Operation (VISITA POST-OPFRATORIO Changing Lives One Smile at a Time ☐ 1 Semana ☐ 6 Meses ☐ 1 Año Ciudad: Fecha: Lugar: Nombre de Evaluador: ENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Original H. Actual H. Clínica # Diagnostico ANTES de la cirugia: Clínica # (si aplicable) **≠**FLU □ FLB □ FLPB ☐ FLPU ☐ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: \square Otro: Sexo: $\square M \square F$ Día / Mes **PROCEDIMIENTO** COMPLICACIONES No No Fisura Labial ☐ Infección ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciónes 🗷 l ^{era} cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) ☐ 2^{da} cirugía ☐ Otro: isura Palatina □ No ☐ Dehiscencia Localizacion de Fístula: Dibuja localizacion de fistula: □ l^{era} cirugía Complicaciónes ☐ No Fistula □ 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 ☐ 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?	\square SI	□NO
Si es SI, con que frecuencia	uso el ot	oturador?

El paciente ha tenido problemas con el obturador?

SI

NO

Si es SI, cual problema :

Deración **Som misc**



NOTA OPERATORIA

Tomes	the	Or Ci Fe melys foliette NOMBRES	udad: 10-04-2011
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 1a	CIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	EA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRA	NIED F. C.R QUEMADURA
	Dr. Hoo NOMBRE	go Gonzalez NFIRMA CIRUJANO:	
COMPLICAC	TIONES: NINGUNA HEMORRA	OBSTRUCCION VIA AEREA GIA	HIPOTENSION MUERTE
	ENCIERRE EN UN CIRCU		OLOQUE D - F B PAFA





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 el Paciente Y Hermelys Toures.

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 <u>A</u> días del mes de	Celril del año 2011
PACIENTE: Herryelys Torres.	TESTIGO: Pelania GPI (Madre)
FIRMA: Jaroflus	FIRMA: Habita -
C.I: 16731473.	C.I 15737473.

EVALUACIONES ()	Operación Sonrisa
Apellido 1ero y 2do: DORRES GIL Nombre 1ero y 2do: That malys Juleati, # OSH: D29 # Expediente local: Acompañado por: TELANPA GIL	# Operacion Sonrisa: 029 Ciuda 1:
MUHICIPTO MANIO PONCENO - Ciudad: MARACAY; De Pais: VENEZUETA -	UE HPROJESUS, #60 FRAGOR RY epartamento: 0416-2359370 (Herman 0426-1350296 (MADIE) 0412-0414332 (PADIE)
Distancia recorrida: Bus ☐ T	kms / horas (encierre en un circulo) axi 🗆 Bicicleta 💆 Carro 🗀 Avion 🗆 Bote
Género: Masculino D'Fernenino Escribir el mos en letras (ej:mos: Junio da: 18 año: 2002) Fecha de Nacimiento: Mes: 09 Dia: Mo: 2001 Edad: Marios / meses (encierre en un circulo) Numero de Hermanos: Vivos: Muertos: Miembros de la farmilia con labio o paladar hendic	Examinado previamente:
	aria (] TBC (] Otro;
	Perdio el bobé, Explique:
	ia Superior [] Her etitis [] Materia [] TB [] Otro:
	Otra;
	opło 🗆 Otro:
LABORATORIO: Hematocritos: %	

_____ g/dL_

Hemoglobina:

