ Tamaño de Fístula ☐ Fístula Sintomática ☐ Injerto Piel □ No ☐ Infección □ Otro: ☐ Pérdida injerto Complicaciónes ☐ Colgajo ☐ No ☐ Infección Otro: ☐ Necrosis Colgajo Complicaciónes Otro Proc: □ No ☐ Infección ☐ Orto compliaciónes o comentarios: Complicaciónes ☐ Posibilidad de cirugía ☐ Pediatría □ T. Lenguaje ☐ Dental ☐ Obturador DISPOSICION ☐ Ortodoncia □ ORL ☐ Genética ☐ Psicología ☐ Otro: Información Post-Operatoria T. Lenguaje Información Odontológica

Ha recibido tratamiento de T. Lenguaje después de la cirugía??

□ SI □ NO

Si es SI, cuántas sesiones por mes?

Recibió una placa obturadora?

SI

NO

Si es SI, con que frecuencia uso el obturador?

El paciente ha tenido problemas con el obturador?

SI

NO

Si es SI, cual problema:

EVALUACIONES (...) # Operacion Sonrisa: Ciuda 1: Nombre 1ero y 2do: 🖟 # OSH: # Expediente lgcal: Acompañado por; INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE: Departamento; Celular 04/2 Telefono: Localizacion del Telephone: 2 40 rasi Distancia recomida: kms / horas (encierre en un circulo) ☐ En burro/caballo Bus ☐ Avion O Taxi D Carro ☐ Bote □ Bicicleta Examinado previamente: III OSH Género: ☐ Mascutino ☐ Femenino Operado previamente? ☐ OSH ☐ Otro Escribir of mos en lotras foj:mos: Junio día: 10 año: 2002) Fecha de Nacimiento: Mex: 05 Dia: 18 Alto: 2008 Si OSH, Expediente #_ , año ____ Edad: A 10 Maños / meses (encierre en un circulo) Tipo de Cirug a: _____ abio Complicaciones: __ Numero de Hermanos: Vivos: _ 5 Muertos: Miembros de la familia con labio o paladar hendido; ☐ Madre ☐ Fradre ☐ Hermano ☐ Hermana

HISTORIAL DEL PACIENTE:

Pais:

LABORATORIO:	Her	natocritos:		%	Ot	rot E	Exam	enes;		
Corazón:	☐ Negativo	☐ Hiperter	nsion (3 Soplo	Otro: _					
Lungs:	☐ Negativo	[] Otro								
CNS:	☐ Negativo	Convuts	siones	CI 000:_						
Infeccion:	☐ Ninguna	CI Infeccio	n Respin	atoria Su	perior 🗆	Her a	titis	☐ Maleria	CI TB	□ Otro:
Embarazada?	□ No '									
Alergias;	O NKA	☐ Otro:								
Vacunas:	O Ninguna	O Polio	O DPT		S Oppo:					
Medicamentos que es	ta Iomando; 🛘	Ninguno	☐ Anti-ı	nalonia	☐ TBC),p.o.:_			

g/dL

Hemoglobina:

VISITA POST-OPFRATORIO

□ Operation () Smile

☑¶ Semana	□ 6 Meses	□ 1 Año		. Chang	ging Lives One Smile at a Time
Ciudad: ——— Lugar:			Fec Nombre de Evaluad	A 6	
POR FA	VOR LLEI	NA TODA I	LA INFORMAC	JÓN COMPL	ETAMENTE!
Original H. Clínica #	Actual H. Clínic (si aplicable)) (ostico ANTES de la cirugía: U □ FLB □ FLPB PU □ FP □ Quem. o:
PROCLDIMIENTO			COMPLICA	CIONES	
Fisura Labial Fisura Labial Cirugía 2 ^{da} cirugía	Complicaciónes	☐ Infección	□ Dehiscencia ———%		ad muscular labial superior (solo en FLB)
□ Fisura Palatina □ 1 ^{era} cirugía □ 2 ^{da} cirugía	□ No Complicaciónes	☐ Dehiscencia% ☐ Infección ☐ Otro:	Localizacio No Fístula Pre-Alveolar Post-Alveolar Union de paladar p Paladar Duro Paladar Blando Union de paladar d	Dibuja localizacion de fistula:	
			☐ Tamaño de Fístula	☐ Fístula Sintomática	() ()
☐ Injerto Piel	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Pérdida injerto	Otro:	
□ Colgajo	☐ No Complicaciónes	□ Infección	☐ Necrosis Colgajo	Otro:	
☐ Otro Proc:	□ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Orto compliaciónes	s o comentarios:	
DISPOSICION	☐ Posibilidad o	o .	0 3	Dental ☐ Obtu Genética ☐ Psico	
Información Post	-Operatoria T. L	Lenguaje	Informa	ción Odontológica	
Ha recibido tratamio cirugía??		e después de la		na placa obturadora? I, con que frecuencia us	SI DAO so el obturador?
Si es SI, cuántas sesiones por mes?				e ha tenido problemas o	con el obturador? □ SI □ NO

