		U	Fect Nombre de Evaluado A INFORMAC	,	()
Original H. Clínica #	Actual H. Clínic (si aplicable)		niento: / / / Día / Mes /	☐ FLU☐ FLP☐ Otro	stico ANTES de la cirugía FLB FLPB UFP Quen
PROCEDIMIENTO			COMPLICAC	CIONES	
Fisura Labial 1 ten cirugía 2 da cirugía	Complicaciónes	□ Infección	%	☐ Carece de integridad ☐ Ausencia del surco I ☐ Otro:	abial superior (solo en FLB
□ Fisura Palatina □ 1 ^{era} cirugía □ 2 ^{da} cirugía	□ No Complicaciónes	☐ Dehiscencia% ☐ Infección ☐ Otro:	Localizacion No Fístula Pre-Alveolar Post-Alveolar Union de paladar pr Paladar Duro Paladar Blando Union de paladar du	imario & secundario	Dibuja localizacion de fistul
			☐ Tamaño de Fístula	☐ Fístula Sintomática	() ()
□ Injerto Piel	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Pérdida injerto	□ Otro:	1
□ Colgajo	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	□ Necrosis Colgajo %	☐ Otro:	-1 (*-1, *-
☐ Otro Proc:	□ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Orto compliaciónes	o comentarios:	
DISPOSICION	☐ Posibilidad o	•	0 3	Dental ☐ Obtur Genética ☐ Psico	
Información Post	-Operatoria T. L	Lenguaje	Informac	ión Odontológica	
Ha recibido tratamie cirugía?? ☐ SI	ento de T. Lenguaj □ NO	e después de la	Si es SI	, con que frecuencia uso	
Si es SI, cuántas ses	iones por mes?		•	e ha tenido problemas co , cual problema :	on el obturador? 🏻 SI 🖾 N





NOTA OPERATORIA

Veck	a Carpea	C	op. Sonrisa No Siudad:_ Cagua echa: 0 64001
APELLIDOS		NOMBRES	C
NESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 1a	CIERRE FISTULA PALATINA
	QHEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCH	HEA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CR	ANIED F. C.R QUEMADURA
OTRO:	1:llard II	A	
		10	
	NOMBRE	FIRMA CIRUJANO:	-,
COMPLICAC	IONES: NINGUNA	OBSTRUCCIO	N HIPOTENSION
OTRA:	HEMORRA		MUERTE
	ENCIERRE EN UN CIRCU		COLOQUE D - 1 & PAFA

EVALUACIONES



Apellido 1ero y 2do: Japen Pala	# Operacion Sonrisa: [13
Nombre 1ero y 2do: Kristian Jose	Ciudas: Cargue
# OSH: # Expediente local:	Fecha: 12-03-2011
Acompañado por Brika Palz	Relacion con el Paciente;
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:	
Dirección: Calle Egenner Zamus	na S/N. Clia
Estado pirroulda	, <u> </u>
Ciudad: Depart	amento:
Pais: leveguela	1
Telefono: Celula	
Localizacion del Telephone:	0412 562 4242
Distancia recorrida:	kms / horas (encierre en un circulo)
☐ A pie ☐ En burro/caballo ☐ Bus ☐ Taxi	☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: Mascutino Fernenino Escribir el mos en letras (ej:mos: Junio da: 10 año: 2002) Fecha de Nacimiento: Mes: Sept Dia: 28 Año: 2010 Edad: Simula años I meses (encierre en un circulo)	Examinado previamente: ☐ OSH ☐ Otro Operado previamente? ☐ OSH ☐ Otro Si OSH, Expediente #, año Tipo de Cirug a: Complicaciones:
Numero de Hermanos: Vivos: Muertos:	
Miembros de la familia con labio o paladar hendido: D	Madre Fadre Hermano Hermana
HISTORIAL DEL PACIENTE:	
Medicomentos que esta tomando; ☐ Ninguno ☐ Anti-malaria Vacunas: ☐ Ninguna ☐ Polio ☐ DPT ☐ Muu	
Vacunas: Ninguna Polio DPT MM Alergias: NKA Dotro:	R U Otro:
	fordbakk Eveligere
	dio el bebé, Explique:
C Tringcard C Infoccion Nespiratoria Sc	perior diffequents differential
	Otro:
LABORATORIO: Hernatocritos: %	
Lipmonishin	g/dL

