## **EVALUACIONES**



Apellido 1ero y 2do: MOLGANO TENNANTE # Operación Sonrisa: 58
Nombre 1ero y 2do: JACKELYNE MARLIB Ciudas: CARACAS (SANATICIX
#03H: #594.359 # Expediente local: Fecha: 19/11/2011
Acompañado por: Relacion con el Paciente:
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:
Dirección: VALLE VERDE LALLE 1 DE MAYO CARA N 85
breash, with the state of the s
Ciudad: 6UATILE Departamento: 7174074
Pais: VENEZULA
Telefono: 0212 839 7875 Celular: 0426906 4624 /04/64265184
Localizacion del Telephone:
Distancia recorrida: 30 KM / 46 MM kms / horas (encierre en un circulo)
□ A pie □ En burro/caba¥o 10 Bus □ Taxi □ Bicicleta □ Carro □ Avion □ Bote
Género:   Mascutino   Fernenino   Examinado previamente:   DI/OSH   Otro
HISTORIAL DEL PACIENTE:
Medicomentos que esta tomando; □ Ninguno □ Anti-materia □ TBC □ Otro;
Vacunes:   Ninguna   Polio   DPT   MMR   Otro:
Alergias:   NKA  Otro:
Embarazada? 🔲 Nó ' 🔲 Actualmente 🖂 Perdio el bobé, Explique;
Infeccion:   Ninguna
CNS:     Negativo   Convulsiones   Otro:
Lungs:
Corazón:   Negativo   Hipertension   Soplo   Otro:
LABORATORIO: Hernatocritos: % Otros Examenes:
Hemoglobina: g/dL

## Operaçión **Som r'ésa**

NOTA:



Op. Sonrisa No.\_\_\_\_ Ciuclad:\_\_\_\_

Fecha:

### NOTA OPERATORIA

PELLIDOS	NOMBRES	
NESTESIA GENERAL	LOCAL LO	OCAL / SEDACIO
OPERACION: QUEILOPLASTIA 18	PALATOPLASTIA 18 CIERF	RE FISTULA PALATAN
QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a EX	KCERESIS DE TURNOR
RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHEA	INJERTO CUTANEO
INJERTO	PROCEDIMIENTO CRANED F	. C.R QUEMADURA
OTRO: Kinoseptoplastiz.	transcription to the contract recognition and the contract contrac	
Haras a Nombre	Ozill - Willia Palace El FIRMA CIRUJAÑO:	£97.
NOMBRE COMPLICACIONES: NINGUNA	E / FIRMA CIRUJAÑO:	igg. HIPOTENSION

Fundación Operación Sourisa Venezuela.

4. Intermita: La nero Revidencial el Bosque, Res Venezuela. Afei: C (neo 30) - Lucaco y 1111.

Letefox: (382) 761-35-20 | foi 55-27 | Small scarlessobile themson or:

IDENTIFICAR LIBICACION DE LA DEFORMIDAD

ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECION O COLODUE DE LA CARRESTA

## DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



		_		
Apellido tero y 2do:	•		Operación Son	nrisa:
			Ciudad:	
110111010 7210 y 200			echa:	
DIAGNOSTICOS DE L	ABIOS:			
O I Cabio normal				
O 3 Der Unitat. Incompleto	Complete Sin	O 6 Blat. tzq complete, Der incompleto O 7 Blat Der completo, Izq	mcompo	deto (dibu
		Incompleta		reparak
	REPARACION DE LABIO	(Circule uni	camente el pr	ocedimiento que se
realizara en esta misic			-	o de la de tabla
☐ Ninguno ☐ Labio Unila Notas de Evaluacion:	rteral 🗆 Labio Bilateral 🕱 Re	avision de Cicatr	tz U O rai nepara	Oon de labio
TOWN OF CYCLOGOT,				
DIAGNOSTICOS DE P	ALADAR:			
II 13 Paladar normal				
O 14 trq United. Alveolar Incomplete	O 18 Der Uniter Competto con Fisura Atvoolar		) 22 Subri wasa	O 26 Der Unikatera Completo Dure y Sume
D 15 Izq Unitar, Complete con Fisura Alveolar	D 19 Der Completo tra Incompleto		() 23 Shave	C) 27 Blat Complete Ouro y Suarre
Der Incompleto	O 20 Black Incomplete		CL 24 Prisiterior duro y eurore	C) 28 Otro Palada (dibujo
D 17 Der Undur Ahreotar Incomplete	Completo	W O	25 tzq Ukilaloral Crimpleto duro y sueve	
Cl 29 Paladar Unital Reparado	O 30 Paladar Bitat Reparado	0.31 hsu	ficiencia Velobringea	геригадо
se realizara en esta m	REPARACION DE PALAC ision dar Donicochea DColgajo Faring			
IMMED OF EASTORCOU!			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	The state of the s	Par Dr	or 15	1, 1,
	1	. 2.	17	14/4

## DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



		_			
	Apellido 1ero y 2do:	Ţ,	Operacion Sonn	53:	
	Nombre 1ero y 2do:	_   (	Ciudad:		
		-   I	echa:		
	DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	L			
	0 32 tzq ressil 9 0 35 Dor Nasal	- Ta	[] 3# tzq j Der		() 41 Du
Ë	Labert Laborat		Alexander	2	3 62
	D 33 tzq Alveolar  Alveolar	رمي ا	□ 39 izq y der Nveoler y en jerior		] 42 Junet d Duro y Suerv
ť	O 37 Der Alveolar y enterior y enterior	? ;;	O 40 lzq y Der Alveolar, as lector y inedio		() 43 palada Suam
	(dbuje)				
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Ma se realizará en esta misión)	rque	unicamente el p	procedimient	o que
;	Datientes	oaració	on de fisti La		
	Notas de Evaluacion:	·			
_					
•	DIAGNOSTICOS DE NARIZ:				
	☐ 45 Deformacion reseat unitateral toq	Doloo	ncia de Critumolta		
	☐ 46 Deformacion ressal unilateral der ☐ 49	Desvis	don Septial		
	☐ 47 Deformacion narsal bilateral ☐ 50	Om N	uriz (dibuj :)		
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ:Marquirealizará en esta misión	e uni	camente el pro	cedimiento q	ue se
	DNinguno DR	eparació	on de Disvisicion Sep	tal	
	Reparación unitateral de narix	noplasti	ia (hues o y cartilago)		
	man in the second secon		ración (le nariz		
	Dinjecto de Cardiago	•			
	Notes de Eustinailes				

5-

## DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



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

## VISITA POST-OPERATORIO



Changing Lives One Smile at a Time

☐ 1 Semana	□ 6 Meses	□ 1 Año			aa.rg	y concession same determine
Ciddad.			Feo Nombre de Evalua	cha: dor:		
POR FA	VOR LLEI	NA TODA L	A INFORMA	CIÓN CO	MPLE	TAMENTE!
Original H. Clínica #	Actual H. Clínica # Apel (si aplicable)		lidos y nombres del pa	ciente:	Diagnostico ANTES de la cirugia	
			ha nacimiento: / / Día / Mes / Año			UPP U Quem.
PROCEDIMIENTO			COMPLICA	CIONES		
□ Fisura Labial □ I era cirugía □ M-2 da cirugía	No Complicaciónes	□ Infección	Dehiscencia%	ì	lel surco lab	nuscular pial superior (solo en FLB)
□ Fisura Palatina □ 1 <sup>cra</sup> cirugía □ 2 <sup>ds</sup> cirugía	□ No Complicaciónes	☐ Dehiscencia% ☐ Infección ☐ Otro:	Localizació  No Fístula  Pre-Alveolar  Post-Alveolar  Union de paladar puro Paladar Duro Paladar Blando Union de paladar c	duro con paladar		Dibuja localizacion de fistula:
☐ Injerto Piel	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	xmm  Pérdida injerto  %	Sintomát  Otro:		
☐ Colgajo	□ No Complicaciónes	□ Infección	□ Necrosis Colgajo %			
Otro Proc: Richosephophshi.	☑ No Complicaciónes	□ Infección		es o comentarios	:	
DISPOSICION	☐ Posibilidad o	de cirugía	0 0	Dental Genética	□ Obturac □ Psicolo	
Información Post-	Operatoria T. L	enguaje	Informa	ción Odontoló	ógica	
Ha recibido tratamies cirugía??	nto de T. Lenguaj □ NO	e después de la	Si es S	-	iencia uso c	SI 🗆 NO el obturador?
Si es SI, cuántas sesi	ones por mes?					el obturador? 🗆 SI 🗖 NO



	•
SECUENCIA DE TRATAMIENTO	
	***
	•
EN CASO DE CIRUGIA:	
SUTURA REQUERIDA	•
• •	

TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

;;



