EVALUACIONES



Apellido 1ero y 2do	: Poredes Solis	# Operacion Sonrisa: 30
Nombre 1ero v 2da	: Koraina Rosa	Ciuda 1: Caracas
		Fecha: Sonathix 19.11-2011
	# Expediente local:	
Асотра ñado рог ;	Andreina Redes	Relacion con el Paciente: Hamana.
INFORMACION G	ENERAL DEL PACIENTE:	
		129 C, Casa Nº 10 Sector
er remo	, the Reference Hospita	1 Vargas
Ciudad: Coroo	<u> </u>	emento:
Pais: Veretu		
Telefono: (0012) 8	63, 27.63 / 583. 77.59 Celular	(0426) 704, 27.44. (0412) 375.36.71
Localizacion del Tele	phone:	
	20	
		kms / horas (encierre en un circulo)
□ A pie □ E	n bumo/caba¥o □ Bus □/Taxi	☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: 🗆 Mascu	tino 🖰 Femenino	Examinado previamente: 🗹 OSH 🗆 Otro
Escribir el mos en lotra	foj:mos: Junio dla: 10 año: 2002)	Operado previamente? Ø OSH20 Otro
Fecha de Nacimiento; M	ex 11 Dia 23 Mo: 1993.	Si OSH, Expediente # año
Edad: 17 an	os / mesas (encierre en un circulo)	Tipo de Cirug a: Entidora Latio y Palatr.
Number de 11		Complicacion es:
	os: Vivos: 2 Muertos:	
Miembros de k	a familia con labio o paladar hendido; 🛘	Madre 🗆 Fradre 🗆 Hermano 🗀 Hermana
HISTORIAL DEL F	PACIENTE:	
Modicomentos que es	ta Iomando; 🗆 Ninguno 🗆 Anti-mataria	□ TBC □ Otro:
Vacunas:	□ Ninguna □ Polio □ DPT □ MM	
Alergias:	□ NKA □ Otro:	
Embarazada?	-	fo el bobé, Explique:
Infeccion	· ·	perior Heretitis Maleria TB Otro:
CNS:		
Lungs:		
Corazón;		[] Otro:
LABORATORIO:	Hematocritos; %	Otros Examenes:
	Hemoglobina:	g/dL
1	i raingrowia,	yuc

EVALUACIONES

Operación Sonrisa

	LANEAUS		# Operacion Sonrisa:
	Apellido 1ero y 2do:		Ciudas: Caralas
	Nombre 1ero y 2do:		Fechs: 10 - 7-2010
	#-06H: 24.210.281 # Expediente local:		
	Acompañado por Andreina Paredis.		Relacion con el Paciente: Hanasane
	INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:		I sile (deschol 1)
	Dirección: <u>CARACAS</u> - SAN X	SE	DET AUTA (MOSPITAL VI
	Nº 10 TERRAZA R. EL Vetino	-ra	organia Altagracia
	Ciudad: <u>Conserses</u> Departs	rmento	- 00222362 (CARA)
	Pais: Muezueles	02	12-8622763 (01314)
4	Telefono: 04/2-3753671 (DECIENE Celular,	04	126-7042+44 (HEDMAN)
7	Localizacion del Telephone:	r.	HODREIN
ſ	LA mache fallerio de lance	n de	Mayo hopes dos ano
	Distancia recorrida:		ns / horas (encierre en un circulo)
	□ A pie □ En burro/caballo □ Bus □ Taxi	D Bio	icleta Carro Avion Bote
	Género: 🛘 Mascutino 🗘 Femenino	Exami	inado previamente: OSH Otro
		Opera	do previamente? 🗆 OSH 🗆 Otro
	Fecha de Nacimiento; Mes: 10V Dia: 23 A/16: 1993	Si OSF	f, Expediente # año
			e Cirug a: PA/ADAP
			1 21- 1/4
			Courlisio = 100 - Co. Lys 7 + Co.
	Miembros de la familia con labio o paladar hendido:	4	
-	HISTORIAL DEL PACIENTE:		
	Medicamentos que esta tomando: 🗆 Ninguno 💢 Anti-malaria	☐ TBO	Otro:
	Vacunas:	2 00	tro:
	Alergias: NKA Otro:		
	Embarazada?	fio et bo	bé, Explique;
			☐ Her etitis ☐ Malaria ☐ TB ☐ Otro:
			D:
	LABORATORIO: Hernatocritos: %		Otros Examenes:
	Hemoglobina:		g/dL
			yuc
	PALADAZ	2	ABIEDIO
	200		
	in Raco	_	
	11		





NOTA OPERATORIA

Op. Sonrisa I	Vo
Ciudad:	
Fecha:	

APELLIDOS		NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	TIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 28	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	A INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRA	NED F. C.R QUEMADURA
OTRO:		Veau Waidit	I Lilver + Co. L
		/ Alachines / Bic / FIRMA CIRUJANO:	Lineth Salaza
*			
COMPLICAC	IONES NINGUNA	OBSTRUCCION VIA AEREA	HIPOTENSION
OTRA:	HEMORRA		MUERTE

NOTA: ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECTON O COLOQUE DE CONTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMEDAD.

