Operation(*)Smile VISITA POST-OPFRATORI Changing Lives One Smile at a Time **1 Semana** □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: Fecha: 11-04-11 Lugar: / 184 Nombre de Evaluador: Avansa **TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE!** Original H. Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugía: Actual H. Clínica # Clínica # (si aplicable) □ FLU □ FLB ☐ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento □ Otro: Sexo: $\square M \square F$ Dia / Mes 1 PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES □ No ☐ Fisura Labial ☐ Infección ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciónes ☐ 1^{cm} cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) □ 2^{da} cirugía ☐ Otro: Fisura Palatina D No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: 1era cirugía Complicaciónes □ No Fístula □ 2^{da} 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 Fístula ☐ Fístula Sintomática ___ x___ mm ☐ 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 ☐ T. Lenguaje ☐ Dental ☐ Pediatría ☐ Obturador DISPOSICÍON ☐ Ortodoncia □ ORL ☐ Genética ☐ Psicología ☐ Otro: Información Post-Operatoria T. Lenguaje Información Odontológica Ha recibido tratamiento de T. Lenguaje después de la Recibió una placa obturadora? □ SI □ NO cirugía?? Si es SI, con que frecuencia uso el obturador? □ SI □ NO paciente ha tenido problemas con el obturador? SI NO Si es SI, cuántas sesiones por mes? Si es SI, cual problema : 2908-11 - Re-Evaluación. Lolucia Satos factoria, se civira continuar terapia de leuguezo Re evaluer I dio 2012 -





Op. Sonrisa No.___

NOTA OPERATORIA

	. •	Ciu Fec	cha: 1- 1. 2011
APELLIDOS	Leel.	NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	DERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	A INJERTO CUTANEG
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRAN	NED F. C.R QUEMADURA
	lea Wordid Kill 188 te de Auto	lotud S	
	NOMBRE	FIRMA CIRUJANO:	
	TIONES: NINGUNA	VIA AEREA	HIPOTENSION MUERTE
OTRA:			

NOTA: ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECIÓN, O COLOQUE D = 1 B 0414 IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD





AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Por la presente los abajo firmantes, en calida	nd de Paciente y Testigo respectivamente,
hacemos constar que se nos ha explicado de ma	nera clara y con detalles las indicaciones
riesgos y beneficios del procedimiento m	édico y/o quirúrgico a someterse e
Paciente fish Leal.	·
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 prácti	7
detalle al paciente Just lune	
9	
Sobre la base de este conocimiento, AUTOR	RIZAMOS a realizar el tratamiento médico
y/o quirúrgico y, en caso necesario provenga a re	ealizar cualquier otra práctica médica que
ameritara el paciente, asumiendo así mismo l	os costos derivados de las eventuales
complicaciones que se pudieran presentar, entendi	das por quienes consentimos bajo firma la
presente AUTORIZACIÓN.	
Caracas, a los <u>J°</u> días del mes de <u>GJ</u>	rel del año 2011
PACIENTE: Just Leat	TESTIGO: ana brespo
FIRMA:	FIRMA: Off.
C.I:	C.I 18853522
1	