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido tero y 2do: Nombre 1ero y 2do:	Torres (1) Thermelys Julie	the		nrisa:
DIAGNOSTICOS DE L	ABIOS:	'		
O f Cabio normal ;				
10 2 trq Undart Incompleto	1 1	O 6 Dilat, tzg completo, Der Incompleto	Ancount	(d€bu
O 3 Der Undat Incompleto	. N. 1	O 7 Blast Der Completo, Izq Incompleto	Com	repairs.
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta misic	REPARACION DE LABIO	(Circule ur	nicamente el p	rocedimiento que se
□ Ninguno Ø Labio Unita Notas de Evaluacion:	•	evision de Cica	atriz 🛘 O ra nepar	acion de labio
DIAGNOSTICOS DE P	ALADAR:			
☐ 13 Paladar normal				
O 14 trq United Alveolar Incomplete	O 18 Der Unitet Competto con Fisura Alveolar		C) 22 Shibri Eucosco	O 26 Der Unitatera Completo Durc y Suinve
D 15 lzq United Completo con Fisura Alveolar	1 19 Der Completo		() 23 Suave	1 27 Blat Complete Dura y Sum
Der Incompleto	O 20 Blue, Incomplete		Cl 24 Presterior dura yr suerve	☐ 28 Oiro Palada (dibuje
D 17 Der Under Alveolar Incomplete	Completo	SH	(3 25 tzq Uk abatoral Crempleto dura y suerve	
[] 29 Paladar Unitat Reparado	O 30 Paladar Blad Reparado	□ 31 hs	suficiencia Velobringe	a repurado
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta mi	REPARACION DE PALAC	AR:Circule	e unicamente e	d procedimiento que
DNinguno DRevision de pala	dar DOrticochea DColgajo Faring	eo 🛭 Colgajo (de Vorner DOtra reç	paracion paladar
Notas de Evaluacion:				
			•	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:	Ciudad:
	Fectua:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	
O 35 Dor Nassal Lablas	O 38 trq y Dor Alve solute
O 35 Der Alveolar Alveolar	O 39 izq y der Alveolar y ambrior Ouro y Suav
O 37 Der Alveolar y enterior y enterior	O 40 krd y Der Avreolar, as terfor y incolio O 43 palada Suam
(dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marque se realizará en esta misión)	e unicamente el procedimiento que
¹ ONinguno □Repara	ción de festi la
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ: 0 45 Deformación nassal unillateral izq 0 48 Defe	siencia de Critumetta
	riacion Sept il
☐ 47 Deformacion narsal bilateral ☐ 50 Otra	Nariz (dibuj :)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque un realizará en esta misión	nicamente el procedimiento que se
•	ción de Disvisicion Septal
	istia (hue: o y cartilago)
DReparadon bilateral de nariz	paración (le nariz
Ulnjecto de Cartilago	
Notas de Evaluación:	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



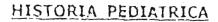
Apellido 1ero y 2do:		# Operacion Sonrisa:		
		Citidad:		
		Fecha:		
OTROS DIAGNOSTICOS:				
☐ Contractura por quemadura				
☐ Deformidad Craneofacial	Explicacion:			
☐ Hemangioma	Localizacion:			
☐ Microtia/ oreja en copa	Lado:			
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lumer	Localizacion:			
☐ Ptosis Ocular	Lado:			
☐ Polidactilia/ Sindactilia	Localizacion:			
☐ Cicatriz por quemadura	Localizacion:			
☐ Otro tipo de cicatriz:	Localizacion:			
☐ frenillo				
□ Otro:				
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:			
□ Ninguno				
	njerto de piel de espesor completo			
	njerto de piel de espesor parcial			
☐ Liberacion de Contractura cor	n zetoplastia	·		
☐ Craneofacial				
☐ Excision de nevo/ tumor/ quis	te/ lunar			
☐ Frenulectomia				
☐ Excision de Hemangioma				
☐ Otoplastia				
☐ Polidactilia/ Sindactilia				
☐ Injerto de piel de espesor tota	ıl			
☐ Injerto de piel de espesor par	cial			
☐ Excision de Cicatriz con zetop	olastia	·		
☐ Injeccion de cicatriz		•		
□ Otro:				
Notas de Evaluacion:				

EVALUACION DENTAL



Apellidos:	# Operacion Sonnisa:
Nombres:	Ciudad:
Edad: 5 m. Representante: Yolania Gil	Fecha:
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	Dientes cariados:
Diente de la brecha (cáracterísticas):	
Paladar: HPComplete Izq.	
Labios: #L.U Izq.	
Alukala	
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	☐ A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
Referido a la consulta de OFM: Los Samanos. Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DI	E LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratamiento:	Otra fecha :
Tipo de aparato:	
☐ El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación ☐ El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución	
☐ Tratamiento regular ☐ Tratamiento no regula	ar
Comentario final: So so comsourb circola	
Nombre y Firma del odontólogo: Daviello, Moreno	