)peración **Som r'ésa**



NOTA OPERATORIA

Op. Sonrisa No.
Ciuclad:
Fecha: 21-01-12

APELLIDOS	agentinand distant ingeneral and the standard profile of the contract or an experience beautiful and contract or an experience of the standard profile or a standard profile or	NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL)	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	CIERRE FISTULA PALATTRE
	QUEILOPLASTIA 28	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE Tumm
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	A INJERTO CUTARIO
OTRO:	INJERTO EFN + Pan	procedimiento CRAI	NEDF. C.R. QUEMADIURI.
	De Rus De Ca NOMBRE	In Continue Il FIRMA CIRUJANO:	el
COMPLICAC	CIONES: NINGUNA	OBSTRUCCION VIA AEREA	HIPOTENSION
OTRA:	HEMORRA		MUERTS
		and the second s	

NOTAL ENGIGERE EN UN CIRCULO SU SELECION O COLOCUE DE LE CONTRACTOR DE LA DEFORMICAD

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido tero y 2do:	PAREdes			# Operacion So	
Nombre 1ero y 2do: _	KORAIMA				Leus -SANATRIZ
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:				
O I Labio normal					
0 2 kg Un2st Incompleto	O 4 try United Complete		6 Blad, tzq mpleto, Der Incompleto	mcorr	Black CI 10 Otro L (cR:
O 3 Oer Undat Incompleto	O 5 Der Unibe Complete	1/1/X:> Co	7 Bilat Der Impleto, Loq Incompleto	JUN	Bibet Peper Pheto CI 12 Bibet reper
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta mis	REPARACION	DE LABIO	(Circule u	nicamente el p	rocedimiento que se
🗆 Ninguno 💢 Labio Unit	ateral Labio Bil	ageral Rev	vision de Cic	atriz 💥 O ça repa	racion de labio
Notas de Evaluación:	Queilostan	ha le	mude	Ma. (19-	11-11):-
DIAGNOSTICOS DE I	PALADAR:	Unil.	ateras		
O 13 Paladar normal	700710711			> .	
O 14 kg Unibal Alvoolar Incompleto	(ii) c	18 Der Uniliet ompella con suris Alveoler		D 22 Subn rucoso	O 26 Der Unitzte Completo D y Sus
Onspicto con Figure Abreolar		ter Completo q Incompleto		() 23 Suarre	Ouro y Sui
Der Incompleto		O 20 Blac Incomplete		CI 24 Pristerior duro y sueve	(30 Ovo Pala)
D 17 Der Under Avveolar Incomplete	(M)	CJ 21 Bilat Completo	(A)	C) 25 tzq U statoral Ci impleto dura i j sueve	
20 20 Paladar United Reparado	O 30 Paladar B	tad Repundo	() 31 h	staticiencia Velobringe	se reparado
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta n Divinguno DRevision de pal Notas de Evaluacion:	n isi on				

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do: Paraleles	# Operación Sonrisa: 30
Nombre 1ero y 2do: Koreii, ma	Ciudad: Correra Sanatris
Homer raid y 200. 100 Ceta mac	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	
O 35 Der Massal Labbal	Are solder
D 33 trq Aveolar Aveolar	O 39 izq y der Alveoler y en herior Ouro y Su
y enterior y anterior	O 40 trq y Dor Alveolar, as tarlor y medio Su
(dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA se realizará en esta misión) Notas de Evaluscion: Aginto puntico (Se	(Marque unicamente el procedimiento que OReparación de fistula es unicula)
DIAGNOSTICOS DE NARIZ:	
8 45 Deformacion nascal unitational irrq	48 Deficiencia de Critumella
C) 46 Deformacion rescal unilateral der	D 49 Desviation Sept II
Cl 47 Deformacion narsal bilateiral	O 50 Otra Nariz (dibuj t)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ:Ma realizará en esta misión	arque unicamente el procedimiento que se
DNinguno	DReparación de Disviacion Septal
DReparación unitateral de narix	DRinoplastia (huez o y cartilago)
DReparadón bilateral de naciz	DOtra reparación de nariz
Olinjecto de Cartilago	
Notes de Evaluación (DU PRUNTANT	a Gennedare's
(10,11,11)	

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



Nombre 1ero y 2do: Karaima		# Operacion Sonrisa: 30			
Nombre 1ero y 2do: Korre	Cindad: Levracer - Sanctrix				
		Fecha:			
OTROS DIAGNOSTICOS:					
☐ Contractura por quemadura	Localizacion,				
☐ Deformidad Craneofacial					
☐ Hemangioma					
☐ Microtia/ oreja en copa					
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lister					
☐ Ptosis Ocular					
☐ Polidactilia/ Sindactilia					
☐ Cicatriz por quemadura					
☐ Otro tipo de cicatriz:					
☐ frenillo					
□ Otro: Ex					
PROCEDIMIENTO PARA ES Ninguno Liberacion de Contractura + Ir	TA MISION:				
☐ Liberacion de Contractura + In					
☐ Liberacion de Contractura con		·			
☐ Craneofacial	e.				
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	e/ lunar				
☐ Frenulectomia					
☐ Excision de Hemangioma					
☐ Otoplastia					
☐ Polidactilia/ Sindactilia					
☐ Injerto de piel de espesor total	ı				
☐ Injerto de piel de espesor paro	cial				
☐ Excision de Cicatriz con zetop	lastia				
☐ Injection de cicatriz					
□ Otro:					
-1-4 1 5 1					

