Operation (*) Smile VISITA PUSI-UPFRATORIO. Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: Fecha: Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Original H. Actual H. Clínica # Diagnostico ANTES de la cirugía: Clínica # (si aplicable) ☐ FLU □ FLB □ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento ☐ Otro: Sexo: $\square M \square F$ Dia / Mes **PROCEDIMIENTO** COMPLICACIONES ☐ Fisura Labial ☐ Infección ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciónes □ lena cirugía % ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) 2da cirugía ☐ Otro: ☐ Fisura Palatina ☐ No Dibuja localizacion de fistula: ☐ Dehiscencia Localizacion de Fístula: Complicaciónes □ 1^{era} cirugía □ No Fístula □ 2^{de} cirugía ☐ Pre-Alveolar ☐ Infección ☐ Post-Alveolar ☐ Union de paladar primario & secundario ☐ Otro: ☐ Paladar Duro ☐ Paladar Blando ☐ Union de paladar duro con paladar blando ☐ Tamaño de Fistula ☐ 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 Vane ☐ Posibilidad de cirugía ☐ T. Lenguaje ☐ Dental ☐ Obturador ☐ Pediatría DISPOSICÍON ☐ Ortodoncia □ ORL ☐ Genética ☐ Psicología ☐ Otro:

Información Post-Operatoria T. Lenguaje

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

□ SI □ NO

Si es SI, cuántas sesiones por mes?

Información Odontológica

| 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:

Operaçion **Som misc**



NOTA OPERATORIA

| | , | Ci | uclad: Lagun echa: 1-4-2011 |
|------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| M art | inez list | NOMBRES | |
| ANESTESIA | GENERAL | LOCAL | LOCAL / SEDACION |
| OPERACION: | QUEILOPLASTIA 1a | PALATOPLASTIA 1a | CIERRE FISTULA PALATINA |
| | QUEILOPLASTIA 2a | PALATOPLASTIA 2a | EXCERESIS DE TUMOR |
| | RETOQUE LABIO | ESFINTER ORTICOCHI | EA INJERTO CUTANEG |
| | INJERTO | PROCEDIMIENTO CRA | ANIED F. C.R QUEMADURA |
| S | restizo Line | on Herfield 1 FIRMA CIRUJANO: | dona Abierto |
| COMPLICAC | IONES: NINGUNA HEMORRA | | HIPOTENSION MUERTE |
| | | | OLOQUE D - 1 8 PARA |

IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD





AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

| Po | r la | presente l | os aba | jo firmantes, en | calidad de | Pacier | ite y Testigo | res | pectivament | e, |
|-----------|------|------------|--------|------------------|------------|--------|---------------|-------|---------------|-----|
| hacemos | СО | nstar que | se no | s ha explicado | de manera | clara | y con detalle | es la | as indicacion | es, |
| _ | | | | procedimiento | | y/o | quirúrgico | а | someterse | el |
| Paciente_ | . 1 | lister | erry | Mari | linez. | | | | | |

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 Laterary Marthur

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.

| Cara | cas, a los | días del mes de _ | abril | del año <u>Lo</u> i |
|-----------|------------|-------------------|---------|---------------------|
| PACIENTE: | letery | Marline 2 | TESTIGO | Lynday Hemander |
| FIRMA: | | | FIRMA: | Les Ce fay ynd. |
| C.I: | | | C.I | 17269906 |

EVALUACIONES ()