EVALUACIONES



)	
А	Apellido 1ero y 2do: LEAL CRESPO	# Operación Sonrisa: OBO
	Nombre 1ero y 2do: JOSE DANIE!	Ciudas: Cacul
	000	Fecha: 12-03-11
	0	
A	Acompañado por ANA CRESPO	Relaction con el Paciente: MADILE
1	DIRECTION GENERAL DEL PACIENTE: DIRECTION SECTOR SOROCATUA 1 TUTERCOMUNDO TURMENO	
,		
	Ciudad: Depart	tamento:
	Telefono: 0412-943 1694 Celular	0916-2013466 0426 2397252
		7. 2 1.2 1.2 1.2 2 1.2 2 1.2 2
	Localizacion del Telephone:	·
	Distancia recomida:	kms / horas (encierra en un circulo)
	□ A pie □ En burro/caba¥o 12 Bus □ Taxi	☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
_	Género: D'Mascurlino Fermenino Escribir el mos en letras (ej:mos: Junio els: 10 año: 2002) Fecha de Nacimiento: Mes: SEPT. Dia: 16 Mo: 2:00 6 Edad: años l' mesos (encierre en un circulo) Numero de Hermanos: Vivos: 2 Muertos:	Examinado previamente: DOSH DOTO PARTICULAR EN LOS SAMANES Operado previamente? DOSH DOTO Si OSH, Expediente * año Tipo de Cirug a: LABIO Complicaciones: NINGUNA
	Miembros de la familia con labio o paladar hendido: l	□ Madre □ Fadre □ Hermano □ Hermana
L	HISTORIAL DEL PACIENTE: Medicamentos que esta lomando: Ninguno Anti-malaria	□ TBC □ Otro:
	Vacunas:	WR [] Otro:
	Alergias: NKA Otro:	
		erdio el bobé, Explique:
		Superior 🗆 Horetitis 🗀 Maleria 🗀 TB 🗀 Otro:
	= mgatto a comando a con	DI
		o [] Otro:
	The state of the s	
		Otros Examenes:
	Hemoglobina:	a/dL ·

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Anellido tem v 2do		# Operacion S	Sonrisa:
		Ciudad:	
Nombre 1ero y 2do: _			
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:		
O f Usbio normal			
ancompleto (incompleto)		moleta Der	6 Block (diby)
O 3 Der Unital Incompleto		NUNC -	19 Black reparasionnoleto II 12 Bilator reparasi
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta mis	E REPARACION DE LABIO	(Circule unicamente el	procedimiento que se
□ Ninguno □ Labio Uni	•	vision de Cicatriz 📋 O ra re	ormaine de labio
Notas de Evaluacion:	THE COUNTY OF THE PARTY OF THE	VISAN DE CICATRE LI O 13 14	paración de lauto
_			
DIAGNOSTICOS DE	PALADAR:		
C 13 Paladar normal	•		
O 14 trq United Alveoter Incomplete	O 18 Der Unikri Competta con Fisurii Alveolar	O 22 Subn wooso	O 26 Der Unitatiera Completo Dure y Sumve
D 15 kg Unåst Completo con Fisura Alveolar	19 Der Compteto tzq Incompteto	O 23 Suave	Oura y Suave
Der Incompleto	I) 20 Blue. Incompleto	dura y summe	
C) 17 Der Under Avvenher Incomplicite	Complete	C implete dura 's surve	•
29 Paladar Unitat Reparado	☐ 30 Paladar Blat Reparado	O 31 Insuficiencia Velobar	ingea reparado
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta	E REPARACION DE PALAC	DAR:Circule unicament	e el procedimiento que
Divinguno DiRevision de pa	eladar DOrticochea DColgajo Farinç	eo 🗋 Colgajo de Vomer DOtr	a reparacion paladar
Notas de Evaluacion;			
	011111	(1) 1 Resi	
	4000000	e The volt	

PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:
	Ciudad:
Nombre 1ero y 2do:	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	
O 32 Day Nassah	D 38 tzq j Dor Alv solur
O 33 trq Alveolar Alveolar	O 39 izq y der Alveoler y en lerior O 42 Junet d Oura y Suav
Disect alreadar y america y america	O 40 lzq y Dor Alveolar, as tarlor y ineciso O 40 lzq y Dor Sum
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Mai	rque unicamente el procedimiento que
se realizará en esta misión)	
* ONinguno ORa	eparación de fisti la
Notas de Evaluacion:	
	8 Deficiencia de Critumelta
☐ 46 Deformacion ruscal unitateral der ☐ 46	9 Desviacion Septi il
Cl 47 Deformacion norsal bilateiral Cl 5	0 Otna Narrix (dibuji :)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ Marque	e unicamente el procedimiento que se
DNinguno OR	eparación de Disviscion Septal
	śnoplastia (hueżo y cartilago)
DReparation bilateral de nariz	Stra reparación de nariz
Dinjecto de Cartilago	
Notas de Evaluación:	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