INDICACIONES DEL



### HISTORIA PEDIATRICA

## ANTECEDENTES PRENATALES: Embarazo controlado: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_, Gesta\_\_\_\_ Embarazo deseado: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_ Vitaminas: SI\_\_\_\_NO\_\_\_Radiaciones: SI\_\_\_\_NO\_\_\_, Contactos con pesticidas: SI\_\_\_\_ NO\_\_cuando?\_\_\_\_\_Uso de drogas : SI\_\_\_\_NO\_\_\_anticonvulsionante\_\_\_\_\_ anticonceptivos? Otros: , Cuando: , Tabacos: SI NO Stress durante ei embarazo: SI NO Cuando: ANTECEDENTES PERSONALES: Operaciones anteriores: SI NO Cuantas: , B én toleradas: SI NO **EXAMENES DE LABORATORIO:** Hb: Hcto: Leucocitos: Segm: Linf: Pt Ptt Plaquetas: Tipiaje: VDRL: H.I.V: Exacts Orina: Exa.de Heces Otros: RX DE TORAX:\_\_\_\_ EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: DIAGNÓSTICO:\_\_\_\_\_

Firma del Pediatra

PEDIATRA:

## **EVALUACION DENTAL**



Apellidos: Jolgad	6 Harra	ndiz	# Operacion Sonrisa: <u>S8</u>
Nombres: Jaque			Fecha: 19/11/11
Edad: <u>23</u> Repres	sentante:		redia.
EVALUACION:	/	Rosto Podicolor.	38,43,47
Dientes ausentes:	16,15,14	,12,11,21,22 Di	entes cariados: W/X8/
Diente de la brecha (c			-
Paladar:			
Labios:	o perado	(北レノ北)	
Alvéolo:			
Patología:			
Otro;			
TRATAMIENTO RECO	ratamiento		
Exodoncias: 14		A realizarse en consultorio	☐ A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma d	lental: /Z	l Operatoria	Profilaxis y prevención
☐ Referido a la consu Otros: (Rayos X, biops	ılta de OFM: _ sia):		
TRATAMIENTO REAL	LIZADO DE O	RTOPEDIA FUNCIONAL DE	LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratam	niento:	☐ Desde el nacimiento	☐ Otra fecha :
No recoerds.	•	Tipo de aparato:	
10 11 mg			
	de OFM se rea	aliza por la Fundación aliza por otra Institución Tratamiento no regular	
Comentario final:	ites or	operatorios y and	
So cocomand	scalizat	accompanion of the	of solver
le cingle R/u	14 /4	Obsidences of waa	many contres as
Nombre v Elma del ed	ontáloga: Ca	large Carin. aviella Moreva 19/	
	ouroioño: 20	millo Marria 19/	14/11
		aviil a love to	. /

### HABLA

### Diagnostico:

Labio hendido:unilateral	_ bilateral _	_completo _	incompleto Lope	éradono operad
Paladar hendido:duro y blando	durobl	andocompl	etoincompleto (	operadono operac
Fístula Alveolar ¿Sospecha de problemas Auditivos?:	Palatal sino	oti Evaluación	ros: :sino. Refe	rencia:sínc
Sección I: (Llenar solo una de las dos Labio Hendido pre-locutivo, con Paladar Hendido pre-locutivo, con r	riesgo de pre	sentar retardo e sentar retardo e	en la adquisición del l en la adquisición del l	enguaje. enguaje.
Sección 2:  Patrones de articulación:  Dentro de los límites de lo esperados  Procesos fonológicos (no esperados  Emisión Nasai en fonemas de alta p  Articulaciones compensatorias:  Otros:	para su edac resión oral.	d o estimado / r	reportado nivel de des	arrollo.)
Habilidad para mejorar el habla al r	epeur: _	ouena	regular	poore
Inteligibilidad del habla:	-	buena	regular	pobre
Resonancia Oral / Nasal: Hipemasalidad Nasalidad o	combinada	Sere Hipona	asalidad otras: _	·
Destrezas Oral-Motoras:  Dentro límites normales  Alimentación: Regurgitación Nasal:  problemas con sólidos problemas con líquidos	ningun	a	moderada a severa problemas con sólidos problemas con líquido	s y líquidos
Desarrollo de Lenguaje: Comprensión: dentro de los lír	nites normal			
Expresión: dentro de los lí	mites normal	es para su edac	d retardado	para su edad
Comunicación en lo pragmático y en	ı lo social: _	dentro de ur	rango aceptable	no aceptable
Interacción con sus compañeros:	ade	cuada	inadecuada	a
Rendimiento Escolar:atento(a)nivel educ Apoyo de Terapia del Lenguaje: Trabaja:síno	sino. I	do De Referencia:	satentol ajo rendimiento sínoN/R	nquieto
Ayuda Familiar: ade Potencial estimado para mejorar el hab	cuada	no	adecuada	regular nobr
Andreina Ocarez		01 a3 003110 Ca3	The gent of	

Clinica Sanatrix 19/11/2014.