ANTECEDENTES PRENATALES:
Embarazo controlado: SI NO Gesta MEmbarazo deseado: SI NO Vitaminas: SI NO Raciaciones: SI NO Contactos con pesticidas: SI NO Cuando? Uso de drogas: SI NO Canticonvulsionante NO anticonvulsionante NO anticonvulsionante NO Cuando: Tabacos: SI NO Cuando: Si No Cuando: Tabacos: SI NO Cuando: Si No
Operaciones anteriores: SI NO Cuantas: , 8 én toleradas: SI NO Hubo complicaciones/especifique: , Asma: DAlergias: NO Afecciones cardíacas: , Otras patologias: NO Alergias: NO Alergias: NO Afecciones cardíacas: NO Alergias: NO
EXAMENES DE LABORATORIO:
Hb: 10.5. Hcto: 33.0/ Leucocitos: Segm: 27/ Linf: 30/ Pt 12/28 Ptt 28/30. Plaquetas: 615. Tipiaje: 0(+) VDRL: (-) H.I.V: (-) Exa.de Orina: Exa.de Heces Otros: RX DE TORAX: Evaluae Cardiovaseular no guarma - Unea - Creat. EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:
DIAGNÓSTICO LINGIPOLICO CUENCE UNITALENCES.
DIAGNÓSTICO lendidera Cabral uni (aberal. Li mo Norghendidera palatina. INDICACIONES DEL PEDIATRA: 01-04-11 Evaluación normal fortal.
o Major Mujica
Dra Mayli College Millica Pediatra Hemitologo Pediatra 1226 Regist
Was a state of the

Firma del Pediatra

HABLA Diagnostico: Labio heudido: Vunilateral bilateral completo vincompleto operado no operado 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:_____; Habilidad para mejorar el habla al repetir: buena regular pobre Inteligibilidad del habla: buena ___ regular ___ pobre Resonancia Oral / Nasal: ___ Hipernasalidad ___ Nasalidad combinada Hiponasalidad otras: Destrezas Oral-Motoras: __Dentro límites normales Dificultad: Leve moderada a severa severa Alimentación: Regurgitación Nasal: L ninguna ____ problemas con sólidos y líquidos ___ problemas con sólidos 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 Expresión: Comunicación en lo pragmático y en lo social: dentro de un rango aceptable no aceptable

Rendimiento Escolar: ____ atento(a)

Trabaja: ____si ___no

Interacción con sus compañeros: adecuada _____ inadecuada

Apoyo de Terapia del Lenguaje: __sí __no. Referencia: __sí __no __N/R

M/E

___ nivel educativo adecuado ___ Bajo rendimiento

___ Desatento



FICHA PSICOPEDAGOGICA

IORNADA: Pargua 12/03/2011.

AUTORIZACIÓN

Nosotros, HAHA COSL , venezolanos, mayores de edad, de este domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 5.737.473. y, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Thermelys Topres, de
5 HSS 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: (A64), 12-03. 2011.
Firmas.

(2011) NSCBS d













SECUENCIA DE TRATAMIENTO + 0 4-04-4 - Se perseue al f. Dr. Dacu'ils fusion Can Dr. efico Ganzaler pour teriro au Surfusa f- S

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HISTORIA	DE /	MESTE	SIA	Vile	MOU'S TORRES
AS 04 90 BULLETING	ton Spe		7		100 11
THE SCION PROPULS VA	der 11	milotori	A BASEN RAISE REL	70 7	reiseul
ASA 10	× X	x [HOTA SUENA TH		
SIANAMO CONTRACTOR	1 6	J - C - 1	ANESTENDED	mani	000
TOTALE & STORY	yally.		YECHICA	no D	interpretation to
Seporteers	evel	SUMEN P	NE-AHEST	Tal s	mucaged)
in instanta		300			POTANO 1000 1000 1000
5m 500 19	x ento	5 chec 2	150 K	14.5	063/3/00
14,00	DRUE		111	2013	7/1/28/30
more 8 de 19 gas	4	Nau	No	aux 1	PROCEDINIENTO
Part III					7 , 7
NZDE					Ludución x maseau
55 VOFIJOVS					Con Or -N20-Serofleen
PROPORTED TO				44444	Feulawal / Ocal
(ZOCOLANIO)					Propostal 50mil
TAIL THE ME					2
PAMIFIE (CO)					Koewweed 5 hig
Assets ecidates					Soffleto 4,07/m.
Angeles-stant					Madelewestr
0 PE 1001	11111				Of - NO Terrelusa
	9 1 . 0 0	PANALYYT			Jackson Res,
VALDATS PAT-ASTS	110				Souls Dasastuck
	A HALLMAN				lu Preop.
					CONSTRUCTACIONES ESPECIALES
that .		╁┼┼┼┼		111111	CN ACA =
VENI					7/17/42
GORDAN					Foldlugey L
THE WILLIAM SAL				╁╂┼┼┼	So A total
DETANGON ON		+++++++			Proliced
15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	HEMDSYASIA	TI U	Leitzac	mit 160	Pin dor
			Human	eell#2	1 1 1
					Lef legacion
					histrane tario