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do:					onrisa:
Nombre 1ero y 2do: _					
				Fecha:	
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:				
O I Usbio normal					
O 2 tra Unitat. Incompleto	Complete		l 6 Oilat, tzq mpleta, Der Incompleto	A hoom	Blight (disk)
O 3 Der Undat Incompleto	O 5 Der Unibe Completo		7 Blad Der implete, Ltq Incomplete		Biblic (11 Unidate repara pieto (12 Bilate repara
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta misi	REPARACION	DE LABIO	(Circule ur	nicament e el p	rocedimiento que se
□ Ninguno p Labio Unit	•	ateral DRe	vision de Cica	ntriz □ O ra neoan	racion de tabio
Notas de Evaluacion:		(1)	2 pt		
DIAGNOSTICOS DE F	PALADAR:	U	USch		
O 13 Paladar normal					
O 14 lzq Unital Aveolat Incompleto		8 Der Unilet ompe≋a con unii Alveolar		□ 22 Subri sucosa	O 26 Ocr Unitation Complete Du y Suar
Complete con Fisura Alveolar		or Completo Incompleto		() 23 Stave	C) 27 Blat Comple Ours y Sur
Der Incompleto		() 20 Blat, Incompleto		CI 24 Printerior duro y surve	☐ 28 Orto Palad (dRu
O 17 Der Under Alveolar Incomplete	AB	D 21 Blat Completo	SH!	3 25 tzq U abatoral Ci impleto dura y sueve	
29 Paladar Unital Repurado	☐ 30 Paladar Bi	bit Reparado	() 31 ha	suficiencia Velotaringe	а геригадо
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta m	REPARACION I	DE PALADA	AR:Circule	unicamente e	A procedimiento que
Dilinguno DiRevision de pala	idar DOrticochea Di	Colgajo Faringe	o D Colgajo d	le Vomer DOtra rep	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:		
	Fecha:		
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:			
O 35 Dor Hassal (abbit)	O 38 tzq 1 Dor Alve solve		
D 33 trq Aveodar O 36 Der Aveodar	O 39 izq y der Alveolar y en lerior O 42 Junet d Duro y Sunv		
District a Neoday y anterior y anterior	O 40 lzq r Der Alveolar, as tarlor y inedio		
(disciple)			
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marqu se realizará en esta misión)	e unicamente el procedimiento que		
* ONinguno CRepara	ación de fistula		
Notas de Evaluacion:			
	iciencia de Critumella		
	oviacion Sept il		
Cl 47 Deformacion nassal bilateral Cl 50 On	a Naviz (dibuji :)		
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque u realizará en esta misión	inicamente el procedimiento que se		
	ación de Disviacion Septal		
•	astia (hue: o y cartilago)		
OReparación bilateral de nariz	paración (le nariz		
Olnjecto de Cardiago			
Notas de Evaluación:			

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)