Apellido 1ero y 2do:		# Operacion Sonrisa:
		Ciudad:
Nombre 1ero y 2do:		Fecha:
OTROS DIAGNOSTICOS:		
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:	
☐ Deformidad Craneofacial		
☐ Hemangioma		
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/leaser		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro:		
PROCEDIMIENTO PARA ES	STA MISION:	
☐ Ninguno		
☐ Liberacion de Contractura + I	njerto de piel de espesor completo	
	njerto de piel de espesor parcial	
☐ Liberacion de Contractura con		•
☐ Craneofacial		
☐ Excision de nevo/ tumor/ quiste/ lunar		
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
□ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor tota	al	
☐ Injerto de piel de espesor par		
☐ Excision de Cicatriz con zetoplastia		•
☐ Injeccion de cicatriz		
7 Otro:		
Notas de Evaluacion:		

EVALUACION DENTAL



Apellidos: <u>JEAC CRESPO</u>	- Operación Sonnsa.
Nombres: NOSE DANIEL.	Ciudad:
Edad: A Representante: ANA CREEPO .	Fecha:
EVALUACION:	- 1.1.
Dientes ausentes:	Dientes cariados: 34/64/74/8
Diente de la brecha (características):	
Paladar: HP Z/3 POSTERON .	
Labios: BECUELA HIL.	
Alvéolo: FRELA H.R. 1766	
Patología:	
Otro: GOPERNOMERANTO 62 / MC	ONICAT. 128
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodorcias:	orio 🔲 A realizarse en el Quirófano
Referido a Sigma dental: Properatoria	☐ Profilaxis y prevención
Referido a la consulta de OFM: H. LOS SAMANTES	· (HARACAY).
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL	DE LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratamiento: Desde el nacimiento	Otra fecha :
Tipo de aparato:	
NO CE ALAIA	
☐ El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación	
El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución _	
☐ Tratamiento regular ☐ Tratamiento no reg	
Comentario final: Si se recorriero	2 mission 1
J. Je Technique	as all all a
Nombre y Firma del odontólogo:	
Nombre y Firma del odontólogo:	





HISTORIA PEDIATRICA

ANTECEDENTES PRENATALES:	(lance)
Embarazo controlado: SI V NO, G	Sesta II Embarazo deseado: SI NO NO
Vitaminas: SIV NO Radiaciones: S	I NO Contactos con pesticidas: SI
NO Uso de drog	gas : SINOanticonvulcionante DO
	, Cuando: Tabacos: 51 NO:
Cuando:	
	una a dom rue o rue rue rue ser encin?
in tecon de	erdera alengue tomaba las estalmmen.
() Oncerniance autoriorner () () ()	Cuphence Hen Micrograms
Hubo complicaciones/especifique:/	Om seend, Asma: * Alergias:
Afecciones cardíacas: NO	On cenas , ser to erecos. On cenas , ser to erecos. On cenas , ser to erecos. Alergias: Alergias:
	Altma Ensis en Enero 2011.
EXAMENES DE LABORATORIO:	Mon. 8.7.
Hb: 11-7 Hcto: 385 . Leucocitos: 86	00 - Segm: 742. Linf: 17-1 pt 12/13 ptt 28/24.6
Plaquetas: 434000 Tipiaje: A (+) VD	RL: (-) H.I.V: (-) Exa.de Ormai
Exa.de Heces	
RX DE TORAX:	glicemia 76 Unea: 239 Creat o.
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:	,
Λ	
DIAGNÓSTICO: Lleaderlesco	Jahral Consefulce
flenderleen pulle	Ona prolem
INDICACIONES DEL Jahren	dealtal
PEDIATRA: 01-04 11 / Evalua os	on Jalistaciona Jours
Resource Application of the Control	
	Mulica
 Interview of the control of the contro	In California June 1
	Dyn. Maylu Collago Mulica Dyn. Pediatra Aemaratogo Pediatra 2252 700
	M.SO.5
	Firma del Pediatra