| Apellido 1ero y 2do: | MARTINES HERNANDE # Operación Sonrisa: 120 |
|---|---|
| | Ciuda I: CAOD |
| | redia. 170 |
| # OSH: 120 | # Expediente local: |
| Acompañado por. | .U7 HARY HERNANDEZ. Relacion con el Paciente: MAME |
| INFORMACION GE | NERAL DEL PACIENTE: |
| Dirección: CAllt | = 5. ONEA Nº 40, TURMERO. |
| 1.1 | Mocano |
| Ciudad: | Departamento: |
| Pais: VENET | |
| | 188,8009 Celular 0412-136,9270 |
| • | |
| Localizacion del Tele | prione: |
| Distanci | a recorrida:kms / horas (encierre en un circulo) |
| □ A pie □ E | n burro/caballo 19 Bus Taxi Bicicleta Carro Avion Bote |
| Fecha de Nacimiento: M Edad: 16 and Numero de Hermano | Operado previamente? OSH Otro (eu colombia) si OSH, Expediente : |
| Michibios de R | a familia con labio o paladar hendido: Madre Fadre Hermano Hermana |
| HISTORIAL DEL F | PACIENTE: |
| • | ta Iomando; 🛘 Ninguno 🗘 Anti-malaria 🗎 TBC 🗎 Otro: |
| Vacunes: | □ Ninguna □ Polio □ DPT □ MMR □ Otro: |
| Alergias: | □ NKA □ Otro: |
| Embarazada? | □ No ' □ Actualmente □ Perdio el bebé, Explique: |
| Infeccion; | □ Ninguna □ Infeccion Respiratoria Superior □ Her etitis □ Malaria □ TB □ Otro; |
| CNS: | ☐ Negativo ☐ Convulsiones ☐ Otro: |
| Lungs: | □ Negotivo □ Otro |
| Corazón: | □ Negativo □ Hipertension □ Soplo □ Otro: |
| LABORATORIO: | Hernatocritos: % Otros Examenes: |
| | Hemoglobina: g/dL |
| | |

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



| Apellido tero y 2do: | Henting | # Operacion S | Sonrisa: |
|--|---|--------------------------------|---|
| Nombre 1ero y 2do: | Enferans | , | |
| _ | 111 | Fecha: | |
| DIAGNOSTICOS DE L | ABIOS: | | |
| O I Cabio normal | | | |
| 12 kg Under 16 | | emolete Der | 6 Blot, Cl 10 Otro Let complete |
| O 3 Der Undat Incompletto | | JUN JUN | 9 Bitut. C 11 Unidates reparax ompleto #12 Bilator reparax |
| PROCEDIMIENTO DE | REPARACION DE LABIO | (Circule unicamente el | procedimiento que se |
| realizara en esta misi | | | |
| ☐ Ninguno ☐ Labio Unit. Notas de Evaluacion: | ateral O Labio Bilateral 💋 Re | avision de Cicatriz 🛘 O ra rep | paracion de labio |
| Moras de Engradous | | | |
| DIAGNOSTICOS DE P | ALADAR: | | |
| CI 13 Paladar normal | | | |
| O 14 lzq Unitst, Alveolai Incomplete | O 18 Der Unitet Competto con Fisurii Alveolar | C) 22 Subn aucoso | O 26 Der Unitatera Completo Durc y Surve |
| D 15 Izq United Complete con Fesura Alveolar | 19 Der Completo Erg Incompleto | 0 23 Suarre | O 27 8tat Complete Ours y Surre |
| Oer Incomplete | O 20 Blat, Incomplete | CI 24 P saterior duro y suave | 28 Otro Paladar (dibuje) |
| D 17 Oer Under Alveolar Incomplete | Completo | C) emplote clura y sueve | (Mark) |
| ☐ 29 Paladar Unitat Reperado | 20 Peladar Bitat Reparado | Q 31 Insuficiencia Velobri | ngea reparado |
| PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta n | REPARACION DE PALAI | DAR:Circule unicament | e el procedimiento que |
| Olinguno DiRevision de pal | adar DOrticochea DColgajo Faring | geo 🗋 Colgajo de Vomer 🖽 Otra | reparacion paladar |
| Notas de Evaluacion: | | | |
| Day - a | Inplastia 2 da | ila | |

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



| Apellido 1ero y 2do: # Operacion Sonrisa: | |
|--|------------------------------------|
| Nombre 1ero y 2do: Ciuded: | |
| Fecha: | |
| DIAGNOSTICOS DE FISTULAS: O 32 tzq reseal Labbid O 35 Der Nassel Labbid O 35 Der Nassel O 36 Der Alveolar Alveolar Alveolar Alveolar Alveolar Alveolar O 36 Der Alveolar Alveolar O 37 tzq r der Alveolar Alveolar Alveolar Alveolar Alveolar O 38 tzq r der Alveolar Alveolar Alveolar O 38 tzq r der Alveolar Alveolar O 39 tzq r der Alveolar O 39 tzq r der Alveolar O 39 tzq r der O 39 tzq r der | () 41 Du |
| O 37 Der Alveolat y anterior y anterior y anterior y anterior | Ouro y Suav O 43 palada Suaw |
| PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marque unicamente el procedimie | nto que |
| se realizará en esta misión) | nto que |
| ONinguno Reparación de fistula | |
| Notas de Evaluacion: | |
| DIAGNOSTICOS DE NARIZ: U 45 Deformación nascal unitational tro U 46 Deformación nascal unitational der U 49 Desviación Sept il | |
| ☐ 47 Deformacion narsal bilatoral ☐ 50 Ona Nariz (dibuj :) | |
| PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque unicamente el procedimiento realizará en esta misión | o que se |
| DNinguno OReparación de Disviscion Septal | |
| OReparación de Disviscion Septal OReparación unitateral de narix OReparación unitateral de narix ORinoplastia (hues o y cartilago) | |
| DNinguno OReparación de Disviscion Septal | |