Operaçion **Som misc**

NOTA:



NOTA OPERATORIA

	, 0	Op. Sor Ciudad: Fecha:	risa No
APELLIDOS	63903	NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL LO	OCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 13	PALATOPLASTIA 1a CIERR	E FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 28 EX	CERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHEA	INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRANIED F.	C.R QUEMADURA
	NOMBRE	ATIANA GUTIERREZ / FIRMA CIRUJANO. OBSTRUCCION VIA AEREA	HIPOTENSION
OTRA:	HEMORRA	·	MUERTE

Fundación Operación Sourisa Venezuela

4. Libertoda: Cintro Residencial el Bosque: Res Venezuela - Metz C (nro. 5%) - Caracas (05%)

Telefox (582) 761 55.26 / 761 55.27 - Email jearlessob@itheron.ne/

IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD

ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECION, O COLO DUE D - 1 B PARA





AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Por la presente los abajo firmantes, en calidad de Paciente y Testigo respectivamente,
hacemos constar que se nos ha explicado de manera clara y con detalles las indicaciones
riesgos y beneficios del procedimiento médico y/o quirúrgico a someterse e
Paciente four con 2005
Declaramos conocer la posibilidad de complicaciones generales (hematomas
trombosis, hemorragias, isquemias, infecciones, etc.), las complicaciones especificas
inherentes al procedimiento quirúrgico especifico y/o al procedimiento médico establecido
con los porcentajes de éxito y fracaso para la práctica médica y/o quirúrgico precisados con
detalle al paciente 286 Gonzoles
Sobre la base de este conocimiento, AUTORIZAMOS a realizar el tratamiento médico
y/o quirúrgico y, en caso necesario provenga a realizar cualquier otra práctica médica que
ameritara el paciente, asumiendo así mismo los costos derivados de las eventuales
complicaciones que se pudieran presentar, entendidas por quienes consentimos bajo firma la
presente AUTORIZACIÓN.
•
Caracas, a los O días del mes de lon del año
PACIENTE: TESTIGO: haraha Hegan
FIRMA: FIRMA:
C.I: C.I