#### FICHA PSICOPEDAGOGICA

JORNADA: LA FROCESTA (07-05-11)
SANATRIX 19-11-11. I.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Nombre completo: JACKELINE MOLGADO HERNANDEZ Lugar y Fecha de Nacimiento: CARACAS 6-10-87. · Edad: 23 ANOS Sexo: F Escolaridad: BACHILLER HERCANTIL Ubicación: El paciente vive con: MAMA Y PAPA -Observacion: En caso que el paciente no estudie, indicar razón: El paciente trabaja: II.- DATOS DEL REPRESENTANTE: Nombre Completo:\_\_\_\_\_ Nexo:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_ C.I.\_\_\_\_ Grado de Instrucción: Profesion u Oficio: Domicilio:\_\_\_\_\_ Teléfonos:\_\_\_ Observaciones (Integración Familiar): III.- ANTECEDENTES: Embarazo:\_\_\_\_\_ Parto: Desarrollo Psicomotor: Lenguaje:\_\_\_\_\_ Alguna vez ha convulsionado: Toma algún medicamento:\_\_\_\_\_\_ Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:





## <u>AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA</u>

Por la presente los abajo firm	mantes, en calidad de Paciente y Testigo Tespectivamente,
hacemos constar que se nos ha	explicado de manera clara y con detalles las indicaciones
riesgos y beneficios del proc	edimiento médico y/o quirúrgico a someterse e
Paciente	•
trombosis, herriorragias, isquem inherentes al procedimiento quirú con los porcentajes de éxito y fraca	posibilidad de complicaciones generales (hematomas nias, infecciones, etc.), las complicaciones especificas úrgico especifico y/o al procedimiento médico establecido aso para la práctica médica y/o quirúrgico precisados con
y/o quirúrgico y, en caso necesar	ocimiento, AUTORIZAMOS a realizar el tratamiento médico rio provenga a realizar cualquier otra práctica médica que do así mismo los costos derivados de las eventuales
complicaciones que se pudieran pr presente AUTORIZACIÓN.	resentar, entendidas por quienes consentimos bajo firma la
Caracas, a los días d	del mes de del año
PACIENTE:	TESTIGO:
	FIRMA:
C.I:	





## **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 indicacione
riesgos y beneficios del procedimiento médico y/o quirúrgico a someterse Paciente JACKELINE MOLGADO.
Declaramos conocer la posibilidad de complicaciones generales (hematoma
trombosis, hemorragias, isquemias, infecciones, etc.), las complicaciones especifica
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 DACKETINE MOKADO.
Sobre la base de este conocimiento, AUTORIZAMOS a realizar el tratamiento médic
y/o quirúrgico y, en caso necesario provenga a realizar cualquier otra práctica médica qu
ameritara el paciente, asumiendo así mismo los costos derivados de las eventuale
complicaciones que se pudieran presentar, entendidas por quienes consentimos bajo firma l
presente AUTORIZACIÓN.
Caracas, a los días del mes de del año
PACIENTE: TESTIGO:
FIRMA: FIRMA:
C.I:

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina No. 55, Frente a la Plaza Francia, Altamira, Caracas Telefax: (582) 267.45.71-264.3635-267.0255 - Email:



### **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, JACKELINE HOLGARDY, venezolanos,
mayores de edad, de este domicilio, titulares de las cédulas de identidad N°
y, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de Representantes Legales de nuestro hijo (a), de, de, de, de
de edad, por medio del presente documento declaramos. Que autorizamos
suficientemente a la FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA VENEZUELA (OSV)
(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 tradicional o no convencional
(televisión, radio, revistas, periódicos, material promocional, comunicados, internet, cine)
tanto en la República Bolivariana de Venezuela como en el Exterior, imágenes, audio y/o
videos de nuestro representado, el cual fue intervenido quirúrgicamente de una
malformación, 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, promocionales y en general cualquier actividad lícita
relacionada con el objeto de la fundación, y por medio de la cual nuestro representado ha
sido beneficiado; sin contraprestación alguna a mi favor o de nuestro hijo, ni para derivar
de ello indemnizaciones u otros beneficios en nuestro provecho personal; todo ello a los
fines de dar cumplimento 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, 21 de ENERO de 2012
Firmas Jackelyne Holgado. 18.954.354.