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



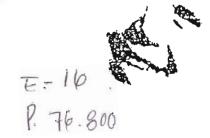
| Apellido 1ero y 2do: | | # Operacion Sonrisa: | | |
|---------------------------------|----------------|----------------------|--|--|
| Nombre 1ero y 2do: | | | | |
| | | Fecha: | | |
| OTROS DIAGNOSTICOS: | | | | |
| ☐ Contractura por quemadura | Localizacion: | | | |
| ☐ Deformidad Craneofacial | | | | |
| ☐ Hemangioma | | | | |
| ☐ Microtia/ oreja en copa | | | | |
| ☐ Nevo/ tumor/ quiste/lutter | | | | |
| ☐ Ptosis Ocular | | | | |
| ☐ Polidactilia/ Sindactilia | | | | |
| ☐ Cicatriz por quemadura | | | | |
| ☐ Otro tipo de cicatriz: | | | | |
| ☐ frenillo | | | | |
| □ Otro: | | | | |
| PROCEDIMIENTO PARA ES | | | | |
| ☐ Liberacion de Contractura + | | | | |
| ☐ Liberacion de Contractura + | | parcial | | |
| ☐ Liberacion de Contractura co | on zetoplastia | · | | |
| ☐ Craneofacial | | | | |
| ☐ Excision de nevo/ tumor/ qui | ste/ lunar | | | |
| ☐ Frenulectomia | | | | |
| ☐ Excision de Hemangioma | | | | |
| ☐ Otoplastia | | | | |
| ☐ Polidactilia/ Sindactilia | | | | |
| ☐ Injerto de piel de espesor to | al | | | |
| ☐ Injerto de piel de espesor pa | rcial | | | |
| ☐ Excision de Cicatriz con zeto | oplastia | | | |
| ☐ Injeccion de cicatriz | | | | |
| ☐ Otro: | | | | |
| Notas de Evaluacion: | | | | |
| | | | | |

EVALUACION DENTAL



| Apellidos: Martinez Hernandez | # Operacion Sonrisa: \20 |
|---|---------------------------|
| Nombres: Estatany Carolina | Ciudad: Cogo |
| Edad: 16 Representante: | Fecha: 12 - 3 - 11 |
| EVALUACION: NOS PONOSÓMICO. | |
| Dientes ausentes: 11 y 2 | Dientes cariados: |
| Diente de la brecha (características): | 14.5 |
| Paladar: Sowela HPC | |
| Labios: Socoela HLB. | |
| Alvéolo: | |
| Patología: | |
| Otro: | |
| | |
| TRATAMIENTO RECOMENDADO: | |
| ☐ No se necesita de tratamiento | |
| · | orio |
| ☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria | ☐ Profilaxis y prevención |
| Referido a la consulta de OFM:Otros: (Rayos X, biopsia): | |
| TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL | |
| Fecha inicio del tratamiento: Desde el nacimiento: Tipo de aparato: | Otra fecha: 2m - 12q. |
| ☐ El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación ☐ El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución ☐ Tratamiento no re | |
| _ Tatamento regular | ayorar . |
| Comentario final: | |
| Nombre y Firma del odontólogo: | |