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

HABLA

Diagnostico:	
Labio heudido: unilateral bil	ateralcompleto incompletooperadono opera
/	
daladar hendido:duro y blando d	uromandocompletoincompleto operadono opera
Fistula Alveolar	Palatal otros:
¡Sospecha de problemas Auditivos?:si	Palatal otros: no. Referencia:si n
Sección I: (Llenar solo una de las des seco	ciones) o de presentar retardo en la adquisición del lenguaje.
Paladar Hendido pre-locutivo, con riesg	o de presentar retardo en la adquisición del lenguaje.
Sección 2:	
Patrones de la límites de la esperata pas	a su edad a estimada / reportada nival de desarralla
Procesos fonológicos (no esperados par	a su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo. a su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo.)
Emisión Nasai en fonemas de alta presid	ón oral
Articulaciones compensatorias: Oc	clusivo: glótico: ; faringeo: ;
Otros:	cativa: Nasal:; faringea:
Habilidad para mejorar el habla al repe	tir: buena regular pobre
Inteligibilidad del habla:	buena regular pobre
Resonancia Oral / Nasal:	
	binada Hiponasalidad otras:
Destrezas Oral-Motoras:	
Dentro limites normales Dific	cultad:Leve moderada a severa severa
Alimentosións Decumpitación Nacch	
Alimentación: Regurgitación Nasal: problemas con sólidos	
problemas con solidos sol	problemas con sólidos y liquidos amente problemas con líquidos solamente
Desarrollo de Lenguaje:	
Comprension: dentro de los limite	s normales para su edad retardado para su edad
Expresión: dentro de los límite	es normales para su edad retardado para su edad
Comunicación en lo pragmático y en lo	social:dentro de un rango aceptableno aceptable
Interacción con sus compañeros:	adecuada inadecuada
Rendimiento Escolar: atento(a)	Desatento Inquieto
nivel educativ	o adecuado Bajo rendimiento
Avuda Familiar:	_M/E
Potencial estimado para mejorar el habla	así como otras destrezas relevantes: bueno regular po
1 otolicia Gilliado para incjorar di labia	moviments of OFA, Reconstanta reforzamiento.
v Médico Cagua - Natast	ra Chinecosky. 12/3/11
Rendimiento Escolar: atento(a) nivel educativ Apoyo de Terapia del Lenguaje: si Trabaja: si no Ayuda Familiar: adecua	Desatento Inquieto o adecuado Bajo rendimiento no. Referencia: sí no N/R



FICHA PSICOPEDAGOGICA
JORNADA: Coque 12/03/11
I IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre completo: JOS6 Doniel feul Crespo Lugar y Fecha de Nacimiento: Sala peulo Curren Del 09/09 Edad: Sexo: Escolaridad: Joseph Graelo Plantel: Tauela Houle II Ubicación: Zoro course II El paciente vive con: Hama; papa Z. Hyperos. Observacion: En caso que el paciente no estudie, indicar razón:
en caso que el paciente no estudie, mulcai fazon.
El paciente trabaja:
 Nombre Completo: Ana Caspo Nexo: Edad: Z7 C.I. 18,853.522 Grado de Instrucción: Bachiller Profesión u Oficio: Del Hogor Domicilio: Sector Zospicarno I Callo Sente Succentro 33 Teléfonos: 0912) 9931699 0916) 243466 Observaciones (Integración Familiar): Hana papa, 2 heyrans
Embarazo:
Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:

wanejo u	el paciente en el hogar: ES asma inesperació
Cómo del	fine a su hijo: 75 mel covinoso, Ologe .
Rendimie	ento Escolar: la memi noneprito See espe meto Isular es sepo
Adaptaci	ón Escolar, a la Comunidad: Se inlegre con
Presenta situacion	emociones como angustia, tristeza, alegría, seguridad, entre otras, en que es? So los nomols de linduos
•	ón, cuando ingrese al Área de Transición. Explique conductas que puede
manifest	tar. Si tiene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento:
manifes	
	del Representante: Sy manu husani
Actitud	tar. Si tiene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento:
Actitud	del Representante: Su manu hustini del Representante: Su manu hustini del Representante del Algundud al hustini del Representanto del Representante del Repr
Actitud (del Representante: Su manu hustini del Representante: Su manu hustini del Representante del Algundud al hustini del Representanto del Representante del Repr
Actitud (del Representante: Su manu hustini del Representante: Su manu hustini del Representante del Algundud al hustini del Representanto del Representante del Repr