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do:					nrisa:
Nombre 1ero y 2do:					
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:				
O 1 Labio normal .					
2 tzq Unitat, incompleto	Completo		6 Bilat, tzq mpleta, Der Incompleto	ancomp	(dibu
O 3 Der Unitat. Incompleto	D 5 Der Unitat. Completo	1/1/CS CO	7 Bilat Der Impleto, Izq Incompleto	Comp	reparat.
PROCEDIMIENTO D		N DE LABIO	(Circule u	nicamente el pr	ocedimiento que se
☐ Ninguno ☐ Labio Ur Notas de Evaluacion;	nilateral () Labio I	Bilateral 🗆 Rev	vision de Cic	striz 🛛 O ra repara	acion de labio
DIAGNOSTICOS DE	PALADAR:				
O 13 Paladar normal					
O 14 lzq Unitat, Alveotar Incomplete		18 Der Unillet Compello con Fisura Alveolar		() 22 Subri iucoso	O 26 Der Unitatieral Completo Duro y Sunve
15 lzq Unitat. Completo con Fisura Alveolar	1 / 13 1 1	Der Completo teq Incompleto		() 23 Suave	Cl 27 Blast Complete Ouro y Suave
☐ 16 tzq Completo Der Incompleto		C) 20 (SEst. Incompleto	$\overline{\mathbb{Q}}$	CI 24 Printerior duro vi suave	[] 28 Otro Paladar (obuje)
D 17 Der Unäuf Ahveolar Incomplete	RE	Cl 21 Bilat Completo	(A)	C 25 tzq Ut sitatoral Ci implicto duro i y suseve	
☐ 29 Paladar Unitat Reparado	☐ 30 Peladar	Bitat Reparado	(31 in	suficiencia Velotaringea	repurado
PROCEDIMIENTO D se realizara en esta		N DE PALADA	AR:Circule	e unicamente el	l procedimiento que
	11111		o 🛘 Colgajo	de Vomer DOtra rep	aracion paladar
Notas de Evaluacion;	14 COTOPLAS	DY.			

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonnisa:
Nombre 1ero y 2do:	Ciudadi
	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	
O 32 lzq reactal Labital Labital	Alexander 041 Q
D 33 tzq Alveolar Alveolar	Alveolar y an larior Ouro y Suar
Dod tog alveolar y anterior y anterior	O 40 lzq y Der Alveolar, ar terfor y inectio
☐ 44 Otra Fistula (dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTO se realizará en esta misión)	JLA (Marque unicamente el procedimiento que
[™] □Ninguna	DReparación de fisti la
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ: © 45 Deformacion nassal uniliateral (xq © 46 Deformacion nassal uniliateral) der © 47 Deformacion nassal bilateral	48 Descioncia de Critumella 49 Desviacion Sept d 350 Otra Nariz (dibuj:)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ realizará en esta misión	Z:Marque unicamente el procedimiento que se
□Ninguno	DReparación de Disviscion Septal
DReparación unitateral de narix	DiRinoplastia (huez o y cartilago)
□Reparación bilateral de nariz	DOtra 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:		
,		Fecha:		
OTROS DIAGNOSTICOS:				
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:			
☐ Deformidad Craneofacial				
☐ Hemangioma				
☐ Microtia/ oreja en copa				
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lumor				
☐ Ptosis Ocular				
☐ Polidactilia/ Sindactilia				
☐ Cicatriz por quemadura				
☐ Otro tipo de cicatriz:				
☐ frenillo				
□ Otro:				
PROCEDIMIENTO PARA ES Ninguno Liberacion de Contractura + Ir Liberacion de Contractura + Ir	njerto de piel de espesor completo			
☐ Liberacion de Contractura con	n zetoplastia	•		
☐ Craneofacial				
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	te/ lunar			
☐ Frenulectomia				
☐ Excision de Hemangioma				
☐ Otoplastia				
☐ Polidactilia/ Sindactilia				
☐ Injerto de piel de espesor tota	ſ			
☐ Injerto de piel de espesor paro	cial			
☐ Excision de Cicatriz con zetop	olastia			
☐ Injeccion de cicatriz				
□ Otro:				
Notas de Evaluacion:				

VISITA POST-OPTRATORIO Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: -Fecha: Nombre de Evaluador: Lugar: _ POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugia: Original H. Actual H. Clinica # Clínica # (si aplicable) ☐ FLU □ FLB □ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: _____ Sexo: $\square M \square F$ Dia / Mes / PROCEDIMIENTO CADORPALICATION DE □ No □ Infección Complicaciónes ☐ Carece de integridad muscular ☐ Fisura Labial □ Dehiscencia ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) ☐ l^{en} cirugía □ 2^{da} cirugia ☐ Otro: _____ Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: ☐ Fisura Palatina ☐ No ☐ Dehiscencia Complicaciónes □ l^{era} cirugía ☐ 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 ☐ Injerto Piel ☐ No ☐ Infección ☐ Otro: ☐ Pérdida injerto Complicaciónes ☐ Otro: □ Colgajo ☐ No ☐ Infección □ Necrosis Colgajo Complicaciónes ☐ Orto compliaciónes o comentarios: ☐ No ☐ Infección ☐ Otro Proc: Complicaciónes ☐ Obturador ☐ Pediatría □ Dental ☐ Posibilidad de cirugía ☐ T. Lenguaje ☐ Genética ☐ Psicología Otro: DISPOSICÍON ☐ Ortodoncia ORL Información Odontológica Información Post-Operatoria T. Lenguaje

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

□ SI □ NO

Si es SI, cuántas sesiones por mes?