HISTORIA PEDIATRICA

ANTECEDENT'ES PRENATALES:

| Embarazo controlado: SI NO , Gesta II . Embarazo deseado: SI NO Vitaminas: SI NO Radiaciones: SI NO V , Contactos con pesticidas: SI NO X cuando? Uso de drogas : SI NO X anticonvulsionante No anticonceptivos? NO Otros: , Cuando: , Tabacos: SI NO NO Stress durante el embarazo: SI NO Cuando: |
|--|
| ANTECEDENTES PERSONALES: |
| Operaciones anteriores: SI/_NO Cuantas: O7 \ , 8 én toleradas: SI/NO Hubo complicaciones/especifique: |
| EXAMENES DE LABORATORIO: |
| Hb: 12.2 Hcto: 40.1 Leucocitos: 7 100 Segm: 56.3. Linf: 36.5. Pt 12/119Ptt 26/x 1 Plaquetas: 331000. Tipiaje: (0+) VDRL: (-) H.I.V! (-) Exa.dx Oriza: Normal Exa.de Heces Normal Otros RX DE TORAX: GL Vrea 30.5 EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: |
| DIAGNÓSTICO Cicatriz port Ox de labie - pae Saura |
| INDICACIONES DEL PEDIATRA: 01-04-11/ Evalual mormaf ferrest |
| Firma del Pediatra Dra. Carmen C. Gómez C. Pediatro 1 291,523 |

Fundación Operación Sonrisa venezuela

Avenida Sun Juan Bosco. Edificio Excelsior, piso 5, apertamento 53. Altamira. Caracas - Venezuela

Telefax: (582/2) 257 0255. Email: operaciónsoneisa@canto net

HABLA

Diagnostico:

| | | • | | | |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Labio hendido: | √unilateral | _ bilateral _ | _completo _ | incompleto _ | Voperadono operad |
| Paladar hendido: | duro y blando | durobla | ndocomp | letoincomplet | o perado no operad |
| ristula Sospecha de proble | Alveolar mas Auditivos?:_ | Palatal sino | Evaluación | tros: <u>Naso all</u> n: <u>si</u> no. | IOOO - Referencia:sino |
| <i>Sección I:</i> (Llenar se Labio Hendido p Paladar Hendido p | re-locutivo, con | riesgo de pres | entar retardo entar retardo | en la adquisición en la adquisición | n del lenguaje. n del lenguaje. |
| Procesos fonológi Emisión Nasai en | tes de lo esperados cos (no esperados fonemas de alta p | s para su edad presión oral. | o estimado / | reportado nivel o | de desarrollo. de desarrollo.) o: |
| | | | | | |
| Habilidad para mej | orar el habla al i | | | | |
| Inteligibilidad del b | abla: | _ | buena | regular | pobre |
| Resonancia Oral / N Hipemasalidad | | combinada | Hipor | nasalidad otr | as: MINGUNA. |
| Destrezas Oral-Mo | | | | | |
| Dentro limites n | ormales | Dificultad: | _Leve | moderada a se | evera severa |
| | urgitación Nasal lemas con sólidos lemas con líquido | | | problemas con s problemas con l | sólidos y líquidos íquidos solament e |
| Desarrollo de Leng Comprensión: | | mites normale | es para su eda | ad reta | rdado para su edad |
| Expresión: | _ dentro de los li | ímites normal | es para su ed | ad retai | rdado para su edad |
| Comunicación en le | o pragmático y e | n lo social: _ | √dentro de 1 | un rango aceptab | leno aceptable |
| Interacción con sus | compatieros: | ade | cuada | inad | ecuada |
| Rendimiento Escol | | | | esatento | |
| Anovo de Teres-i- | | | | Bajo rendimiento | |
| Apoyo de Terapia Trabaja: sí | no / | _sino. I M/E | cicicucia: _ | | _ IV/N |
| Avuda Familiar: | ad ad | ecuada | n | o adecuada | |
| Potencial estimado | para mejorar el ha | bla así como | otras destreza | as relevantes! | bueno _regular _ pob |