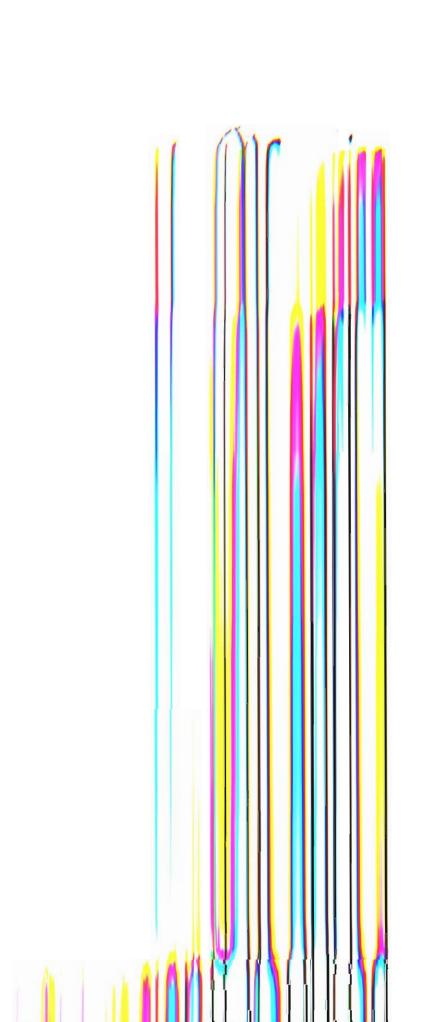


Apellido 1ero y 2do:		# Operacion Sonrisa:
		Ciudad:
		Fecha:
OTROS DIAGNOSTICOS:		
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:	
☐ Deformidad Craneofacial		
☐ Hemangioma		
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/leases	Localizacion:	
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura		
□ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro: Ex		
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:	
□ Ninguno		
☐ Liberacion de Contractura + Ir	njerto de piel de espesor completo	
☐ Liberacion de Contractura + Ir		
☐ Liberacion de Contractura con		
☐ Craneofacial		
☐ Excision de nevo/ tumor/ quis	te/ lunar	
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
☐ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor tota	I	
☐ Injerto de piel de espesor paro		
☐ Excision de Cicatriz con zetop		•
☐ Injeccion de cicatriz		•
J Otro:		
data de Control		

EVALUACION DENTAL



Apellidos:		# Operacion Sonrisa:
Nombres:		Ciudad:
Edad:5m Representante:		Fecha: /2/03/2011
EVALUACION:		
Dientes ausentes:	D	lientes cariados:
Diente de la brecha (características):		
Paladar: HP Comple	eta.	
Labios: HLU Izo		
Patología: —		
Otro	,	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:		
D.No se necesita de tratamiento		
	1 A realizame en consultorio	☐ A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental:		
	Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
☐ Referido a la consulta de OFM: Otros: (Rayos X, biopsia): TRATAMIENTO REALIZADO DE OF	RTOPEDIA FUNCIONAL DE	LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratamiento:	Desde el nacimiento	Otra fecha :
	Tipo de aparato: <u>Place</u>	a Jeneille
El tratamiento de OFM se rea El tratamiento de OFM se rea Comentario final: Comentario final:	liza por otra Institución	
Nombre y Firma del odontólogo: Vau	va / aracelis Camon	com.





			,
·			
		•	
-			





HISTORIA PEDIATRICA

ANTECEDENTES PRENATALES	5 meser
Embarazo controlado: SI NO , Gesta Embarazo deseado: SI Vitaminas: SI NO Raciaciones: SI NO , Contactas con pestici NO cuando? Uso de drogas : SI NO anticonvulsio anticonceptivos? Otros: , Cuando: , Tabacos: SI Cuando: , Tabacos: SI Stress durante el embarazo: SI NO Cuando:	das: SI
ANTECEDENTES PERSONALES	
Operaciones anteriores: SINO/ Cuantas:, B én toleradas: SI, B én toleradas: SI, Asma: Afecciones cardíacas:, Otras patologias:, Asma: Afecciones cardíacas:, Otras patologias:	NO Alergias:
EXAMENES DE LABORATORIO:	
Hb: 9.91 Hcto: 320 Leucocitos: 10.500 Segm: 26 Linf: 74/Pt 12/19 Plaquetas: 603 Tipiaje: A(+) VDRL: (-) H.I.V: (-) Exact: Exa.de Heces Otros & Cardiovase normal RX DE TORAX: EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: Flendalera Serbaso	. Gicenna ol
DIAGNÓSTICO:	
INDICACIONES DEL PEDIATRA: Explusac normal O1-04-11 Evaluac normal One Shall Lamadon Dre Pediatra Lamadon Dre Pe	
Dre Pediatra 225 April 10 State 1 Pediatra	
runa del rediatra	

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Avenida Sun Juan Bosco, Edificio Excelsior, piso 5, apertamento 53, Altamira, Caracas - Venezuela Telefax: (58212) 257 0255, Email: operaciónsonrisa@canty nei



FICHA PSICOPEDAGOGICA

JORNADA: Oegue 12-03-2011.