Recibió una placa obturadora? SI NO
Si es SI, con que frecuencia uso el obturador?
El paciente ha tenido problemas con el obturador? SI NO
Si es SI, cual problema :

VISITA POST-OPEPATORIO

Ope	ration (Smile
Obe	acion

□ 1 Semana	☐ 6 Meses	□ 1 Año			Changin	ng Lives One Smith	e at a Time
Cidumai			Fech Nombre de Evaluado				
POR FA	VOR LLEI	NA TODA L	.A INFORMAC	IÓN CO	MPLE	TAMENT	E!
Original H. Clínica #	Actual H. Clinic (si aplicable)	ca# Apelli	idos y nombres del paci	ente:	Diagnost	ico ANTES de	
			niento: / /			J 🗆 FP	Quem.
PROCEDIMIENTO			COMPLICAC	TONES			
□ Fisura Labial □ 1 ^{cm} cirugia □ 2 ^{da} cirugia	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	%		el surco la	muscular bial superior (so	
□ 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 & secu		Dibuja localizaci	on de fistula:
Diring Pil			☐ Tamaño de Fístula	☐ Fístula Sintomát		()	(/
☐ Injerto Piel	☐ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Pérdida injerto —————%	Li Otro:			
□ Colgajo	□ No Complicaciónes	□ Infección	□ Necrosis Colgajo%	□ Otro:			
☐ Otro Proc:	□ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Orto compliaciónes	o comentarios	:		
DISPOSICION	☐ Posibilidad o	le cirugía 🔲 T	0 3	Pental Genética	☐ Obtura		Pediatría Otro:
Información Post-	-Operatoria T. 1	enguaje	Informac	ión Odontoló	ógica		
Ha recibido tratamie cirugla?? ☐ SI Si es SI, cuántas sesi	□NO	·	Si es SI El paciente		iencia uso blemas cor	SI NO clobturador?	





Secuencia del plan de tratamiento

Fecha		Firma
11-08-10	I'V I clebifle fie mene andrin	7
	man my my pleder	Hands
	I muste en eseo. Ref Terapie.	SOFM
	XIV/ 0	
		,
	,	
	•	
-		
	,	
		
	,	



SECUENCIA DE TRATAMIENTO

1) 8	Siploplesh	9 F	Etut	do eveg	leen	
0,	Runfilot	e fo	Panof	much	carte	eguns
3	Retogne	Nen	o teli	el	3400	<i>J ,</i>

EN CASO DE CIRUGIA:

SUTURA REQUERIDA

Vierel 5-0 Cromes 5-0

TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

6.5 outequeel 1.

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Frerier Jean Codwell.





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___anticonvuicionante____ anticonceptives? Otros: Cuando: Tabacos: SI NO Cuando:

Stress durante el embarazo: SI NO Cuando: ANTECEDENTES PERSONALES: Operaciones anteriores: SI 🔀 NO ____ Cuantas: O4 ___, Bién toleradas: SI 🗶 NO ____ ALTRGICA A PENICIUNA. FUR 04/07/10 EXAMENES DE LABORATORIO: Hb: 126 Hcto: 364 Leucocitos: 6760 Segm: 53 Linf: 36 Pt 12,3 Ptt 11,5 Plaquetas: 23700 Tipiaje: VDRL: NR H.I.V: NEG Exade Orina: Exa.de Heces Otros: RX DE TORAX: EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: DIAGNÓSTICO: 1) Paladar heudido Vingen 2) Paries doutalos ler y 2 de molares superores PEDIATRA:____ Patricia A. Diaz Peso = 52,000 Kgr

Firma del Pediatra





HISTORIA PEDIATRICA

ANTECEDENTES PRENATALES: Madre Fallevic CA Hama AST
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 anticonvuicionante anticonceptivos? Otros: , Cuando: , Tabacos. SI NO Cuando: Stress durante el cimbarazo: SI NO Cuando:
ANTECEDENTES PERSONALES:
Operaciones anteriores: SI / NO Cuantas: 2 , 8 én toleradas: SI NO Hubo complicaciones/especifique: 1) Hendedur (ch. 1) Palader Asma: Alergias: Afecciones cardíacas: Mega Otras patologias: In effectiones de LABORATORIO: Pendiente Cabamba.
Hb: Hcto: Leucocitos: Segm: Linf: Pt Ptt Plaquetas: Tipiaje: VDRL: H.I.V: Exa.de Orina: Exa.de Heces Otros: RX DE TORAX: Cadrent PC)
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: Penchent. Las
DIAGNÓSTICO: TES LOS ACSIPERTAS, ACIDICAS DE CONS. CANTAL PESO 53 V INDICACIONES DEL PEDIATRA: CUACHA-Clans Chals ORC FISHL ACISPALLA/ASUCIALI OR PEGO 24 PELOS TUMA TORRE & ABBR. The Malan Adal, Japanese Sa Vicarrey & Deury CARNOS.