Centro Médio Casua Natasta Charenstey 121314



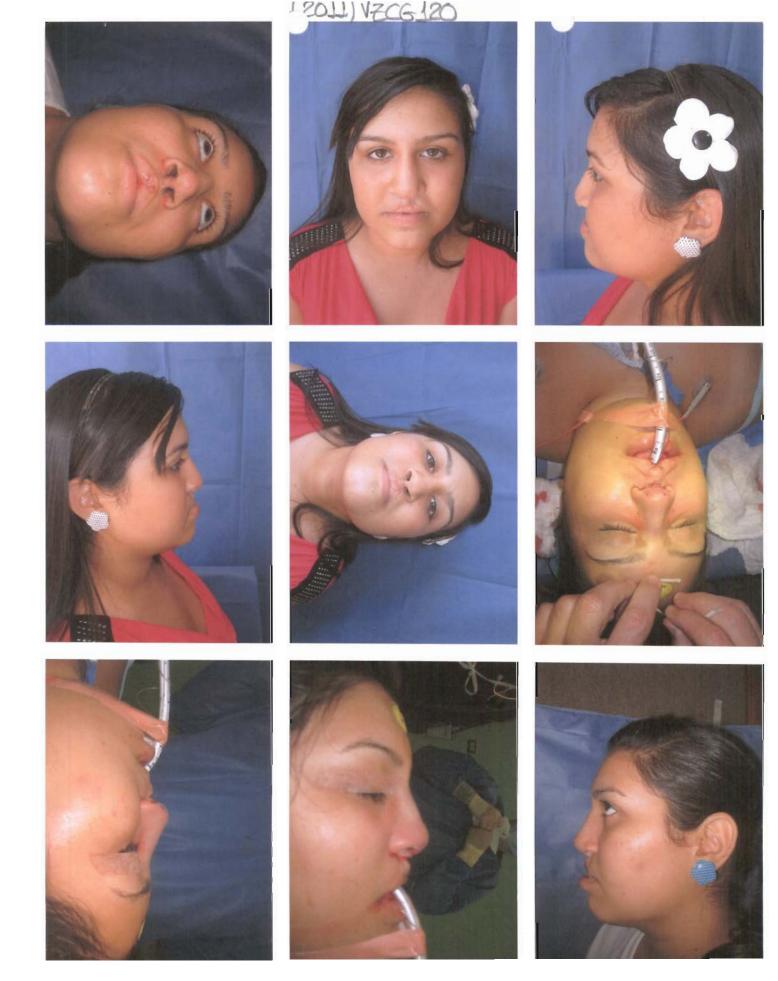
| FICHA PSICOPEDAGOGICA |
|--|
| JORNADA: Cagree 12/94 |
| Nombre completo: |
| - En caso que el paciente no estudie, indicar razon. |
| El paciente trabaja: |
| Nombre Completo: 102 Hernands Nexo: Edad: 49 C.1. 17.269.904 Grado de Instrucción: Bachiller Profesión u Oficio: Securlaria Domicilio: Calle 5 Casa # 40 tumm Hacan Teléfonos: Observaciones (Integración Familiar): Harra, papar 2 hermans |
| III ANTECEDENTES: • Embarazo: Vomol |
| Parto: Volumento: Volume |
| Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra: |



AUTORIZACIÓN

| Nosotros, Luz Many Herwanez venezolanos, mayores de edad, de este |
|--|
| domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 17.269.906 y |
| , respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de |
| Representantes Legales de nuestro menor hijo Esteracy Hankuez, de |
| 16 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: 12-03-11. |
| Firmas. Lincolary Stermenicol |







| Orleans Medicas. | |
|--|------|
| 1- Mantiner en deute absolute por lo menos y horas tenjo Logista, liquidad a facilitaria. 2- hanthand I ampalla dileurda en 2001 de. Solution 01670 a pasar El 3141 | |
| 3- 'Istobam? lampaela deluerla en 20ce de solución 0,970 a pasar El dento STAT (c) 4- Soleram 0,4570 El SUDIC. a pasar el a 215 de con dex trisio. | E) x |
| Dra Moulu College Mujica Dra Moulu College Mujica pediatri 12.262-1007 M.S.D.S. 2007 | |
| | |