### **AUTORIZACIÓN**

Nosotros,	, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las o	cédulas de identidad Nos y
, respectivament	te, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nue	estro menor hijo, de
años de edad, por n	nedio del presente documento declaramos: Que
autorizamos suficientemente a	la FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA DE
VENEZUELA (FUNDASVEN	N) (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	n 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 l	la República Bolivariana de Venezuela como en el
Exterior, imágenes de nuestr	ro representado, el cual presenta malformación
congénita, específicamente rela	lacionada con hendidura labio-palatina; todo ello
tendiente a obtener publicidad a	ante los referidos medios sociales, para así lograr la
captación de actividades que pr	ouedan servir de instrumento para la recolección de
fondos, coordinación de evento	tos sociales, promociónales y en general cualquier
actividad lícita relacionada con e	el objeto de la fundación antes señalada, y por medio
de la cual nuestro representado	o ha sido beneficiado; todo ello a los fines de dar
cumplimiento a lo estipulado e	en el Artículo 65°, Parágrafo Primero, Derecho al
Honor, Reputación, Propia Ima	agen, Vida Privada e Intimidad Familiar, Título II,
Derechos, Garantías y Deberes,	s, Capítulo II de la Ley Orgánica para la Protección
del Niño y del Adolescente	
En la ciudad de Caracas a la Fe	echa:
Firmas.	



Av. Casanova, Torre Eurocentro, Chacaito. Caracas 9523380/5697/1638

Femenino 24.3 Años

M016-P82.978

YAQUELINE MORGADO CI: 18954354

Ingreso: 14/01/2012

Conv.: FUNDACION SONRISAS

Telf: Ubic.:

12 11:06:37 Imp: 17/01/2012 09:46am

Enviar:

Hematologia

Dr(a):

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	nimen name
HEMATOLOGIA				MAC
GLOBULOS BLANCOS	6,91	10^3/uL	4,60 - 10,20	
GLOBULOS ROJOS	4,36	10^6/uL	3,80 - 6,20	
HEMOGLOBINA	12,5	g/dL	11,8 - 17,2	
HEMATOCRITO	35,6 Bajo	%	36,0 - 51,0	
V.C.M.	81,7	fL	80,0 - 97,0	
H.C.M.	28,7	pg	27,0 - 32,0	
C.H.C.M.	35,1	g/dL	30,0 - 36,0	
R.D.W.	13,3	%	11,6 - 14,8	
NEUTROFILOS%	63,3	%	37,0 - 80,0	
LINFOCITOS%	29,7	%	10,0 - 50,0	
MONOCITOS%	4,9	%	0,0 - 12,0	
EOSINOFILOS%	1,2	%	0,0 - 7,0	
BASOFILOS%	0,9	9/0	0,0 - 2,5	
NE#	4,4	10^3/uL	2,0 - 6,9	
LY#	2,0	10^3/uL	0,6 - 3,4	
MO#	0,3	10^3/uL	0,0 - 0,9	
EO#	0,1	10^3/uL	0,0 - 0,7	
BA.#	0,1	10^3/uL	0,0 - 0,2	
PLT	252	10^3/uL	150 - 450	
MPV	9,2	fL	5,3 - 10,1	
T (TIEMPO PROTROMBINA)				MAC
PT - V. PACIENTE	10,7	Seg		
PT - CONTROL	11,5	Seg.		
RAZON	0,93		0,80 - 1,20	
I.N.R.	0,93		,	
TT	-			MAC
PTT - V. PACIENTE	38,0	Seg.		
PTT - CONTROL	27,0	Seg.		
DIFERENCIA	11,0		·/- 6.0 Seg.	
THE HACTA (. ) COCCUDIDED DIFFERENCE	r A			