Chima del Pediatra

Fundación Operación Sonrisa Venezuela Avenida Sun Juan Bosco, Edificio Excelsior, piso 5, apartamento 53, Altanira, Caracas - Venezuela

Telefor: (58212) 257-0255. Email-operaciónsoncisa(c)canta net

EVALUACION DENTAL



Apellidos: Paredes		# Operacion Sonrisa:
Nombres: Coraima		Ciudad: (alacas)
		Fecha:
Edad: 16 Representante:	·_	
EVALUACION:		
		Dientes cariados: Múltiples
Diente de la brecha (cáracterístic		
	ra completa	
		perada (7 años).
Alvéolo:		7 21-10-3 7
Patología:		
Otro:		
TRATAMIENTO RECOMENDAD	·O·	
□ No se necesita de tratamiento	<u>u.</u>	
Exodoncias:	□ A soolimano on consultori	a DA saalisaassa al Osialiana
	•	o A realizarse en el Quirófano
Referido a Sigma dental:	(Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
Referido a la consulta de OFM	l;	
Otros: (Rayos X, biopsia):		
TRATAMIENTO REALIZADO DE	ORTOPEDIA FUNCIONAL E	DE LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratamiento:	□ Desde el nacimiento	Otra fecha: 6 años apro
• •	Tipo de aparato:	,
,		
El tratamiento de OFM se	realiza por la Fundación (A	partie 6 anos)
☐ El tratamiento de OFM se		
☐ Tratamiento regular	☐ Tratamiento no regul	lar
39 5101	a tratamento no regui	
Comentario final: So alla lan	rigado trat mandata	ndrahalasia a
Comentario final: Se alfa ha	Genal Har. Completo	valor re warco en es
TIME .	1	
March	1/ 4/ 6 1.	

EVALUACION DENTAL



Apellidos: Redos Sol	is	# Operacion Sonrisa: 30
Nombres: Koraima R		Ciudad: Cos-Sovatrix
Edad: 17 Representante: 4	andreiva Paredes	Fecha: \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
EVALUACION:		
Dientes ausentes: 16,26	.36 D	ientes cariados: 24,21
Diente de la brecha (característica		
A 1 1	a nocopalatino no	screstibular (AS)
Labios: Secure	ela HL	,
Alvéolo: HUI		
Patología: HL(OF	perapo) Fistulan	asopalatino 1959.b
Otro:		
TRATAMIENTO RECOMENDADO	D <u>:</u>	
☐ No se necesita de tratamiento		
Exodoncias:	☐ A realizarse en consultorio	☐ A realizarse en el Quirófanc
☐ Referido a Sigma dental:	☑ Operatoria	Profilaxis y prevención
Referido a la consulta de OFM		
Otros: (Rayos X, biopsia):		
TRATAMIENTO REALIZADO DE	ORTOPEDIA FUNCIONAL DE	LOS MAXILARES:
Engha intale data un esta a	·*	4000
Fecha inicio del tratamiento:	☐ Desde el nacimiento	Otra fecha: 90005
	Tipo de aparato:	
El tratamiento de OFM se i	raaliza por la Eurodacióa	
_		
☐ El tralamiento de OFM se i		
☐ Tratamiento regular	Tratamiento no regular	5.
Comentario final: Después	de la cruaia referir	a Maxilofacial
con al Di Jonathant	46MQ5	
	/	
Nombre y Firma del odontólogo:	Dariolle Mosono	
_	teresite Ponvaci	

HABLA

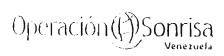
Diagnostico:

_Labio hendido: _unilateral _ bilateral _completo _ incompleto _Loperado _ no oper
Paladar hendido:duro y blandoduroblandocompletoincompletooperadono ope
Fístula Alveolar Paleta otros
Fístula Alveolar Palatal otros: ¿Sospecha de problemas Auditivos?: sí no Evaluación: sí no Reserencia: sí
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 Nasal en fonemas de alta presión oral. Articulaciones compensatorias: Oclusivos glóticos de faringeos
Articulaciones compensatorias: Oclusivo: glótico: ; faríngeo: ; faríngeo: ; faríngea: ; faríngea: ; faríngea: ;
Habilidad para mejorar el habla al repetir:buena regular pobre
Inteligibilidad del habla: buena regular pobre
Resonancia Oral / Nasal:
Hipemasalidad Nasalidad combinada Hiponasalidad otras:
Destrezas Oral-Motoras:
Dentro limites normales Dificultad:Leve moderada a severa severa
Alimentación: Regurgitación Nasal:ninguna
problemas con sólidos problemas con sólidos y líquidos
problemas con líquidos solamente problemas con líquidos solamente
1
Desarrollo de Lenguaje:
Comprensión: dentro de los límites normales para su edad retardado para su edad
Expresión: dentro de los límites 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: adecuadainadecuada
Rendimiento Escolar: Latento(a) Desatento Inquieto
nivel educativo adecuado Bajo rendimiento
Apoyo de Terapia del Lenguaje. si no. Referencia: si no N/R
Trabaja: sí no M/E
Ayuda Familiar: adecuada no adecuada
Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes: bueno regular po

HABLA

Diagnostico:

_Labio hendido: _unilateral bilateralcompletoincompletooperadono op	erad
Paladar hendido:duro y blando duroblandocompletoincompleto operadono o	регас
Fistula Alveolar Palatal otros:	nc
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:; faríngea:	; ;
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 limites normales Dificultad:Leve moderada a severa severa	
Alimentación: Regurgitación Nasal:minguna problemas con sólidos 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	
Expresión:dentro de los límites normales para su edad retardado para su edad	
Comunicación en lo pragmático y en lo social:dentro de un rango aceptableno aceptable	е
Interacción con sus compañeros: adecuada inadecuada	
Rendimiento Escolar:atento(a) Desatento Inquietonivel educativo adecuado Bajo rendimiento Apoyo de Terapia del Lenguaje:sinoReferencia:sinoN/R Trabaja:sinoM/E Ayuda Familiar:adecuadano adecuada Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes:buenoregularp	obr
11 care pencion	