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Stafeny Marthy

HISTORIA DE ANESTESIA

| ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | | ALG I M. | JIA V | ^ |) • It |
|---|----------------|------------|-----------|---------------------------|--------------|--|
| 01 04/2011 | PLYRINGA A ICO | Querolac | the Secre | uderies. | Securety. | The state of the s |
| TOU THE PROPERTY | Rimol | 176 | | DPF TROUBLES TO THE TOTAL | | |
| | - C | × x | ** | HOYA BU HI THEET | | |
| ABA V | | 226 | | ANERTHOLOTE | | |
| E. May | WZ- | K. Koja | o. | H. Uchog | | |
| Sevottu | name | 0 | • | General | <u> </u> | |
| (a) III)X. | EYAYUK | RESU | | F-ANESTE BIG | | |
| 164 " [] | V | ±70K | 2 | | | |
| | | |) | | | |
| | 2 | | | | | |
| MORL! | 81- | 30 | 90 30 | 10/ | 1 | MIENTO |
| 13 507 | PO | 999999 | 99999999 | 000000 | - 1. Monitor | pacies |
| 2000 | | | | | - Z Vensa | ilms. |
| - A | | | | | H #23M | <u>\$0</u> |
| Forto | | | | | 3. Feway | (50lg |
| 100 | 10 | | | | 4 Lylacon | ne pom |
| TAXI A LA ELO- | | | | | Tooled . | P100+100mg |
| San . | | 411114 | | | | |
| OD | 11341 | 92 34 | | 32-34- | 6. BR 15 | 6.5 chal. |
| Aneszes-etasi | | | | | 17.207# | |
| 0 F € 1001 | | | | | 8 VPP K | 660 ce. |
| ,,,, | | | | | #R124 | PPILZO |
| | | XXX | * * Y | MATE | # | * |
| Coccitangrates: | A 1 | | | | 11 | |
| | A | | | | # | |
| | | | | | - Som Hork | - ENPEDIALES |
| 2. | | | | | - defel | Mahlue 1 s |
| 2 | | | | | L. L. | odens soo |
| 21 | | | | | # - Local | majors and |
| K | 1 | | 11111111 | K AQ | OO _ Dexa | met ony |
| | | | +++++ | | | 0 |
| | | | | | 3 | |
| I AND TA MIEW TO | 1/1 | REMOTTALIA | J VIII | LILIZMS | N | |
| V | | - | | | | |

RECUPERACIÓN

de Historia. PROCEDIMIENTO: Labio Paladar Fistula Hemangioma
Ligadura Art otros: ANESTESIA: General Local Otra: ALERGIAS: & Morting Nombre del Cirujano

| Sitlo y Fecha. |
|---------------------|
| Stephay violing |
| Nombre y apellidos. |
| 16 oring. |
| Edad: |

| RESPIRATORIO NORMAL Disnea Estridor Roncus |
|--|
| SITIO DE LA CIRUGIA: NORMAL Sangrado Sangrado Dehiscencia Jenio Activo |
| HIDRATACIÓN: |
| IVF Sol 05/ Glas/Mgotas: |
| MEDICAMENTOS: |
| Catallan: Supo. Mg Suspensión gr |
| Keloprofeno: IV |
| Doricum: 1V |
| Nubain: IV |
| ESCALA DEL DOLOR: |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

| ITEMS | INGRES0 | CONTROL | 2 CONTROL | EGRESO |
|-------------|---------|---------|--------------|--------|
| Hora | 10'F | 1030 | 10 m | |
| Temperatura | _ | |) | |
| F.C | 86x' | 97.X | | |
| T,A | | | _ | |
| F.R | 20 x' | 19x | | |
| Sat 02 | 100% | 100a, | | |

| Otros Medicamentos: | Profuis | 100 yz c | 500cc |
|---------------------|----------------|----------------|---------|
| Observaciones: | | | · |
| | | |) |
| | FIRMADE EGRESI | OY HOMBRE LEGI | Bio HOM |
| | | | 1) |



AUTORIZACION ANESTESIA

| Mediante la presente autorizo al personal anestesiología de Operación Sonrisa | médico integrante del departamento de |
|--|--|
| con sede e | lague. |
| De que se me sean administrados los agentes técnicas y procedimientos establecidos para que se m propuesta: resumiendo así los riesgos que conlleve y ley de medicina vigente, que textualmente dice: | e sea practicada la intervención quirúrgica |
| "ARTICULO 34: Los actos y procedimiento y terapéuticos que produzcan el condicionamiento mentales, requieren de la autorización por escrirepresentación legal. En caso de extrema urgencia, obtener el parecer o criterio del paciente o de procedimiento previa consulta y opinión de otro facuacta en la cual deberá constar la opinión del medio quien compartió la toma de la decisión, se deberá not a la mayor brevedad posible. | o la perdida transitorias de la facultad to del paciente o de quien tenga su si no existiese posibilidad inmediata de su representante, se podrá realizar el ltativo. De todo lo actuado se levantará un o que llevo a cabo el procedimiento y de |
| 'Los procedimientos a que se contrae el prese para fines de la salud y del bienestar del paciente" | ente articulo se emplearan exclusivamente |
| Estefamy Martinez | Cergun 3 de Parilde 2011 |
| Paciente: | |
| CIV: | |
| Luz Ca favy And. Representante Legal: CIV: 17269906 | |