IIDENI	IFICACION DEL PACIENTE:
•	Nombre completo: Kiistram José Lopez Paez.
: •	Lugar y Fecha de Nacimiento: Cula Edo Mronda. 28/09/2010.
•	Edad: 5 Meses Sexo: Mese. Escolaridad:
•	Plantel: Ubicación: p
•	El paciente vive con: mama; papa, abulla palerna.
•	Observacion:
•	En caso que el paciente no estudie, indicar razón: por la Edad.
•	El paciente trabaja:
II DATO	OS DEL REPRESENTANTE;
	Nombre Completo: Erika Yeriye Pass
•	Trombie Compression
•	
•	A / 11
•	Profesión y Oficio: Del Hogar Domicilio: O Exeguel Lauraa S/N Rua Edo Mironda
•	Darmetho.
•	Telefolios III III III III III III III III III I
•	Observaciones (Integración Familiar):
III AN	TECEDENTES:
	dia -
•	Embarazo: 40 selecaras.
•	Parto: Normal
•	Desarrollo Psicomotor: wormed
•	Lenguaje:
•	Alguna vez ha convulsionado:
•	Toma algún medicamento:
•	Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:

Cómo de	efine a su hijo: suqueto.
lendimi	ento Escolar:
Adaptac	ión Escolar, a la Comunidad:
	nes? from me edad lo expresa lineari
	ra Usted que el paciente se adaptará con facilidad al momento de ión, cuando ingrese al Área de Transición. Explique conductas que pu
	tar. Si tjene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento: 200 Albec
manifes	tar. Si tjene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento: 200

.

HABLA

Diagnostico:					
Labio heudido:	ynilateral	bilateral	completo	incompleto ope	erado caro opera
Paladar hendido:	druro y blando	durobla	ando <u>c</u> omple	etoincompleto c	perado _no opera
Fístula	Alveolar	Palatal	otr	os:no. Refe	
¿Sospecha de problei	nas Auditivos?:	sino.	Evaluación:	sino. Refe	rencia:sír
	re-locutivo, con	riesgo de pres		ar la adquisición del l n la adquisición del l	
Sección 2:					
Patrones de articula		1.1			11-
				eportado nivel de des eportado nivel de des	
Emisión Nasai en	fonemas de alta j	presión oral.			,
Articulaciones con Otros:	npensatorias: _	_Oclusivo: g	lótico:	; faringeo:	
Otros:	·	_Fricativa: N	asal:	; taringea:	
Habilidad para mejo	orar el habla al	repetir:	buena	regular	pobre
Inteligibilidad del ha	ıbla:	_	buena	regular	pobre
Resonancia Oral / N	asal:				
		combinada	Hipona	salidad otras: _	
D					
Destrezas Oral-MotoDentro límites no		Dificultad:	Leve	moderada-a severa	severa
Alimentación: Regu	_		3	roblemes son sólidos	s v líquidos
proble	mas con sondos	s solamente	<u>ــــــ</u> ب	problemas con sólidos problemas con líquido	s y fiquidos os solamente
-	mas con nquius	o o o namo	F	1	
Desarrollo de Lengu					4 4
				retardado	
Expresión:	_ dentro de los l	ímites normale	es para su eda d	retardado	para su edad
Comunicación en lo	pragmático y e	n lo social: _	_dentro de un	rango aceptable	no aceptable
Interacción con sus	compatieros:	ade	cuada	inadecuada	1
Rendimiento Escola	r: atento(a)		Des	jo rendimiento	nquieto
	nivel educ	cativo adecuac	lo Ba	jo rendimiento	
Apoyo de Terapia d	el Lenguaje:	_síno. R	eferencia:	síno N/R	
Trabaja: sí	no	M/E		a dagua da	
Ayuda Familiar: Potencial estimado na	ado ara meiorar el ha	ecuada bla así como o	no a	relevantes: bueno	regular pob
. 212 остимо р	. A. A. A.	1 ml mill			
	Yubudis	Lalamas			
	Casva,	Volcauls 12/03/2011			