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	maley Latin	Ciudad	acion Sonrisa:	
DIAGNOSTICOS DE L	ABIOS:			
2 trg Undart		36 Disk toq	C) & Block	[] tū Otro Lat (dēbu
	Complete	Incompleto	Incompicio	
D 3 Der Undat Incompleto		17 Bibil Der omplete, Ltq Incomplete	Completo	□ 11 Unidates reparas □ 12 Bilater reparas
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta misic	REPARACION DE LABIO	(Circule unicame	nte el procedimie	nto que se
□ Ninguno □ Labio Unita Notas de Evaluacion:	ateral 🔘 Labio Bilateral 🔲 Re	vision de Cicatriz 🔲 (O ra reparacion de lab	
DIAGNOSTICOS DE P	ALADAR:			
O 14 trq Unibal Alveolar Incomplete	O 18 Der Under Compete con Fisura Alveolar	0230	n success	() 26 Der Unitater: Completo Dur y Surv
D 15 lzq United Completo con Fisura Alveolar	C) 19 Der Completo		3 Suare	1 27 Blat Complet Dura y Surv
Der Incompleto	O 20 Blac Incomplete	1 . ()	is ensure precion	[]26 Otro Palada (d8ou∳d
D 17 Der Undur Ahrenbar Incompliche	Correleto	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	i sibstoral i empleto '/ sueve	
☐ 29 Paladar Unitat Reparado	☐ 30 Paladar Bitat Reparado	Cl 31 Insuficiencie	Velobiringea reparado	
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta m	REPARACION DE PALAD	AR:Circule unica	mente el procedir	niento que
Ollinguno Ollevision de pala	dar DOrticochea DColgajo Faringe	eo 🛘 Colgajo de Vorner	Otra reparacion palac	lar
Notas de Evaluacion;				
Plan'	Queilopla	chà la	1'ce	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:	Ciudad:
	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	
O 32 Izq messal labini Labini	Ale solar O 38 tzq 1 Dor Ale solar
D 33 txq Aveolar Aveolar	D 39 izq y der Alveolar y amberior Dura y Suave
O 37 Der Alveolar y amterior y arterior	O 40 krq y Dor Alveolar, as terfor y Incolio O 43 palada Sunn
(dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marq se realizará en esta misión)	ue unicamente el procedimiento que
* ONinguno OReces	ración de fistula
Notas de Evaluacion:	
O 46 Deformacion reasal unitartenal der O 49 De	eficiencia de Critumetta enviacton Septral tra Nario (dibuji:)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ:Marque realizará en esta misión	, ,,
	aración de Disviación Septal
	plastia (hues o y cartilago)
	reparación de narix
Dinjecto de Cartilago	
Notas de Evaluación:	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	·	# ()peracion Sonrisa:				
		Ciudad:				
		Fecha:				
OTROS DIAGNOSTICOS:						
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:					
☐ Deformidad Craneofacial						
☐ Hemangioma						
☐ Microtia/ oreja en copa						
☐ Nevo/ tumor/ quiste/luseer						
☐ Ptosis Ocular						
☐ Polidactilia/ Sindactilia	Localizacion:					
☐ Cicatriz por quemadura						
☐ Otro tipo de cicatriz:						
☐ frenillo						
□ Otro: Ex	xplique:					
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:					
☐ Ninguno						
☐ Liberacion de Contractura + Ir	njerto de piel de espesor completo					
☐ Liberacion de Contractura + Ir						
☐ Liberacion de Contractura con						
☐ Craneofacial	•					
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	te/ lunar					
☐ Frenulectomia						
☐ Excision de Hemangioma						
□ Otoplastia						
☐ Polidactilia/ Sindactilia						
☐ Injerto de piel de espesor tota	I					
☐ Injerto de piel de espesor paro						
☐ Excision de Cicatriz con zetop						
☐ Injeccion de cicatriz						
□ Otro·						
data to the	Notas de Evaluacion:					
Section 1998 and Sectio						

EVALUACION DENTAL



Apellidos:	# Operacion Sonrisa:
Apellidos:	Ciudad:
Nombres: Edad: Representante:	
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	Dientes cariados:
Labios: #LV Ing	Hendidura Cicatrizal)
Otro	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
No se necesita de tratamiento	
	alizarse en consultorio 🔲 A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Ope	
— visiones a signia dental.	atona Li tomaxis y prevencion
□ Referido a la consulta de OEM:	
Otros: (Rayos X. bionsia):	
outou. (Nayos X, Biopsia).	
TRATAMIENTO DE ALIZADO DE ORYON	DEDIA FUNCIONAL DE LOS MAYUADES.
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTO	PEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:
Engha inisia dal Assaultanta	D Observation
	Desde el nacimiento 🔲 Otra fecha :
• •	lipo de aparato:
☐ El tratamiento de OFM se realiza p	or la Fundación
 El tratamiento de OFM se realiza p 	or otra Institución
☐ Tratamiento regular ☐	Tratamiento no regular
Comentario final: Apta para Cir	usia de Lasio.
Nombre y Firma del odontólogo: Quace	lis Camarem / Innui





HISTORIA PEDIATRICA

Zahir Gonzales

ANTECEDENTES PRENATALES:
Embarazo controlado: SINO, Gesta Embarazo deseado: SINO
ANTECEDENTES PERSONALES
Operaciones anteriores: SI NO Cuantas: , 8 én toleradas: SI NO . Hubo complicaciones/especifique: , Asma: Alergias: Afecciones cardíacas:
EXAMENES DE LABORATORIO:
Hb: 10,31 Hcto: 32,4 Leucocitos: 8600. Segm: 51,5 Linf: 36,9 pt 12,0, pt 28.8/3 Plaquetas: 355. Tipiaje: A(-). VDRL: (-) H.I.V: (-) Exade Orina: Exa.de Heces Otros: Sucernia - Urage Cecationia. RX DE TORAX:
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:
DIAGNÓSTICO: Henderlura Jabial unilateral
PEDIATRA: De morme Dimate Doubt
Ora Moille Coffee Marie Coffee
W.SD.S.
Eitma (dal Dadiatta