| . 91 | Cingano: | NA, MARTINEZ | HEDI | ESICA DE ADUNCO | CM |
|------|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|
| | Edad: Com Peso: 76 800 7 | Cirugla P. Shasta | CKN | 18 E 12 3/11 | Cally |
| | | ciin: 159 | | 1901 | CAL |
| | i de cièrgico o aigun madicamento, i | innonto a | | Telefonos: | A |
| | lia terido recientamente tos, gripo o libita teriado Aspirina (o similar) de la | regular 42 - Actively | | a le | 266 |
| | in tornado Aspirina (o similor) un to | a differ control and is | | NO es alor | 0.555 |
| | Ho tomado alguna vez diparong? | Common to give? | [07:07] | NO est and | SCE! |
| | |) | K G | as as a | catico |
| | Usa gotas para los opas e para la na | riz? | D. A | 11-1 | 2 |
| | discha o puento? | manti | | Ha tomado De | herono. |
| | one corones on sus dinas | mura | | acetament | On I |
| | | | A S | Then hand | |
| | | | | o de la fee | 10 |
| | | Charley | | | |
| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | 1 |
| | iii giere alguna bebida strobatico | Distancio Interdentario | - | } | |
| | | | | | i |
| | Cuanto fuma (fumaba) y per cuanto p | | | | ! |
| | 1 Realiza algun daparte o ejercicle? | 510,007 | | | |
| | 1 4 00 100 0 storio on- | | 6X m | 1 A = 2 : | |
| | sens duranto una anostasto o une op | na complianción | 1 | Deposte Caleon | a. |
| | 3 Ha sido operado antua? | araciony - | 国图 | \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | |
| | . 6 han dado anastosia (ccal? | | 图回 | 1- Folian | alex 3mass |
| | Character Disputance Open USE of | | | Collegias Say hur D | res Con |
| | de tian tracho alguno tracil Jusion sen | | | 2- falada | 1.00 |
| | The Fred Hairte Callettera ruggers | 95.6657 | | Colom | bre. |
| | Emplorizaraceda actual manuty | dah 3-11 | | 3-Palada | 10 |
| | Ha tutado a surro do atrante de asca | feet coll | □ [iii] | 4- Palad | las 1 |
| | Total Control of the | A A | | 5 6 6 0 | 0-8- |
| | Pernis metal, Rollejo | Problem to co gregula | ción [| 5- Li sabr | o view que |
| | hergustion persistents | obargine o ministratio | 1scil | 6- nas | al plastice |
| | Der sistorio | Proble Line Couls | | 7 - Retor | que Kasal |
| | Consult Reumenia | And Mr Craftinocitics | [_] | 0 | 0 ! " |
| | Enfisored Ent. Pulmency | Lationary Physics | ! | Daugament 1 | 000 |
| | Tyria, Mucayidau | Distretu | 11 | ~ | wang |
| | -total redex | | | o casioned | |
| | Miculted pero respirar | The confundation | [-] | Parte Dana | - · |
| | hatannada carciaca | Piernes hinchades, Va | rices 🗍 | | i |
| | . Arciaca | Problemme de extensia | , - | Pretados | Poi |
| | Tensión amonar etta | Armano | | 10 March 1 | |
| | ension allena, paja | Providences core carnin | الله | Seemon di | 2 |
| | macus caresque | AA) | ar · | a dilla | i |
| | Source resimilaries (TT) | Oublines Assertayes | | Cde Lab | 20 |
| | Copios cardiacos | Venigo, alimes | \Box | 10 0 | |
| | 2 apitaciones | Crar.ers. Paera | | nasa | V |
| | | Convultion Epilopai | a 🗀 | 1 0 | |
| | The coasts | Meningala Felio | | de prode Ex | do |
| | A 13-na, Delig de photos | O HERE NO. 1072 | <u> []</u> | 1,00 | and ! |
| | Ficolomic Tospies | MAD | !_} | lab. | 44 |
| | topatus, Ent. Hopatica | Giacallo (| | | 0 6 |
| | Trustaines he Places | vous to ourle | h [] | LACO | unce |
| | | Otras emeritardes | , | | |
| | Esta intervención sera carcellada po | il algun secure n | fJ | | |
| | P = 0.1 (0 0.1; 0.0; 1,0) | | no no | 1 | |
| | Asy alguna pregunta gus sours had | 27 | | | ! |
| | | - | | | i |
| | | | , | | |