AUTORIZACIÓN

Nosotros, ANA CRESPO, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 18.853522 y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Jose Leal, de
6 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: (2005, 12-03-11,
Firmas.

(2011) YZCG80



-			
		<u> </u>	
			 ·
		-	
	_		
	<u> </u>		
EN CASO	DE CIRUGIA:		
• SU	JTURA REQUERĮDA		
	•		
_ TI	IDO EXIDOTE A OLIE AL DE	COLUEDIDO	
• Tt	JBO ENDOTRAQUEAL RE	EQUERIDO	

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HISTORIA DE ANESTESIA

PULL BUTTERSHALED	700	1 12	
MACLE DOLLENA TO THE ACTION OF THE PARTY OF	1 1	ndido.	
tilalep	lastia	L a Might	ita
ABA I 🖂 🛎 🗆	x	HOTA BURNA INEL	unatico.
To Sonath and So Domas	Dr : Jaws Ordser		ndo / Filises Ochon)
THE THE STATE OF T	Tax till	TRENIES	A commence of the way
Les of want Naturt	remaines.	fal To	Tencurade
Les Inter Transor. Is	THE Y	E-AMESTE SIGO	POTABLE:
- Journ - Jo	27790		
		77	
20 40	h / 16 (7) 16 (a)	7 1 10 100	
Second Property of the		745 (6) 15 30	/ HILHTO
No of a			Fudución MIXTA
03 16 2			THECARA: Ser flumus 3/
Fertapit trus 20 100			- 1 1- 1 1.0
Roewsoniumm			IV Tentani 20 /20 Rocuronum 10 mg
preparal 40			Proposal 40mg
TAID no			fright to
PAU(5)			TUSOT: N= 5,55/M
500	100 100 100 -		O. Court Pruste sico
respectation 12	43 39 39		Dantered //Lles
0781001			Ventilaum Controtado
·			manual.
			Protección seular
verball 22 cast)			Bloques N. Palatus
			and med - post
			Superacause 954
		****	CONTIDUR SEPTIMALES
6 OR RELIEF			<u> </u>
Ringer Factor Son			9
Examelyona po 4			•
Cefanolina no suo			
Dictional May 195			A
Ciclo Marine Mario HENDEY	leevade S	n Cleo20	₹
ac	ee rodo	n N.S	· ·

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO: Labio	Paladar Fistula Hemangioma Ligadura Art.	otros:
ANESTESIA: General	Local Otra:	
Nombre del Cirujano	Mombre del Anestesiologo	

M de Historla.
CAGUA OLOFT
JOSE LONG
Nombre y apellidos.
7 420
Edad:

The same of the sa
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus SITIO DE LA CIRUGIA: NORMAL Sangrado Dehiscencia lento Activo
HIDRATAÇIÓN:
IVF Gt&s/Mgotas:
MEDICAMENTOS
Catallan: Supo:Mg Suspensióngr
Keloprofeno: IV
Doricum: IV
Nubain: IV
ESCALA DEL DOLOR:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEMS	INGRESO	CONTROL	CONTROL	EGRESO
Hora	7815	7:30	7:15.	
Temperatura	1			
F.C	16 px	100	1024	
T.A				1,000001
F.R	26×	1465	22+	
Sat 02	987	98%	963	

Otros Medicamentos:	200 May	DUBAW	4:15 p	Pu(c)
Observaciones:				į.
			An	
				7.55
		ELAMA, DE E	GREED Y NOM	BRE LEGIBLE.



AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa
con sede en Cargun
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 artículo se emplearan exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"
Paciente: CIV:
Representante Legal:

CIV: 18853522

CUESTIONARIO PA. EVALUACION PREANESTESIC. DE NIÑOS

MENORES DE 12 AÑOS Fecha: 12.03, 2014ora: Nombre: No Historia: Cirujano: Cirugla Propuesta: Telefonos: Edad: Talla: CAN.C. Peso: Representante: 1. Es alérgico a algún medicamento, alimento o al polvo? **~•** 2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de garganta? ~ -3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 días? Ha tomado alguna vez dipirona? ~• • Toma algún otro medicamento? **~** Usa gotas para los ojos o para la nariz? ~ Usa lentes de contacto? 700 4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries? Cuantos dientes tiene? 5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello? Tiene alguna dificultad para abrir la boca? ne l Medida Tiromentoneana..... Distancia Interdentaria..... 6. Nacio de parto normal? -~ Nacio de parto instrumental o cesarea? no Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer? 7. Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno? ~ Requirio intubacion y ventilacion mecanica? ~ Quedo alguna secueta de lo anterior? 700 ~ Presento Ictericia? Tratamiento 8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal? ~ El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia? ~ -9. Ha sido operado antes? Le han dado anestesia local? Le han dado anestesia general? Le han hecho alguna transfusión sanguínea? 10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna complicación sena durante una anestesia o una operación? ~ 11. Edad de la menarquia: 12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades Ulcera, Gastritis, Vomitos. Anemia, Leucamia Hemia hiatal, Reflujo Anemia drepanocitica Indigestión persistente Enfermedad tiroidea Diabetes Bronquitis, Neumonía Enfermedad Pulmonar Tto con esteroides Flems, Mucosidad Problemas de columna Asma, Bronquiolitis **Artritis** Dificultad para respirar Problemas para caminar Enfermedad cardiaca Debilidad, desmayos Soplos cardiacos Vértigo, Mareos **Palpitaciones** Ceguera, sordera Fiebre Reumatica Convulsiones, Epilepsia Problemas renales Meningitis, Polio Trastomos nerviosos Dolores de cabeza Problemas de coagulación Vacunas. Hematoma o sangrado fácil C.1. 5.303.5.77 Otras enfermedades Dr. Adolfo Hepatitis, Enf. Hepatica 12. Hay alguna pregunta que desee hacer? no

aca svaluación preamestesica de adultos gambro: Circiano: flo Historia: Fe. . 4: Girugla P. Spliasta: Ēdad: Peso: Hora: Tuin: : Es dérgico a sigún madicamento, climento o el polvo? Telefonos: a tra teredo reciontomento tos, gripo o dolor de perganuty Si Ha tomado Aspiring (o similar) un tos últimos 10 diest ... 1... Holicmado alguna vez diparonal Toma algún otro medica/riento? 200 usa gotas para los ojos o para la nariz? ro Usa lentus de contacto? a hane planchs o puento? one coranes en sus digittus frontalus? rene diantes flojos, estiducas a con consult (22) ം ്രാം alguna dificultad pare inover of യപ്രദാ Tiens cigune dificulted para aborde bocar [20] Medida Tiromentonearia ... 100 discount papida alcoholica inas de una vez al die? Distancio Interderitario. 70 Fuma o lo hizo algune voci un su vida? Cuanto fuma (fumada) y per cuanto tiempo? [F] [F2] r Realigu algun daporte o ejerdicie? a má tenido o stoún pariento suyo otguna complicación 1,2 sens durante una enustazia a una operación? 🙄 Ha sido operado antua? no . 6 han dedo enustosia local? 1=0 on their dedo principality Gother (17 مم ue han heend **algun**a tradictionen pengulmo? 1.13 Pastra de la ultima rugra Esta on Danaceda educe nation til ha sulade a **suiro do** abgunti de estas ontonaccados: [1.2] Clears, Gastriffs, Vomitori Problemus de opegulación remis pictat, Rondjo Remaisment or pergresso (sei) hid gashon persistents Por little Line Chairs Conducts Neumenta Anadar Continuation Erifsonia Ent Pulmoner Enformaded therasa Phono, Motosidad Distratos -೨೧೯೭, ಕಲರಲು Tto con deteroldes Lificulted para raspira Plaraus binchodas, Varices Enformedad cardiaca Problemes de columbia ension amorini etta Action ension arterial paya Profilences dere carninar macco cardiaca Dublished, duarrayos Spare reumanda Vertigo, Marries scosioned soldoff Cagnera, Condera ²ಾರ್ಡಿಯಾಗಿಕಾ Convulsion o Epilopsia ್ಯದಂಪಿಕಾಕ Meninguis, Felio Airgina, Doist de pactica Ordania de de vordi Probleman, renaves ല്ലേയം. . порожил, Епт. Норошей Vacuant ไลยราวเดอร์ กษณะเวชอร์ Ovas emercadades L. Esta intervención sera cancellada por algun seguro o piensa Ud. podir un reemplicus? C hay alguna pregunta que cabre hace o 1:: no i ic 1:10