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 indicaciones,
riesgos y beneficios del procedimiento médico y/o quirúrgico a someterse el
Paciente Kristian Lopez.
ı
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 Krustian Lopez.
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 🗘 días del mes de Clbul del año _2011
PACIENTE: KRISTIAN Lopez TESTIGO: EXIDEN PORS
FIRMA: FIRMA:

C.I

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Erika Paez, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 23521430y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Kristian Lopez, de
5 Mesesaños 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: 12-03-2011
Firmas. Ewin Poly





SECUENCIA DI	E TRATAN	MENTO			,	1
11-64-11	Eu.	Jaton	tactoric	2	//	10
						The state of the s
·						

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Kuilian Sour Smuses.

HISTORIA DE ANESTESIA

01104 11	802	RESTREE .	huididue 1	ahial		
DALLENON BROWNS	pilost	artic 1	milating	2	a moint	
ASA I	Հ ′ո	<u> </u>	x	≖ □ •□		
Theratho	n An	nas Con a	Jen.		Ochoa Instone	toro Ma
Sevo.					YECHICA: ALT	
		מונינובן	RESU	MEN PR	E-ANESTE SIGO	·
7m			7,514			
·	·					
HOLE 10.454	0	15	ds JE (18)	16/30/4	37(9)	NMIENTO
Sevolution w	08	FIZE				Inducción mixto un
Finanting	13		3		┠┞╏╒┋┋ ┋	Sounds are 0.8-2-4 ver +
hopotal mg	79	10	10			N2 050% + 0250% a volonute
BILL IN	14					EV: FINLOUP TWEET + PROPOSED FOR
/ala /		199	1191 919	1-98-99	hd	sin mangrillo suflable l'intento
TAIL OF THE					┇╌┇┈┇┈┇┈┇┈╏┈╏┈╏┈╏┈╏┈	mack IN.
ETCOZ	押日	71 40	771 2 K 2	7-77-1-7		Hant Dz+ Sevofbrau conmunts
Reselvecida(D) Anestes-orași						Whinto Sokron rues.
0 PE 1001						Suprvacavia 0,5%
, "						Bupwacana 0,5% 5 mg N. Infraorbilaro bilating
VALDATS PAT-ABIT-				VY W		70.000
•	NA THE	MA,	1			
						CONTINUE CE ESPACIALES
	•					SHIP R CE EPROIAUR
Cofatelina	m scc					
Alie larringer	M 1 4					
Aven lattet		00	1 00			
SANGRAMIENTO.		- 10-1-1-1 !	EMDSYASIA	V	MSD #24	

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO Labio	Paladar	Fistula	Hemangioma Ligadura Ari.	otros:
ANESTESIA: General ALERGIAS:	Local	Otra:		
8. Arms J. Nombre del Cirujano.	-		/ Nohulo.	

Nide Historia.

61-04-11

Sitio y Fecha.

White Laper

Nombre y apellidos.

Thuse.

Edad:

THE RESERVE OF THE PARTY OF THE
RESPIRATORIO NORMA) Disnea Estridor Roncus
LA CIRUGIA NORMAL Singrado Sangrado Dehiscencia lento Activo
HIDRATACIÓN:
IVF L/L. GIES/Mgotas:
MEDICAMENTOS:
Catallan: Supo:Mg Suspension:gr
Keloprofeno: ıv
Doricum: 1V
Nubain: IV
ESCALA DEL DOLOR:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	100	1500	1:35	
Temperatura	/	/		
F.C	139x	135x'		
T.A	/	/	1	Citi an ga Santana
F.R	30 x	28 x'	26x	
Sat 02	1001	100%.	48	