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Avenida Sun Juan Bosco, Edificio Excelsior, piso 5, apertamento 53, Altanúra. Caracas - Venezuela. Telefox: (58212) 257 0255. Email: operaciónsonvisa@cantv.net

HABLA Diagnostico: Labio heudido: _unilateral bilateral __completo __ incompleto __ operado __no operac __Paladar hendido: __duro y blando __duro __blando __completo __incompleto __operado __no opera-Sección I: (Llenar solo una de las dos secciones) 🖊 Labio Hendido pre-locutivo, con riesgo de presentar retardo en la adquisición del lenguaje. Paladar Hendido pre-locutivo, con riesgo de presentar retardo en la adquisición del lenguaje. Sección 2: Patrones de articulación: __Dentro de los límites de lo esperado para su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo. Procesos fonológicos (no esperados para su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo.) Emisión Nasai en fonemas de alta presión oral. __ Articulaciones compensatorias: __ Oclusivo: glótico:_____; faríngeo:______; Otros: ______; faringea: _____; faringea: _____ Habilidad para mejorar el habla al repetir: buena regular pobre Inteligibilidad del habla: Resonancia Oral / Nasal: Hipernasalidad Nasalidad combinada Hiponasalidad otras: Destrezas Oral-Motoras: __Dentro limites normales ___ Dificultad: __Leve __ moderada a severa ___ severa Alimentación: Regurgitación Nasal: ___ ninguna ___ problemas con sólidos ___ problemas con sólidos y líquidos ___ problemas con líquidos solamente ___ problemas con líquidos solamente Desarrollo de Lenguaje: Comprensión: dentro de los límites normales para su edad _____ retardado para su edad dentro de los límites normales para su edad retardado para su edad Comunicación en lo pragmático y en lo social: dentro de un rango aceptable _____no aceptable Interacción con sus compañeros: adecuada inadecuada No asiste. ___ Desatento ____ Inquieto Reudimiento Escolar: ___ atento(a) nivel educativo adecuado Bajo rendimiento

Apoyo de Terapia del Lenguaje: sí no. Referencia: sí no N/R Trabaja: ____sí ___no M/E ____adecuada ____ no adecuada

Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes: __ bueno __regular __ pobr Manega Zomo a __ la los | 12 | 03 | 11 .



FICHA PSICOPEDAGOGICA
IORNADA: Caguer 12/03/11
L-IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre completo: 2 2 4 4 7 2012 6073 a 13 49icis Lugar y Fecha de Nacimiento: 4 212 2014 18/05/08 Edad: 3 Sexo: Escolaridad: Ubicación: El paciente vive con: 4 2012 19/05 5 humanos Observacion: En caso que el paciente no estudie, indicar razón:
El paciente trabaja:
Nombre Completo: Farelia Tejias Nexo: Hamb Edad: 30 C.I. 14, 691, 181 Grado de Instrucción: Pachilles Profesión y Oficio: Pachilles Domicilio: Pab Baro aladem landa 7 Cosa #07 Teléfonos: 0243 2676947 0412) 0333048 Observaciones (Integración Familiar): Hamb pupa 5 hemmo
III ANTECEDENTES:
 Embarazo:

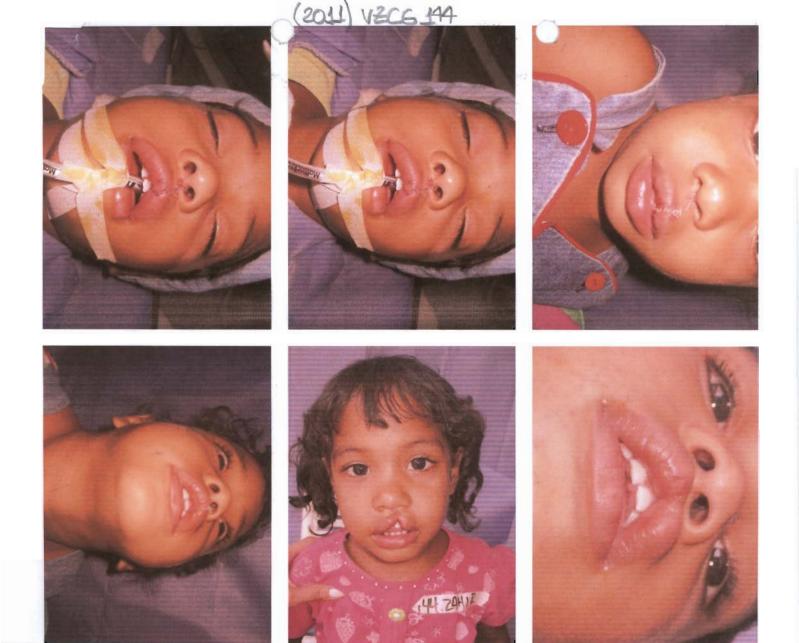
AUTORIZACIÓN

Nosotros, Kseho Hesis, venezolanos, mayores de edad, de este domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 14691181 y
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 14691181 y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Zair Hougala, de
años de edad, por medio del presente documento declaramos: Que
autorizamos suficientemente a la FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA DE
VENEZUELA (FUNDASVEN) (fundación sin fines de lucro e inscrita ante la
Oficina Subalterna del Primer Circuito de Registro del Municipio Libertador del
Distrito Federal (hoy Capital) en fecha 9 de octubre de 1.997, bajo el No. 12, Tomo
3, Protocolo Primero), para que en nuestro nombre difunda ante cualquier Medio de
Comunicación Social tanto en la República Bolivariana de Venezuela como en el
Exterior, imágenes de nuestro representado, el cual presenta malformación
congénita, específicamente relacionada con hendidura labio-palatina; todo ello
tendiente a obtener publicidad ante los referidos medios sociales, para así lograr la
captación de actividades que puedan servir de instrumento para la recolección de
fondos, coordinación de eventos sociales, promociónales y en general cualquier
actividad lícita relacionada con el objeto de la fundación antes señalada, y por medio
de la cual nuestro representado ha sido beneficiado; todo ello a los fines de dar
cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 65°, Parágrafo Primero, Derecho al
Honor, Reputación, Propia Imagen, Vida Privada e Intimidad Familiar, Título II,
Derechos, Garantías y Deberes, Capítulo II de la Ley Orgánica para la Protección
del Niño y del Adolescente
En la ciudad de Caracas a la Fecha: 27-5-201
Firmas.





Nº 33 Zair Gonzalez





SECUENCIA DE TRATA	MIENTO	and opling	luce bun	MA
				- 5
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	,			

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HOHERE DEL PI TE: Lalur Houzalez

HISTORIA DE ANESTESIA

D110411 HLP	
Quello plastia	OPENACION SENSIENDA
	HOYA SUEHA INEST
STAVAPO	AMERICA COLORS
UN Opiel Ma Julierre	Ma B. game
Severane	Ex 0
RESUMEN P	R-ANESTE SIGO
2a10m - 88 13Kg.	32.4 10.3 Plaguetas 355,000
1 Milliam Unex	Creating VIVIII
8.200 AM (-) 59 18	04 (2)
would a 30 ft 45 ND 16 30 46 M.	y MMIENTO
	Inducción integla
Sinternal Control of the Control of	Torrane Service
	Glargane.
- CO - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	a Poster Unaperife
	via hie della 11º
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	3) Fentange 10 mg.
TA(I) III	Part of See mas.
	6 Edinem 5 mgs
Assa) recida(D)	TOTM: 5 Pal
Annie on the second sec	Esment 5 mg.
0 F (10 0)	
	Drackson Reel
* (Construction of the co	
1/03/04/2	
124	
1240/0	SHIDER & EPROME
	Montoner ECG PANI-SpO2-EtCO
1/ 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Day - They - ELEC
Advitación de la serie de la s	1
Exterior and to the	++++++++++
Chandral Annual	
TAMORAMICATO HEMORYASIA	The contract of the contract o
	1-22 pie delo
	1-22 pie delo 1-130 2a 46 26 26 26 26
	26 26
	26 - 90

RECUPERACIÓN

RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus SITIO DE LA CIRUGIA, NORMAL Singrado Sangrado Dehiscencia iento Activo HIDRATACIÓN: IVF Glas/Mgotas: MEDICAMENTOS: Catalian: Supo: Romg Suspensiongr Ketoprofeno: IV	Hora Temperatura F.C	134x	CONTROL 11.15 132x	2 CONTROL	EGRESO
HIDRATACIÓN: IVF Gtas/Mgotas: MEDICAMENTOS: Catalian: Supo: Remy Suspensión:gi	Temperatura F.C	/	/		
Gtas/Mgotas:	F.C	/	/32x		
Catalian: Supo: Romy Suspension gr		/34x	132×		
	Т.А	/			1
Keloprofeno: IV					
Daricum: IV	F.R	20x	200		
Nubain: IV	Sat 02	57-1	99-1		
ESCALA DEL DOLOR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros Medicamentos: Observaciones:					-
Se retire viz sterifere	FIRMA DE SO	ج) م	Noon		•

de Historia.



AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de

anestesiología de Operación Sonrisa
con sede en
De que se me sean administrados los agentes anestésicos necesarios, de acuerdo a las técnicas y procedimientos establecidos para que se me sea practicada la intervención quirúrgica propuesta: resumiendo así los riesgos que conlleve y dando cumplimiento al articulo 34 de la ley de medicina vigente, que textualmente dice:
"ARTICULO 34: Los actos y procedimiento médicos realizados con fines diagnósticos y terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la perdida transitorias de la facultad mentales, requieren de la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación legal. En caso de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio del paciente o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de otro facultativo. De todo lo actuado se levantará un acta en la cual deberá constar la opinión del medio que llevo a cabo el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión, se deberá notificar al representante legal o al interesado a la mayor brevedad posible.
Los procedimientos a que se contrae el presente articulo se emplearan exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"
O(de O4 de D(
Paciente:
CIV: Representante Legal: harla Hejian CIV: 14-191. 181

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

CUZSTIONARIO PA Q EVAL	UACION PREANES	TESI DE NIÑO	s cade
Nombre: PAIR IR VANA G	ES DE 12 AÑOS ON PRO HISTORIA:	Fecha. 2/3/01	// Hora:
	rugia Propuesta:		
Edad: 2010 MPeso: 12 - Talla: 5	38 CM I.M.C.	Telefonos:	recto
Representante: Karely	mohas.		
1. Es alérgico a algún medicamento, alimento o 2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de 3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos Ha tomado alguna vez dipirona? Toma algún otro medicamento? Usa gotas para los ojos o para la nariz? Usa lentes de contacto?	gargenta?	No esa No esa - si hata acceta	lergico suativa munspe
4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries2		كعل	
Cuantos dientes tiene? 5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello: Tiene alguna dificultad para abrir la boca?—			
	scia Interdentaria		
6. Nacio de parto normal? Nacio de parto instrumental o cesarea? Cual fue la causa? Cuanto peso al nacar?		an RN M	ruid
7. Requirio observacion en incubadora y/o oxi		N	
Requirio intubacion y ventilacion mecanica?		***	}
Quedo alguna secuela de lo anterior?	The second secon		
Presento Ictericia? Tratamiento		No.	
8. El desarrollo pondoestatural ha sido norma			
El desarrollo intelectual ha sido normal? Qu			A . C
9. Ha sido operado antes?	(1)	Moasi	necessa
Le han dado anestesia local?			ste a Esa
Le han dedo anestesia general?			
Le han hecho alguna transfusión sanguíne:	?	A Gui	rurgical
10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna co seria durante una anestesia o una operació	mplicación	X .0. 6	Sauca
11. Edad de la menarquia:	/	racti	Sauca
12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfe Ulcera, Gastritis, Vomitos. Hemia hiatal, Reliujo Indigestion persistente Bronquitis, Neumogía Enfermedad Pulmonar Flema, Mucosidad Asma, Bronquiolitis Dificultad para respirar Enfermedad cardiaca Soplos cardiacos Palpitaciones Fiebre Reumatica Problemas renales Trastomos nerviosos Problemas de coagutación Hematoma o sangrado tácil	Anemia, Leucemia Anemia, Leucemia Anemia drepenocitica Enfermedad tiroidea Tito con esteroides Problemas de columba Artritis Problemas para caminar Debilidad, desmanos Vértigo, Mareos Ceguera, sordera Convulsionesi, Epilepsia Meningitis, Poio Dolores de cabeza Vacunas Otras enfermedades	Cortado Portado Pris	heudis nario ude E lah e kolue
Hepatitis, Enf. Hepatica	7		
12. Hay alguna pregunta que desee hacer?	[i no	