HISTORIA DE ANESTESIA

1,13.4.4		181	A.	Ráj	YR	, O .	1 1		. ,.	-	_		<u>.</u>	_	_		-	.		_		_		_		-	•				_	•	-				
UNCETERN BADA	UEBV	Ļ.		٠	_	•		_	•••							• .			7	וייס	A AR	ग्रहा		ŁĀ	11.7	l D	٠.	~									
-	_	•	-		1			_							_				4	roi	X 6	VEI	W.	THE	ŋ.	_		_				_	~~				
ABA I	Ц	_	Д.	ب	<u></u>		_ (ہے			1			1	ل				1	AWI		(a)	ग	ठढा	r:								~-				
TOTAL .				_										,				<u>. </u>	1					_							-	~					
AUFAI (1	1 4 1	A I	CA:															
				797	***	TU C				7 543			U	M	2 1	4		P	N	-	٨١	1 2	•	7		8	٥	0	POTAL	111		-					
		•[• ·										_				_	••••															
							_		_		. ~-	_						_		_		_	_		Т-	T					T-	_			·		
			<u> </u>			_				<u>'</u>			1						ل	L											L	-	_				
HOLL	T	_	T									I	_			·					I		I									7	ેપ	MIE	NTO		
	-	H	F	\prod	\pm	I		H	1			+	1	Н	1	+		+	+	H	+	H	+		Н	1	+										
			E	Н]	1	L		1	+		\pm	+		+	+		+	#	H	+		+	+		+	‡										
	1	H	1	\Box		+	1		#	1	H	+	+		1	‡		-	+	11	+	H	+	+		1	+	1									
	1		+	H		1	+	H	1	+		1	‡		1	+			1	Ħ	#	H	+	+			+	F							,		
	1	H	‡			#	‡			+			+			+	-	-	#	\Box	+	\Box	+	+	Ŧ		7	+			,						
	-	\Box	+	‡		+	‡	H	1	+			+	F	H	+	+		1	H	+		1	+	Ŧ		7	+									
BANGE!	nd	\Box	#	+		7	‡	+	H	+	-		+	-	\exists	-	F	H	-	\blacksquare	\pm	E	\blacksquare	I			1	E									
P=(+m+)	-	H	7	+	-	H	1	E	H	-	F		1			1	1	Н	1		1			+	#		_	+									
Rasairecida(D)	T			I	E		+	1		+	+		1	‡		+	+		1	+	+	+		+	#			+	#								
Anssies-etasi	-			#	1	H	+	Ŧ			+			+		7	+	H		+	H	+	H	7	#	F	H	+									
0781001	, \$	-		+	+	\Box	+	-	H	H	+	F	H	+	-	H	+	F	H	Ŧ	H	T	H	-	1	F	H	Ŧ	7			1					
	w	+	H	+	+	\exists					1	E		-	F		1	F		Ŧ					1			+	1								
ATTOTAL SPECIAL] as	T	H	H	Ŧ	+	\exists	-	\pm		\pm	+		上	-	Н	1	+		1	H	\pm			#	1		+	1								
	80	-			\pm	1		+	1		1	1	Н	+	+		+	+	Ц	+		+			#	‡	H	#	1								
•	-	-			1			1	+		#	+		+	+		+	+		+		‡			╫	+		+	1								
	-	+			‡	+		#	+		#	#		+	+	H	+	+	1.1	-	\exists	+	-	-	#	+	H	+	- 0	OH)	IJ,	R		1	EIPY	IIAL	II
	1.	+			#	#		1	+		#	+		1	+			+	\sqcap		\Box	#	7	H	7	7	-	-	7								
	\perp	-	-		#	+		+	+		1	+		+	+		+	+		+	+	+	+	H	#	+		7									
		+	t		#	+	H		+	H	#	+	H		+	T	+	+	Ħ	+		+	+		7	Ŧ	-	7	-								
		+	+		+	+		+	#		-	+		1	+	-		+	Ħ		+	H	+	H	7	+	F	-	7								
		+	+		+	+	H	+	+		+	+		+	+	-		+	H		+	+	+	H	7	7	F	7	3								
		H	F	H	1	Ī			Ī	E	H	Ŧ	-		Ŧ		H	I	H		E		1		1	\pm	E	-									
INDELLEGE	0.			_		1	H E	H D	8 Y	A 6	À			-			_	V	I A	ČL	818	:)								