FICHA PSICOPEDAGOGICA

IORNADA: Jornada Sanatrix 2011
1 - IDENTIFICACION DEL PACIENTE
 Nombre completo: Peraina Rosa Ranedes Oolis Lugar y Fecha de Nacimiento: Gerra Cas, 23 11 93. Edad: 17 y 1 n Sexo: Escolaridad: 4 - 4 co. Plantel: 68 Rafad Undarporación: Ave Undane to: El paciente vive con: Papa dos harmanos; Tras materia. Observacion: La madra falleció hace 3 anos. En caso que el paciente no estudie, indicar razón: El paciente trabaja:
II DATOS DEL REPRESENTANTE:
 Nombre Completo: Andrewa Paredes Golis. Nexo: Hes mana Edad: 22a CI. 19. 153763. Grado de Instrucción: Beachi lerato. Profesión u Oficio: Supervisora de Obras. Domicilio: San Jose del Avila. Caracas Teléfonos: 0712863.2763. Observaciones (Integración Familiar): Bucara infegración
III ANTECEDENTES:
 Embarazo: Parto: Desarrollo Psicomotor: Lenguaje: Esta en terapia de lenguaje: Alguna vez ha convulsionado: Toma algún medicamento: Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:



FICHA PSICOPEDAGOGICA

JORNADA:

I IDEN	TIFICACION DEL PACIENTE:				
•	Nombre completo:				
•	Lugar y Fecha de Nacimiento:				
•	Edad: Sexo: Escolaridad:				
•	Plantel: Ubicación:				
•	El paciente vive con:				
•	Observacion:				
•	En caso que el paciente no estudie, indicar razón:				
•	El paciente trabaja:				
II DAT	OS DEL REPRESENTANTE:				
•	Nombre Completo:				
•	Nexo: Edad: C.I				
•	Grado de Instrucción:				
•	Profesión u Oficio:				
•	Domicilio:				
•	Teléfonos:				
•	Observaciones (Integración Familiar):				
III AN	TECEDENTES:				
•	Embarazo:				
•	Parto:				
•	Desarrollo Psicomotor:				
•	Lenguaje:				
•	Alguna vez ha convulsionado:				
•	Toma algún medicamento:				
•	Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:				

	Cómo define a su hijo:
•	Rendimiento Escolar:
•	Adaptación Escolar, a la Comunidad:
•	Presenta emociones como angustia, tristeza, alegría, seguridad, entre otras, en que situaciones?
•	Considera Usted que el paciente se adaptará con facilidad al momento de separación, cuando ingrese al Área de Transición. Explique conductas que pued manifestar. Si tiene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento:
	Actitud del Representante:
•	

κ.





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 e
Paciente Karcina.
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 Roraina Paredes.
•
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.
$\sim 10^{\circ}$
Caracas, a los 10 días del mes de Tulio del año 2010.
PACIENTE: Korainta Paredes TESTIGO:
PACIENTE: Korainta Paredes TESTIGO: FIRMA: Korainta Paredes FIRMA: Chudsina Paudo
C.I: 24.210.281 C.I 19.153.763





AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Por la presente los abajo firmantes, en calidad de Paciente y Testigo respectivamente,

nacemos 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
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
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 2/ días del mes de EUERO del año 2012
PACIENTE: KORAIMA PAREDES TESTIGO:
PACIENTE: KORAIMA PAREDES TESTIGO:
C.I: 24.210,281 C.I

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Andreira Paredos venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 15153763y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Cosaina Paredes, de
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 Subatterna 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: 10 de Julio de 200.
Firmas. Andrina Parales Koraina Parades



AUTORIZACIÓN

Nosotros, KORAINA PAREDES	, venezolanos,
mayores de edad, de este domicilio, titulares de las cédulas de identidad N°	
y, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros	
Representantes Legales de nuestro hijo (a)	
de edad, por medio del presente documento declaramos: Que	
suficientemente a la FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA VENEZ	
(Fundación sin fines de lucro e inscrita ante la Oficina Subalterna del Prin	, ,
Registro del Municipio Libertador del Distrito Federal (hoy capital) en fecha	
de 1.997, bajo el No. 12, Tomo 3, Protocolo Primero), para que en ne	
difunda ante cualquier Medio de Comunicación Social tradicional o no	
(televisión, radio, revistas, periódicos, material promocional, comunicados,	
tanto en la República Bolivariana de Venezuela como en el Exterior, imáge	•
videos de nuestro representado, el cual fue intervenido quirúrgicam	-
malformación, específicamente relacionada con hendidura labio-palati	
tendiente a obtener publicidad ante los referidos medios sociales, para	
captación de actividades que puedan servir de instrumento para la recolecc	ión de fondos
coordinación de eventos sociales, promocionales y en general cualquier	actividad licita
relacionada con el objeto de la fundación, y por medio de la cual nuestro re	presentado ha
sido beneficiado; sin contraprestación alguna a mi favor o de nuestro hijo, i	ni nara 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 Prime	ro. Dorocho al
nonor, Reputación, Propia Imagen, Vida Privada e Intimidad Familiar. Título	II Donashaa
Garantías y Deberes, Capítulo II de la Ley Orgánica para la Protección o	tol Miss water
redicacente.	rei ivillo y del
En la ciudad de Caracas a la Fecha, 21de Eveno de 2022	
Firmas Koraima Parodes	