	Otros Medicamentos:_	Se.	admi Vie	300 y	, Welson	وي ا	30 pm.
,							
(··)	Observaciones:	Sol	1001	Quie	Auhile		
					7		
			Ju-	MÀ DE EGRE	SOY NOMBRE	The LEGIBLE.	113



AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa
con sede en Cagua
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 contrac el presente artículo se emplearan exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"
Cagua 1 de Celril de 2011 Krustian lapez
Paciente:
CIV:
Paperasantanta Lagal & Zi VA

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

CIV: 23.521.430

CUZSTIONARIO PAPA EVALUACION PREANESTESIC DE NIÑOS

. (1)	MEN	NORES DE 12 ANOS		. / /
Nombre: Kyst	Tan Do	ben No Historia:		Fecha: 12/3/1/Hora: 5:00 pm
Cirujano:		/ Cirugla Propuesta:		7.4.4.
Edad: Tom Pes	o: 4850 Tal	and the same of th		Telefonos: 0420 412 9649.
Representante:	9 netra	laera		
1. Es atérgico a algún	medicamento alim	ento o al novo?		
Ha tenido recienten		•		Costa qua tomado
3. Ha tomado Aspirina				2
Ha tomado alguna				Contin
Toma algún otro m	edicamento?		$\boxtimes \overline{\Box}$	at tomando
Usa gotas para los	ojos o para la naria	:7		U MA WOOD
Usa ientes de conti	acto?			aco fraco
4 Tiene dientes flojos	astillados o con ca	aries?		ac folio of nome
Cuantos dientes tie	ne?			Financial
Tiene alguna dificul	•			2 ains
	tad para abrir la bo			
Medida Tiromenton		Distancia Interdentaria		(//,
6. Nacio de parto non			M	Lidelle a Stationer
	rumental o ceserea	Q V W - 1011		agaryo J.
	Cuanto peso al na	- ')		Olpon dies
7. Requirio observac				Support and
	y ventilacion mec			/
	noiretna of eb aleu			
Presento Ictericia?				
8. El desarrollo pond				
El desarrollo intele	ctual ha sido norm	al? Que grado estudia?		<u> </u>
Ha sido operado a	ntes?			
Le han dado anes	lesia local?		三 医	<u>}</u>
Le han dado anes	•		一	<u> </u>
	ina transfusión san			
10. Ha tenido o algúr			-	1
	anestesia o una op	Der acion?		J
11. Edad de la mena 12. Ha sufrido o sufre	-	as anlarmodades		
Ulcera, Gastritis,	/	Anemia, Leucemia	15	
	VOII	Anemia drepanocitica	-	1
Hemia hiatal, Ref	=	Enfermedad tiroidea		
Indigestión persis Bronquitis, Neum	===	Diabetes	H	f
Enfermedad Pul		Tto con esteroides	Ħ	<u> </u>
_	= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =	Problemas de column	, h	i l
Flems, Mucosida	7	Artritis	~ H	
Asma, Bronquiol		Problemas para cami	or H	5
Dificultad para re		·	=	KI
nas beberneins	7	Debilidad, desmayos	L L	
Soplos cardiaco:	· H	Vértigo, Mareos Ceguera,sordera	¥	
Palpitaciones		Convulsiones, Epilep	aia I	≒
Fiebre Reumatic			T.	51
Problemas renal	7	Meningitis, Polio	ר	Ħ
Trastomos nervi	= =	Dolores de cabeza	L 	₭ · · ·
Problemas de co		Vacunes Otros andormadados	L	#1
Hematoma o sa	· ==	Otras enfermedades	L	+1
Hepatitis, Enf. H			ا الت	=
12. Hay alguna pre	gunta que desee h	acer7	<u> </u>	nol