RECUPERACIÓN

RECOFERACION	••		// de	Historia.	1 1
PROCEDIMIENTO: abio Paladar Fistula Hemangio	oma otros:			y Fecha.	04/11
ANESTESIA: (General) Local Otra:			Y HE IM	y apellido	JENUCES
Nombre del Cirujano. ACERGIAS: DA H-CONTANT Nombre del Cirujano. Nombre del Anestesiólog	(o.)		5	Mi dad:	- -
CONTRACTOR SECTION OF THE PARTY		_			
RESPIRATORIO: MORMAL Disnea Estridor Roncus	ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
LA CIRUGIA: NORMAL S.Ingrado Sangrado Dehiscencia lento Activo	Hora	10.45	11.05		
HIDRATACIÓN: IVF Glas/Mgotas	Temperatura				
MEDICAMENTOS	F.C	1100	102x		
Catallan: Supo:Mg Suspensióngi	T.A				
Netoprofeno: IV	F.R	16×	187		
Nubain: IV	Sat 02	271	100		
ESCALA DEL DOLOR:		01	10-		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Otros Medicamentos:					
Observaciones:					
050 (02)					
100% SAI-O2 -D Con	UZ AS.			/	

FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.



AUTORIZACION ANESTESIA

anestesiología de Operación Sonrisa		2
	con sede en _	lagua.
De que se me sean administrac técnicas y procedimientos establecidos propuesta: resumiendo así los riesgos ley de medicina vigente, que textualme	para que se me se que conlleve y da	
"ARTICULO 34: Los actos y y terapéuticos que produzcan el con mentales, requieren de la autorizac representación legal. En caso de extrobtener el parecer o criterio del parocedimiento previa consulta y opinió acta en la cual deberá constar la opir quien compartió la toma de la decisión a la mayor brevedad posible.	dicionamiento o ción por escrito ema urgencia, si aciente o de si on de otro facultat nión del medio qu	o del paciente o de quien tenga i no existiese posibilidad inmediata su representante, se podrá realizar ativo. De todo lo actuado se levantará que llevo a cabo el procedimiento y
Los procedimientos a que se c para fines de la salud y del bienestar de		te articulo se emplearan exclusivame
THERMELYS Toures		1. abril de de 26
Paciente:		
CIV:		
Pelania Carolina Gil. Representante Legal:		
Representante Legal:		
CIV. 15737473.		