VN: HASTA (+-) 6 SEGUNDOS DIFERENCIA

Mario Castellanos Bioanalista UC M.S.D.S. 11738 C.D.B. 06-1646-11





Av. Casanova, Torre Eurocentro, Chacaito Caracas 9523380/5697/1638

M016-P82.978

YAQUELINE MORGADO CI: 18954354

Femenino 24.3 Años

Ingreso: 14/01/2012

Dir:

Telf:

12 11:06:37

Conv.: FUNDACION SONRISAS

Ubic.:

Imp: 17/01/2012 09:46am

Dr(a):

**Enviar:** 

### Hematologia

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
VSG				MAC
lera. Hora	35	mm		
2da. Hora	65	mm		
I.K.	33,75			
DEFAULT VALUES				

### Química

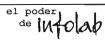
Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
GLICEMIA	77	mg/dl	70 - 110	MAC
UREA	18,0	mg/dl	15,0 - 43,0	MAC
CREATININA	0,6	mg/dL	0,4 - 1,4	MAC
COLINESTERASA	5,61	U/mL	4,65 - 10,44	MAC

### Serología

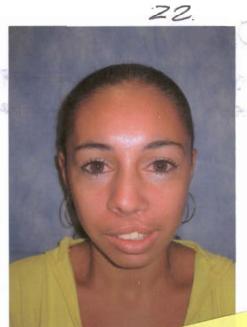
Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
HIV	NO REACTIVO	NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.		MAC
VDRL (CUALITATIVO)	NO REACTIVO			MAC

Q160-

Mario Castellanos Bioanalista UC M.S.D.S. 11738 C.D.B. 06-1646-11







07-05-201150.500 Kas.





#### **AUTORIZACION ANESTESIA**

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa
con sede en Altamina - CARAC
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 confleve 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"
pt .
JACKELINE MOLGADO
Paciente:
CIV: 18.954, 354
Jackelyne Holgado.  Representante Legal:  CIV: 18.934-354.

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

## HISTORIA DE ANESTESIA

# JACKELINE MOLGADI

Q. BOTTONYEO	
100 100 MX	1
1 mobloshio	Xa Hoperato
18 -0 -0 -0 -5	MOTA BYSHA INST
ASA TELEVIANO	
I les Galorina Of H. Chrol	The Blanker line will
TOTAL CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PROPER	MENICAL ORUPES
Troflyon pelloul	Duerel Colonecolo
COM / INTE BANANCE PROPERTY PA	E-ARESTE SIGO
24 a - 1.51 50,500	35.6 195 586910
	QT10,1-111.5
Juna hornol (19-01-12) Class	\$2.000 PTT32/27
hour (1845 16) I also (5)	
193 (2) 30 (3) 30	YMIENTO YMIENTO
02 400	Species Many
Vao a sel	
to office a philips	Kautalin Sony
M. ROOURIO 15	-41 500cc
redard to 20	- Reaction 4 my en
	mainein t
1411 Sa par 110 - 100 - 100 lon - 100 1	Induccion
PAMISIE 12000 33 36 36 30 30 30 30	Johnen: /way
Assahistrida(D)	
Anneada The Control of the Control o	Ridocain 4: 40 M
DF6:001	- Peopofal: 150+60
100 114 114 114 114 114 114 114 114 114	- Pa Romenio: 35 mgs
	- 0 10 cg (s
(ecol/restation	- I.O.T. Nº 40 cal
600 THE TOTAL WAR THE	
40	
20 - 0000000000000000000000000000000000	SHOWE E EPROJACE
Ringst and second	500 - Condiero
Votado Distriction de la constantina del constantina de la constantina de la constantina de la constantina della constan	oxing 1.7
2	- contine opinelis - espringefor
Joseph Marie	Espringofor
	111111111111111111111111111111111111111
I HEMDEYASIA	les ne 2016 D
176	

### Obelacion EVALUACIUM PKE-ANESIESI Sonrisa PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI Veneznela NOMBRE DEL PACIENTE ACKELINE Holgodo Hernande POAD DBaros PESO 50 TALLA 1,614 IMC INTERVENCION PROPUESTA MEDICO IRATANTE DAIOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA y DEL EXAMEN FISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO mmHq: Fc X': Temp ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIA CABEZA CUELLO: COLUMNA VERTEBRAL EVALUACION PULMONAR GAR. 77 ESPIROMETRIA: ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR HIO G.B. Glic ΡN Creot VORL Ureo HIV Otros EVALUACION CARDIOVASCULAR fecho: Rx DE TORAX. EVALUACION Mallampati 3 CIS. Distancia Tiromentoniana VIA AEREA: Apertura Oral Movilidad Cervical Clase I Clase 11 Close III Close IV INDICADORES DE RIESGO A.S.A. īV JOHNS HOPKINS: 123 iV VIA AEREA I M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado) IECNICA ANESTESICA SUGERIDA OBSERVACIONES. Hour al Scholy MEDICACION PRE-ANESTESICA (ECHA MEDICO ANESTESIOLOGO