gombro:	ion in the second se	distoria:	FC s:	Hora:
Circjano:	Ciragla P. :	oliosta:		
ēdad: Peso:	Teiln:	TIME C.	Telefonos:	
: čs etergico a sigún madica				
	s, pripa o dolor da garganto?			į
3 Ha tomado Aspirino (o sim		6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6		}
Ha tomiso alguna vez diji	•	9 9	1	· ·
למות שוקשה פנים הופלוכשוו.		<u> </u>	1	-
usa gotas para los ojos c	para la noriz?	<u> </u>		
Usa lentus de contacto?		E) 60	1 \	. (
a frame planchs o puento?		€ 5	. 1	1
อก6 coransa en sus d ist		<u>u</u> <u>lo</u>	- 1	1
ione diontes Nojos, estab				1
Sone alguna dificultad page			- 1	
Tione alguna difi cultad pa		[i] [ng	<u>u</u>	į
shaaronaant abibats	Distancia liitordi		٦	į
	conclica inas do una vez al de	73 F) F	링	
Fuma o la hizo algune vi			ত্র	ì
Cuanto tuma (fumaba) y	per cuanto tiempo?		¬ l	i
y Realiza algun daporte o	ejercics: 7		<u> </u>	\
sena duranto una ennut	ita sayo alguna complicación	ا ا	<u> </u>	
3 Ha sido operado entua		النا		•
, a han itado anastuela			<u></u>	
cikatiana obao anattaka				•
Le nan heche alguni il	aTawan sangulawa?	<u> s:</u>	2	
e. A sam de la cama rec				1
Esta of Darraceda acto		[3]	[12]	
or per tylade a serro do	ally increase outcomodate	U N		'
Jisara, Gastrifis, Voir		mes do opequiación		
Harnis hictal, Roflejo	(0.5.2)	onta o temprado (ści)		
		a, the child		
sangustión persisten		confidenciano e		
product's Reument	•• ()	made Etherasa		
grissoma Ent Pulm	Charles (177) Diabo		[]	
ingma, thecasidad		on esteroldes	771	
-sola, padvo	(C)	nus hinchadas, Varices	\Box	
Ediculted pero resp	,	de columna		
Selection Date of Cardia			計	
Leasion actorial ett	a () Acro			
project attental ba	,	tiones des caminar.	污	
which designed		ometral duarroyes	7	
Foliamest stage?	1	nigo, Marnes	<u> </u>	
scosioned totals	- · · - ·	griera, Chridera	[]	
ชั่น กูเฉลอเอก อร	€ - 	invulsionero, Epilopsia		
encapasos		eningitis, Pictio		
A iginal Delat de	рыски (П) о	date, up all email:		
recolumn rena-		Saucon	닠	
repaires Ent. H	· · · ¬	/accans		,
	/	Diras emericadades		·
Trastoricos nent				
i Sala intervencii Sala intervencii	on sera sancetose por algun ur un raemout (0)			•
	egunta que lesse hace?		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
i Hay atguna pri	adming their money made		L	

Sonrisa PARA USO DEL DEPAR. AMENTO ANESTESIOLOGICI NOMBRE DEL PACIENTE Kristian Logices SENC MEDAD 5 MU DESO INTERVENCION PROPUESTA CHIEN MEDICO IRAIANTE DATUS POSITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMEN FISICO #. C. DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO Fc XI ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIA CABEZA-CUELLO: = COLUMNA VERTEBRAL. Worma EVALUACION PULMONAR. 11 ESPIROMETRIA. 11. ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR но Но OUG.B. Citic VORL Creat. Otros. EVALUACION CARDIOVASCULAR Rx DE TORAX EVALUACION. Mallampati 3 Distancio Tiromentoniana CIS VIA AEREA: Aperturo Orol Movilidad Cervical Clase I Close 11 Close III Close IV INDICADORES DE RIESGO

A S.A.		11	191	IV	V	Ε
JOHNS HOPKINS:	1	11	111	IV	V	
VIA AEREA.	1	11	311	1∨	V	
I.M.C. P(klos) / A (en metr	os al cuadrado)					
1ECNICA ANESTESICA SUGERI	DA TAD		OBSERVACIO	de la	h E	Elvier Cloud
MEDICACION PRE-ANESTESIC	A CUS	r.	SAP		(O
MEDICO ANESTESIOLOGO	B. 40	mes.) IECHA	12/3	3/11	