Nombre: Torres GIL	 No Historia: 	Fecha://2-3-// Hora:	
Cirujano:	Cirugla Propuesta:	4	•
Edad: (mena)Peso: 1/1 / Kos	lla: 71cm1 I.M.C.	Telefonos: Corrector	•
	Gil-		
1. Es alérgico a algún medicamento, alic	mento o al polvo?	The said and a said	1
2. Ha tendo recientemente tos, gripe o		No es alerqua	b
3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los		Refure catavro	Re
Ha tomado alguna vez dipirona?		To receive to.	
Toma algún otro medicamento?		To suo ha recibido	1
Usa gotas para los ojos o para la nar	iz?	ningun +to pais	1
Usa lentes de contacto?		Est tonaude A	40
4. Tiene dientes flojos, astillados o con	caries?	Ista tomande N	92
Cuantos dientes tiene?		Jac price	1/1
Tiene alguna dificultad para mover el		BABUTTS	1
Tiene alguna dificultad para abrir la b			
Medida Tiromentoneana	. Distancia Interdentaria		
6. Nacio de parto normat?			
Nacio de parto instrumental o cesare		Emb de 36 pen	corn
Cual fue la causa? Cuanto peso al n	acer 3-200915-5	oder interior su Ke	en
 Requirio observacion en incubadora 	y/o oxigeno?	no sdian 19'la	110
Requirio intubacion y ventifacion me-	canica?	tenia Infect Ux	exe
Quedo alguna secuela de lo anterior	?	en el parts -	
Presento Ictericia? Tratamiento			1
8. El desarrollo pondoestatural ha sido	normal?		
El desarrollo intelectual ha sido nom	7	OB A A	
9. Ha sido operado antes?		No anticedentes qui rurgico	
Le bas dade appetenta local?		TIR QUININGILD	
Le han dado anestesia general?		TIRI THE	
Le han hecho alguna transfusión sa		ក៏ឆាំ '	
10. Ha tenido o algún pariente suyo alg			
sena durante una anestesia o una c	· · .		
11. Edad de la menarquia:			
12. Ha sufrido o sufre de alguna de es		0 4	1
Were Gasimis Vomitos	Anemia, Leucemia	Jack sans Jack sans Ladro Leuded	
Hemia hial al Reflujo	Anemia drepanocitica	antadox do	
Indigestion persistente	Enfermedad tiroidea		
Bronquitis, Neurmonia	Diabetes	- Latro Receded	0
Enfermedad Pulmonar	Tto con esteroides	1 traladar heur	di
Flame, Mucosidad	Problemas de columna		
Asma, Bronquiolitis	Artritis M		
Dificultac para respirar	Problemas para caminar	of se forde txd	2-1
12	11 643	H	
Enfermedad cardiaca	Debilidad, desmayos,	\vdash	1
Soplos Cardiacos	Vértigo, Maceos	- Tuckoli	
Palpitacones	Ceguera, kordera	Heliote	elle
Field's fearmatica	Convulsiones Epilepsia		
Problemaisrenales	Meningitis, Palio	닏ㅣ	
Trastorius nerviosos	Dolores de cabeza		
Prod lemis de coagulación] Vacunas Correlat	Petar	
Hematoma o sangrado fácil	Otras enfermedades		
Hepatitis, Enf. Hepatica	j		
12. Hay alguna pregunta que desee l	-		- 1

irujano:	7	flo Histo	riu:		esica de ad	OF1.CG
dad: Peso:	Toil	Cirugia Pispliae	la:		Fer	Hora:
: Es cièrgico a sigún madica					Telefonos:	
Fie tornado Aspirina (o sim	emonto, clima	Lond a al beloca	-		Total Care	-
The tornado Aspiring to sim		for do pergantity	4			
Ho temico olguna vas	Terry St. 150 U	linios 10 diger	10			
ייים אוטטח סנים מייים	,		[6]	10		
Para Para 102 0:00 a	Chio?		الع	[6]		
	iva: a la noriz!	,	1	38		
O plancha o punning						
eane corones en sus diam	lus transación		7			
			1			
				(S)		
	e aborto be.	जीक्ष	الم			
			12.			
i if giere alguna bebida stab	hético	istancio Intordontario				
Fune o lo hizo algune voc	TO SE TRAB DE	una yez al dizi?	J			
				[w]		
Cuanto fuma (furnaba) y po	ע בריפיזוני נופנים	207	ر بت	[a)		
The choir backer of the	10.00		,	_		
Sens durante una anustras.	ו בהנוקוב מיניצ	complianción	•1	2		
2 Ha sido operado entua?	o o one chara	idony	M	no		
. 4 han itado enestucia loca				19		
and displaced open user				70	1	
ac tián trácho alouna gun	rozenz Euroa					
i chan hacho alguna sarii) Fishia da la citina rugi si	ration sengul	(4:27	اندا			
Esta or paraceda edicerro				120		
in the subsect of subsection in the subsection of subsection in the subsection in th	95.CV		u			
Little tutado o surro do algun	נוני כני טאנביג ט	nichnodatov:	U	11.2		
of Continue Activities		Problemas de obegu	coida	<u></u>		
Sernis hicial, Rollejo	: 7					
hidigasian persistanta	1	Homerchis o decom	io 1scil		1	
Principles Reumania	<u>!</u>	Paradu, Linconsia			,	
Erifisama Ent Pulmoner	الا	Anader despendance	5		<u> </u>	
		Eddonnado Ediciosa				
coma, Menasidad	1	Dichetos		11		
Fine, Jedeo	: =1				}	
Colculted para respirar	<u></u> ;	Tto con distaroldes		[7])	
	<u> </u>	Piaraus binchadas, V	arice s		\	
Informeded cardiaca	()	Problemna de colum.	10	(-7	{	
Pension amonal etta	1	Annin	·e			
ension alterial paya						
massy cardiaco	٠. ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	Proficients agra cam		1		
Secret reomance		District, duamoyers			1	
		Vertigo, Marries				
ုင်သန်းတည် အဝါရပ	1	Cegnera, 2 stdera		<u> </u>		
ที่ แตะเมื่อเกลง	177					
್ ಚಿದ್ಧಾಣಕರಾತ	j~-	Convulsioned, Epilop	3: a			
Airpinal Dolot de pectro	<u> </u>	Meningitis, Inclio				
Problems, renzies		Ordania de obviosa		()		
	:	Gieuman		1		
respatition, Ent. Hepatica		Vestimes				
Trastoricos nemiosos	:	Crean arrest and a second] }	
2 Esta intervención sera con pionea Ud. Dedir en raccio	·	Otras emercipadedes		i)	,	
pionsa Ud. pudir un raerno	remess por gi	მის განის, ი	_)	
			[3]	[00]		
. Hay alguna pregunta cur-			-		` '	