### CUESTIONARIO / RA EVALUACION PREANESTES LA DE NIÑOS

ombre: ACKEliNO N	the same of the			F	echa: 4/5/70 ylora: 9:20 Ary	
rujano:	2//	la Propuesta:			2 44 640/11/10	1
dad: Da Peson	Talla 5	I.M.C.		T	elefonos: 0 426 706 762	7
epresentante:					0212-839787	3
1. Es alérgico a algún medicamen	to. alimento o al c	olvo?		1		
2. Ha tenido recientemente tos, gr					po alegica	
3. Ha tomado Aspirina (o similar)		•		- 1		
Ha tomado alguna vez dipirona				= 1	trus aboutell	
Toma algún otro medicamento?				-	Tours of the state	
Usa gotas para los ojos o para	la nariz?			3+	dellon vagen	
Usa lentes de contacto?				7	To the little	
4. Tiene dientes flojos, astillados d	con caries?	-1-			- author ceptito	
Cuantos dientes tiene?	ecte Ho	rible	•		(minisimon)	
<ol><li>Tiene alguna dificultad para mo</li></ol>	ver el cuello?			⊒	1	
Tiene alguna dificultad para abi	ir la boca?			• ·	Queste montell	
Medida Tiromentoneana	Distancia	Interdentaria			yarden 1000	
6. Nacio de parto normal?				<b>□</b> [	Superion -	
Nacio de parto instrumental o c	eserea?			• ]	/	
Cual fue la causa? Cuanto pese	o al nacer?					
7. Requirio observacion en incub	adora y/o oxigene	0?		-	TIN HAR LANGER	
Requirio intubacion y ventilacio	n mecanica?			5	ICC. Hosp de niños.	
Quedo alguna secuela de lo an				51	A la edod 3 MESS	
Presento Ictericia? Tratamiento			H i	51	11 11/17/2	
8. El desarrollo pondoestatural h				5	Uneilapolostro	
El desarrollo intelectual ha sido		edo estudia?	= :	3	-10 airos Hembo	
9. Ha sido operado antes?	rioriiai ado gi	200 0510010	<b>1</b>	$\equiv$	- 10 aus fatur	
Le han dado anestesia local?	Isoland al	62.00		=	Inculat bilallest	
Le han dado anestesia genera		3		2		
Le han hecho alguna transfusi					1.1.1	
10. Ha tenido o algún pariente su		ancido.			Mountuson Aoulul	u
sena durante una anestesia o		Cacion	•	-	X deale blushop	28
11. Edad de la menarquia F.U	1 17	4-2011.			3.0.4	
12. Ha sufrido o sufre de alguna		dades			- Caroleo S. Jud	u
Ulcera, Gastritis, Vomitos.		emia, Leucemia		7	10/11/11	
Hemia hiatal, Reflujo		emia drepanocitica		日	19/11/11	
Indigestión persistente		ermedad tiroidea		H	P :	0.
•		ibetes			Du episodin / mod	0
Bronquitis, Neumonía				1	de Calud Sentalo	4
Enfermedad Pulmonar		con esteroides		1	2017 000	-
Flema, Mucosided		obiemas de columna	1	世	Dra Kola Control to Bracette	1
Asma, Bronquiolitis	Art	ritis		4	MEDICO ANESTESIONOSO	24
Dificultad para respirar	Pro	oblemas para camin	ar		M.S.D.C. 128657 244 : 9233	
Enfermedad cardiaca	De De	bilidad, desmayos		3	M.S.O.S.:16.007 C.M.: 9.233	_
Soplos cardiacos	U Vé	rtigo, Mareos		1	+ Le Adicità muen	
Palpitaciones	Ce Ce	guera,sordera		F	To portant	1
Fiebre Reumatica	=	nvulsiones, Epileps	ia	F	MIX Drunk P	y
Problemas renales	=	eningitis, Polio		H	Ver tropped hat de	5
Trastomos nerviosos	=	olores de cabeza			to were purery	7
					18/01/19 Tears	01
Problemas de coagulación		cunas			Low Low	1
Hematoma o sangrado fácil	0	ras enfermedades		لحا	Chalana Octo Palia a dash	20
Hepatitis, Enf. Hepatica					The am barrell in the	u
12 Hay alguna pregunta que de	see hacer?		8i	no	Kuill belle arelering a	4
10-V7-12/10 America	Nices	Nous		1000	Var at	=
- number	action J	Vul 1	1	27	- 145711011	