. •

cingano: Edad:			Ho Historia	:	F	
	Peso:		Cirugla P. Spiloata:		173.	Horas
: Es ciergico :	0 Elorio —				Tologo	
- lia terado re	Ciontaniento tos s	nto, climento	ס פו טרוענים		Telefonos:	
- Ta tornado A	Spirion to cimina	2010 0 G010r	ge Deroanatis			
70 ICM,:30 E	POUCE VAN	on roundings	55 10 dlast	النا		
חטכוט החיני	OLO CICE CITE	- 1		삗	2	
polas p	DITE 104 0:00 0 0	la onder				
		a mang y			(a)	
Sign Corpor	2 o brieuto.			<u>e</u>		
1906 Jugan	e on sus dientus :	เอเปลี่ยรว		W]	<u></u>	,
				4	100	
			·'(E	<u></u>	
•	dificulted para ob neatonearia	rir la becar			(E)	
e engiere algun	a behida otassa.	Dista	incia filtordontario	10:	<u></u>	
Fuma o lo ho	a bebide sicoholic to algune vuc on s	a inas do ur	13 voz al die?	ا كيا	,	
					(m)	
3 Realiza Mous	(fumaba) y por su	anto tierage	,	ا لت		
יייייייייייייייייייייייייייייייייייייי	י מסטכעים ט טייינישיני			، ن		
Sens duranto	doun pariente sum una anostasio o c	ים בוניוקוב כפה	aplicación	<u>•1</u>] [-3	
ing side oper	ado antono	nua chutació	07		no) }	
. A han dedo	unestosia local?				1.0	
ಾಗಿ ದಿನಗೆ ಅತ್ಯಂತ	ទីឯមករបស់ថា ចំណុខរបា				<u> </u>	
se han hean;	alguna trassitusia	in allowers	_	E i	(e)	
is Fedia de la	Citima ruggy	an bungulasi	7	[E]		
こうは しつじつかいん	edu adeather	٠.			-5	
Contraction of	Suiro do alguna d	i Natas esta		1 L	1.3	
ವೀಕೀಶ್ವ Gastr	itis, Vomitor	ייי סייביי פעיני הייט פייביי			}	
Femis hicial		1 -1	Problemus de opegulaci			
hargastion p			. (രണ്ടായോ വാരുടെ t	ścil		
Company N			Provide, Los Cardo			
	d Pulmanur	iJ	Anather continuodica			
		:	Endominated therasa		=== (
Phina, Mena			Diahotes		!	
-5012, 36000)	[]	Tto con distaroldes			
Culted pa	ru respirin					
betweendad		;! :	Piernes hinchadas, Vari	C8 y		
Tensión actor			Problemna de columba	1		
ansion arter		:]	Asmin	i	n)	
		ل ا	Profilends date camina		=	
History cardi)	Oublinate, dustricyas	1	 	
ំ.មភាគ ខេប់កាន់		[]	Vertigo, Marries		'극(
יוסובט פסוקטי		177	Ceguera, 2 ordera		<u> </u>	
ೆ ಪ್ರಾಟಾದಲ್ಲಿಗೂ:	•	j- 7			<u></u>	
್ಷಣದು ಭಿನಿಕರಾ		1	Convulsioned, Epilopsia	į		
Argina Dela	du pust :	<u></u>	Medingitis, Irclio	į		
			Ordenda de de Joseph	1	(7)	
Freblander, 20			Glaucon			
hopatitis, En		$\overline{\Box}$	Vedutins		7 !	
יים ציטוונינים איני		:)	Citan american			
C Esta intonia:	ncion sera sancet,	ining per along	S 5 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	i	()	·
Pionea Ud. p	odir un raempatio	7.) 1.01 (1100)	radoic v		no .	

Sonrisa PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICA Veneznela NOMBRE DEL PACIENTE Dair France Spring SEXC Q ___EDAD 20 10 W _ INTERVENCION PROPUESTA MEDICO TRATANTE DAIOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA y DEL EXAMEN FISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO ic fc X1. Temp ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIA CABEZA-CUELLO: COLUMNA VERTEBRAL. EVALUACION PULMONAR: ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR Hb 10,396 all H10324% Plag 355000 Fibri VORING HIV (_ Otros. EVALUACION CARDIOVASCULAR / Rx DE TORAXY EVALUACION: Mallampati C15. Distancia Tiromentoniana VIA AEREA: Aperturo Orol Movilidad Cervical Close 11 Close III Close IV INDICADORES DE RIESGO Ε 111 $\mathbb{I} \vee$ A.S.A. JOHNS HOPKINS: 1!1 ıV VIA AEREA I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado) IECNICA ANESTESICA SUGERIDA MEDICACION PRE-ANESTESICA 1 Kolicedo MEDICO ANESTESIOLOGO