	UPUNUCION	J 1	ALUA	ACION	PRE-A	MES	1 23
4	Sonrisa			DEL DEPAR			
	NOMBRE DEL PACIENTE	Theim.	elys Ju	lie tthe	Torres	GIL	
	SEXC D EDAD			400 14			
	:::xs:vestico Par	1		INTERVENCION			
	MEDICO IRAIANTE	ladas	Reuded	2			
	DATOS POSITIVOS DE LA ENC						
		,					
		D 1706	DOCUTIVA C	0.051.514			
				S DEL EXA			
	1c mmH	notre	o D fr		Fc X'	Tem	90
	CABEZA-CUELLO:	1 write	1	palalina	DE CONCIENCI	A;	
	COLUMNA VERTEBRAL	Dist	2 - carro	racauna			
	EVALUACION PULMONAR:	Mulback	2 6	10000000	ROMANIA:	-i -: -	
	ABDOMEN OSTEO-MUSC	ULAR D	ence a	e gigo	Carrie Guine		
	Hb 10 5 Hip	2 2	Glic 70	Plog 6/5	000 GB	121	PT: /2/
	PR 28/30 Fibri	€/€/	HIV B	VDRI (C)	Creat,	05	Ureo
	Otros.					Ci	
	EVALUACION CARDIOVAS	CULAR Roll	-PcPc	110 popul	10 07) Fecho	9/10
	Rx DE TORAX. MOTHER	7	SILT CO	lelyput	Sim CU.	horina	1
			011-		77,0,0	7 00 3 0 07	
	EVALUACION: Mallampati	5 3		icia tiromentaniar	00	Cts.	
	VIA AEREA: Apertura Orol			idod Cervical			
		Clark	Close	Close III	Close IV	/	
				al loss	A COURT	16	
		13	7	M. ///	VI 18	}}	
		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	1/ 4	VV		<i>Ŋ</i>	
		\ \				1	
	L		INDICAL	ORES DE R	IESGO	- !	
	A.S.A.) "	111	IV.	V	E
	JOHNS HOPKINS:		, II	123	ıv	V	
	VIA AEREA:		,,	311	ıv	V	
	I.M.C. P(kilos) / A (en met	ros al cuadrado	o)			i	
	IECNICA ANESTESICA SUGER	IDA GIO		OBSERVAC	IONES DEY	rede E	x de
		100	4	late	julgual	an for	Rust
				SAP	1evanue	N)	
	MEDICACION PRE-ANESTESI	CA ON	125	347			
		-, (
	MEDICO ANESTESIOLOGO	MAN	Mat	18CHA	00 1	9-2-	- 11
	l .	/ ////	18 100/11	na	MIL! 1-		11 1