POTULO EVALUACION PREAMESTE IGA DE ADULTOS contino: Cingano: flo Historia: Cirugia P. sphasta: :zelso-Edad: Peso: Hora Tuin: : Es elérgico a Eigün madicamento, climento o el polvo? Telefonos: - Halteredo recientemento top, pripo o dolor de gerganuty 5 He tomado Aspirina (o similar) un top últimos 10 disev [10] U Holicinado alguna vez diparona? Toma algun otro modicumento? 100 usa gotas para los ojos o para la nariz? 10 2 Usa lenius de contacto? a fileno plancha o puento? 20 one commes on sus dientus frontalus? [33] isne diantas **Nojos, e**stid**u**zos o con carios? no . Thene alguna dificultad pare incover of building [20] Tione siguna dificellad para abrir la bocar [2] Modica Tiromentonearia. 20 Distancio littordontario. i inglere alguna bebida alcohòtica inas de una vez al dig? Fuma o la hizo algune vez un su vida? Cuanto fuma (fumaba) y por cuanto (iorapo) (I) (I) 3 Realigu algun dapone o ejercicie? in Haltenido o **sigún pa**rianto suyo siguna complicación [.] 12 sens durante una anneticado o una operacion? 3 Ha sido operado anteg? N. . 6 han dedo enestecia local? r= re peu gado apestonia decissos. v no Le han resond algune tra. Lifetion pengulnes? ... 🐦 Filatia de la obina regi 🕾 Esta or distracted a actual markets il na tuindo o suiro do alguna da estas entennedados 12) دورا ್ಯಾಡ್ Gastriffs, Vortiton Problemus de opequisción ternis hicial, Rollujo Homescome or pergrado (sei) hangasada persistenta Postatu, Lincolnida Principles Neumenta Continuent transcention Erifisəmü Ent Pulmoner Enformated therasa Tyma, Medasidae Dichetop -1012, 20000 Tto con diteroldes Lificulted para respirin Plaraus hinchadas, Verices terformeded cardiaca Problemna de columba Transide account etta Assum ension arteria, pajo Profilends date caminar mages cardiaca Dublishid, dustriayos Source reumanca Vértigo, Marnes scosioned soldog Cagnera, Enrdera <sup>ตั</sup>นคนสิ่งเอกส**ร** Convulsion o Epilopsia ್ಯದ್ಯಂತಿಕರಿಕ Meningitia, Ircho Aliginal Dolor de pactico Orizina la acrosso Problemms rendies Giccan. respatelle, Ent. Hopatice Vestime Trustaines nemigees Otras emercicadades 10. Esta intervención sera sericetada por algun seguro o pionea Ud. podir un raemput 10? Circle alguna pregunta que sauce hoco o no 1:15

RECUPERACIÓN			y de	Historia.	
PROCEDIMIENTO: Labio Paladar Fistula Hemangion Ligadura A  ANESTESIA: General Local Otra:  ALERGIAS:  Nombre del Cirujano Nombre del Anestesiologo		Pastia	Jackel Nombre	y Fecha. ine ly apellido y apellido y add;	DES.
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus	ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO

grand and the same of the same	
RESPIRATORIO NORMAL Disnea Estridor Roncus	ITEMS
LA CIRUGIA NORMAL Singrado Sangrado Deniscencia	Hora
HIDRATACIÓN:  IVE 0.9 GLES/MEGIAS: 30	Temperati
MEDICAMENTOS	FC
Catallan: SupoMg Suspensióngi	TA
Keloprofeno: IV	
Doricum: 1V	FR
Nubain: IV	Sat 02
ESCALA DEL DOLOR	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ITEMS	INGRESO	CONTROL	CONTROL	EGRESO
Hora	5:10.	500	530	
Temperatura	37.C	37.C.		
FC	40.	44	-	
ГА	100/60	100/80		
FR	20)1	20y		
Sat O2	99%	990/		

Observaciones:		
	Bearred Janne	1