เก <mark>ล</mark> เกล็เกม	EVALUA	ACION F	HE-A	NESI	E31
onrisa	PARALISO	DEL DEPARTA	AMENTO A	NESTESIO	i ogi
Veneznela	1 / 1030	DEC DEFANTA	AWILITIO A	1112312310	Loui
OMBRE DEL PACIENTE 392	e feet,	••			
C M LEDAD 60	prso 21	KS TALL	1.11 ~~	A. A. A. March	
SINCSINCE Paladan HI	4.0	/)	\1)/	tollar	-
		_ INTERVENCION PRO	SPUESIA 190	39.00	
CICIO IRAIANTE					
AIOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA	y DEL EXAMEN FISICO				
The second secon					
С	ATOS POSITIVO	S DEL EXAM	IEN EISIC	<u>`</u>	
ic mmHg:	Fr.		X'.	/ femp	
ASPECTO DE LA PIEL SLA	, .		E CONCIENCIA	70 11	
CABEZA CUELLO MONSOLO	Adoguado -	100 0	E CONCIENCIA	08/000/0	601 /
COLUMNA VERTEBRAL SZA	Adducate				
EVALUACION PULMONAR ALON	and to be been	f cspinc	OMETRIA:	:	
ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR	87-1	CSFIRC	ANTE HOLA.	Cm (0	
Hb M 4g (W H10 385%	Gic Hone W	Plog 434	C 00.00	1 26 p	13/40
1.4.00			G.8860	The area	2-1
~ 10/20	HIV (-)	VDRING	Creolog	19/2E	reo 230
Olios. Tipurie. A+					201-0
Rx DE TORAX	₹			fecho	431031
					
EVALUACION: Mallampati VIA AEREA: Apertura Orol	Movil	ncia Tiromentoniana Iidod Cervicat		Cts.	
	Clase (Clase	c ii Close III	Close IV		
	(000	1000	(17)	N;	
	(Salar)	a) ((~~)	1	J)	
	()()		1 116	M	
	1 1 1) (4	V)	
		I I I	J	19	
	INDICAD	ORES DE RIE	SGO		
A.S A. , ,	(1)) 111	١٧	V	E
JOHNS HOPKINS:		12)	IV	V	
VIA AEREA	(F)	10	IV	V	
I M.C. P(kilos) / A (en metros al	cuodiodo)			1	
				1	
1ECNICA ANESTESICA SUGERIDA	Λ	OBSERVACIO	ves.	.]	
Nebahzar	Center of Cin	yre. S	2 police	ta exa	Eme
MEDICACION PRE-AMESTESICA	Lubletone.	SAP	1/		
MEDICO ANESTESIOLOGO		ISCHA	7	11	
COICO AIRESTESTOCOGO	A Ochocarado	303. DE 184	2.03.2	7// .	
	5.8.5.288				
	-				