| · | 4 | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|-------------|--|------------|-----------|----------|
| onrisa | 3 | PAR | A USO DE | L DEPARTA | MENTO A | NESTESIO | LOGIC |
| Veneznela | CTL | A (1 1/4 1/4 | , | · • | 1. 1 | 10 | an |
| MBRE DEL PACIENTE | 215 | ANY_ | CATO | ina Mar | nnez | ternan | all. |
| xc 9 | EDAD Lleau | MPI | 507680 | TALLA | 1,59 | m+ IMC | |
| rangajico 20 | CHOPO C | do La | frio - INT | ERVENCION PROF | PUESTA | | |
| DICO IRAIANTE | - New C | | V 00 | | | | |
| AIOS POSITIVOS DE L | A ENCUESTA y (| DEL EXAMEN F | ISICO | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | DA | TOS PO | SITIVOS | DEL EXAM | N FISIC | 0 | |
| lc | mmHg: | | fr | Fc X | | Temp | |
| ASPECTO DE LA PIEL | 1 10 | ZMAL | | | CONCIENCIA | λ; | |
| CABEZA CUELLO: | Becul a | Qo C | de L | Con Contract of the Contract o | | | |
| COLUMNA VERTEBR | AL. D. | 1.1) | 00000 | - | | | |
| EVALUACION PULM | ONAR MVA | resente | uo ao | nego Esterson | METRIA: | | |
| ABDOMEN OSTEO | | DLN | , 8 | ð | GR= 4. | \$80.000 | |
| HD12, Z9r. L | HIO 40,11/ | Glic | 61 mg/h | Plog 331-000 | G.B. | Pī | 12//19 |
| Pn 28"/25,111 | Fibri | ні۷ | (-) | VDRL (-) | Creot. (| 7.7mo/ un | eo30,5mp |
| Oras. O Rh(t) | Colest T = 20% | zmp.h | | | | | 101 |
| EVALUACION CARE | NOVASCULAR 7 | A = 127/8 | 9 FC= 8 | 7×MIN K | f (5/6) | Cofeebo S | ople |
| Rx DE TORAX. | | 7 | | | | | U |
| EVALUACION, Malla | mosti (1) | 2 3 4 | Dulancia I | romentoniona | | Cts. | |
| VIA AEREA: Apenuro | | , , , | Movilidad | | | ; | |
| The reperior | , 0.0. | Close | Close | Close III | Clase IV | | |
| | , | COTA | (000) | (==) | | | |
| | , | | | Jan 1 | 11. | | |
| | | | (and | | | | |
| | / | \mathcal{T} | 1) / | // Y | 14 | | |
| | | Y X | 4 \$ | V D | J. | Ŋ | |
| | | , | 1 | \'\' | | <i>,</i> | |
| | | INI | DICADOR | RES DE RIES | GO | | |
| A.S.A. | | 0 | 11 | 111 | IV | ٧ | Ε |
| JOHNS HOPKINS: | | | JI | 19 | IV | ٧ | |
| VIA AEREA: | | \$ | n | 111 | IV | V | |
| I.M.C. P(kilos) / A (| en metros al cu | iodrado) | | | | i . | |
| IFCAUCA ANGERGO | - SUCEDIOA | 1 | | OBSERVACIONE | sae hi | DIEVO | 00 |
| IECNICA ANESTESICA | SUGERIUA | Giral | | OBST THE ST | 100 | ac F- K C | |
| | | (| | Revisad | n Nova | de Exc | 7-3-11 |
| MEDICACION PRE-A | NIESTESIC A | | | SAP | | | |
| INEDICACION PIRE-A | 1423123107 | Wo | | | | | |
| W. D. C. | .000 | | // 0 | 1ECHA | | | |
| MEDICO ANESTESIO | (OGO | mRos | rudo | (Pa) | 0 17 | -3-0 | 1/ |
| 1 | | | | Caga | 10 | | |