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Anderna Paredos, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 19. 153. 763 y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo (homora) Korarma Paedo, de
A 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: 19-17-2011
Firmas. Indreina Paredes Soll



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

M018-P82.980

CORAIMA PAREDES CI: 24210281

Femenino 18.1 Años

Ingreso: 14/01/2012

Dir: Conv.: FUNDACION SONRISAS Telf: Ubic.:

12 11:19:03 Imp: 17/01/2012 09:48am

Dr(a):

Enviar:

Hematologia

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	- 5
HEMATOLOGIA				MAC
GLOBULOS BLANCOS	7,53	10^3/uL	4,60 - 10,20	
GLOBULOS ROJOS	4,22	10^6/uL	3,80 - 6,20	
HEMOGLOBINA	12,8	g/dL	11,8 - 17,2	
HEMATOCRITO	36,7	%	36,0 - 51,0	
V.C.M.	87,0	fL	80,0 - 97,0	
H.C.M.	30,3	pg	27,0 - 32,0	
C.H.C.M.	34,9	g/dL	30,0 - 36,0	
R.D.W.	12,0	%	11,6 - 14,8	
NEUTROFILOS%	66,5	%	37,0 - 80,0	
LINFOCITOS%	25,3	%	10,0 - 50,0	
MONOCITOS%	5,6	%	0,0 - 12,0	
EOSINOFILOS%	1,5	%	0,0 - 7,0	
BASOFILOS%	1,2	%	0,0 - 2,5	
NE#	5,0	10^3/uL	2,0 - 6,9	
LY#	1,9	10^3/uL	0,6 - 3,4	
MO#	0,4	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	218	10^3/uL	150 - 450	
MPV	7,7	fL	5,3 - 10,1	
PT (TIEMPO PROTROMBINA)				MAC
PT - V. PACIENTE	11,6	Seg		
PT - CONTROL	11,5	Seg.		
RAZON	1,01		0,80 - 1,20	
I.N.R.	1,01			
PTT				MAC
PTT - V. PACIENTE	35,9	Seg.		
PTT - CONTROL	27,0	Seg.		
DIFERENCIA	8,9	Seg +	/- 6.0 Seg.	

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

M018-P82.980

CORAIMA PAREDES CI: 24210281

Conv.: FUNDACION SONRISAS

Dr(a):

Femenino 18.1 Años

Ingreso: 14/01/2012

Telf:

Ubic.:

12 11:19:03

Imp: 17/01/2012 09:48am

Hematologia

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	Carolina and
VSG	PROPERTY AND PROPERTY OF THE PERSON NAMED IN	NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.		MAC
lera. Hora	10	mm		
2da. Hora	15	mm		
I.K.	8,75			
DEFAULT VALUES				

Enviar:

Química

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
GLICEMIA	82	mg/dl	70 - 110	MAC
UREA	16,0	mg/dl	15,0 - 43,0	MAC
CREATININA	0,6	mg/dL	0,4 - 1,4	MAC
COLINESTERASA	5,84	U/mL	4,65 - 10,44	MAC

Serología

Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
HIV	NO REACTIVO	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE		MAC
VDRL (CUALITATIVO)	NO REACTIVO			MAC

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





CONSTANCIA

			de	años
Acudió a la Jorr	nada Quirúrg	gica de Operació	n Sonrisa Venez	uela en compañi
de su representa	nte:	- <u>-</u>		
CI:	<u> </u>	, realizada en		,
Estado				
El día		·		
Constanc	ia que se exp	oide a petición de	e la parte interesa	ada
			-	













AUTORIZACIÓN ANESTESIA

Mediante la presente, autorizo al persona anestesiología de Operación Sonrisa	al mecico integrante del depa	.mento
con sede e	en	
De que se me sean administrados los agen- técnicas y procedimientos establecidos para que se propuesta: resumiendo así los riegos que confleve y medicina vigente, que textualmente dice:	me sea practicada la intervenci-	quiru: g
"ARTICULO 34: Los actos y procedimiento terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la requieren de la autorización por escrito del paciente o de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmedio de su representante, se podrá realizar el procedimien. De todo lo actuado se levantará un acta en la cual de cabo el procedimiento y de quien compartio la representante legal o al interesado a la mayor breveda. Los procedimientos a que se contrae el prese	perdida transitorias de las facultade de quien tenga su representación le iata de obtener el parecer o criterio nto previa consulta y opinión de ob- eberá constar la opinión del medica toma de la decisión, se deberá ad.	mentali nal. En ca del pacier facultatir que l'evo notificar
fines de la salud y del bienestar del paciente"		
Koraina Paredes Paciente: 24.210.281	Carcuar 3 lac Julio	de <u>201</u> 0
Andrewa Pacedes Representante Legal: CIV: 19.153 963		



AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de

anestesiología de Operación Sonrisa	100000000000000000000000000000000000000
con sede en Altania - Can	ACAS
De que se me sean administrados los agentes anestésicos necesarios, de actécnicas y procedimientos establecidos para que se me sea practicada la intervención propuesta: resumiendo así los riesgos que conlleve y dando cumplimiento al articuley de medicina vigente, que textualmente dice:	n quirurgica
"ARTICULO 34: Los actos y procedimiento médicos realizados con fines o y terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la perdida transitorias de mentales, requieren de la autorización por escrito del paciente o de quier representación legal. En caso de extrema urgencia, si no existiese posibilidad in obtener el parecer o criterio del paciente o de su representante, se podrá procedimiento previa consulta y opinión de otro facultativo. De todo lo actuado se la acta en la cual deberá constar la opinión del medio que llevo a cabo el procedir quien compartió la toma de la decisión, se deberá notificar al representante legal o a la mayor brevedad posible.	la facultad n tenga su imediata de realizar el evantará un niento y de
'Los procedimientos a que se contrac el presente artículo se emplearan exc para fines de la salud y del bienestar del paciente''	lusivamente
KORAINA PAREDES	de
Paciente:	
CIV: 24.210,281	
Korama Parodeo	
Representante Legal:	
CIV:	
Fundación Operación Sonrisa Venezuela	

HISTORIA DE ANESTESIA CORAIMA PARELES

STANDARDS.	Link
34 1 0 74 70	
DECLACION PROPUESVA.	OPERADION BEASTEADA.
Valato plastie	
	NOTA BUENA (NE)
	ANESTESIOLOGO: C
Wilbruto Martines	maselle
TOTAL T	
132 Sevelewrane	Fral unalatous
RESUMEN PR	E-ANESTE SIGO
	The state of the s
1/6a 101/55 52	384 726 1600 257 000
1/0,0 1/00/10 Creat 0.7	686760
719	13/1/5
17/6	Pin
mous 191 Alux S	Que PROCEDIMIENTO
3	111111111111111111111111111111111111111
0200	Luclieceen
700079(10 D 177 E)	
BENTAN LAND	Louceun loug
COOR FILM MARC	
	Liter for twee
RULLUKUN 187	A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Doracomash	HILL Escalary 10740
TALL SAULING TO THE SAULING TH	Weeverwood 35 mg
	ravalta 7 58/2
PAMIGIO! CU LES TO THE TOTAL PARIS OF THE PA	sorefluto 1.3 4 34c aux
P	maulemient
Respiración(D)	
Angulariation	Oz-Sevollewran
0 P C 1001	Sutclasin entroloce
\-\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	Sonde orofochur en Presson seulas
	AMAN Sonde orofsellies en
	Devole C
TOCOS (MACCUTO)	Protecom Deellas
	CONTRO GRACIONAS STATISTA
1/-11/2	
VENT	
	\
	4500
Souther 1904	
PERFORMENT HILL	
THE PARTY OF THE P	total I I I I I I I I I I I I I I I I I I I
TENGRAMITETO HEMOSTASIA	hitraea Mt 20 1 MDer
SENGRAPITATO: NEMOSTASIA:	hitraca htt 20 31/150
	A J. C.

Sonrișa 🔻 📉	PARA USO DE	LDL AAN	IENTO ANI	ESTESIC	LOGIC
Veneznela	0 0				3
NOMBRE DEL PACIENTE _ Lecaissa	Jarenes				
SEXC FEW EDAD ABOUT	PESO 534	Kg TALLA	7	IMC	1
:::: SNOSNOS Secreta de Queir	roplastia. INI	ERVENCION PROPL	JESTA Keine	plas.	tria.
MICICO IRAIANTE				0	A. W. L.
DAIOS POSITIVOS DE LA ENQUESTA y DEL ES	KAMEN FISICO				
	t to the first or some of the total				
DATO	S POSITIVOS I	DEL EXAME	N FISICO		
lc mmHg.	fr	Fc X'		Temp	
ASPECTO DE LA PIEL LOCORAL		Edo DE C	ONCIENCIA		
CABEZA-CUELLO: Conservada					
COLUMNA VERTEBRALL DESTRE				``	
EVALUACION PULMONAR RS RS (SS)	soadesticio	s. Rekels	Ss no a	dues	ncies
ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR DL	1.				
HD 128, HIO 36,7	Glic 82	Plog 218,000	G.B. 7 3	30 P	016/013
PT 35.9/27 FIDN	HIVO	VORL S	Creot Dib	. u	reo 16
Olros				10	0/12
EVALUACION CARDIOVASCULAR				fector	-01-12
Rx DE TORAX				·	
EVALUACION Mallampati (1) 2	3 4 Distancia	liromentoniana		Cls	
VIA AEREA Apenuro Orol	DODINOM	Cervical		•	
	use (Close)	Ciose III	Close IV		
				·	
	INDICADO	RES DE RIES	GO		
ASA	11	HI	IV	ν	8
JOHNS HOPKINS.	1	133	IV	ν	
VIA AEREA	1 11	111	1	V	
LM.C. P(klas) / A (en metros al cuadra	do)		. !		
IECNICA ANESTESICA SUGERIDA		OBSERVACIONES	Se gides	Exd	elalo-
		SAP			
MEDICACION PRE-ANESTESICA	\cap	3 / 1			
	- AL-)				
MEDICO ANESTESIOLOGO		19/M/M			

CORAIMA PAREDES

HISTORIA DE ANESTESIA

21 CM2. Secules Secretis	Le bro leprines peleder herde
ASA I I II II II II II	
with Contuct)- Leverage	Di Camps
TSOFI-VOR NO - OI	General en haletine.
Con D III.9: ALLIANT: LAIRS. 1	36 Z
109 - 1 2 Pront 0, 6 Usea 16	VIAS. 218,000
DIKA VIRLO 077 359/27	PTM6/105
-cu /45 2 30 3 3>	4 3 VANIENTO
	- Loucum Pry (2)
rance 1	Ramitedein 5 Duryly
Berli 1991	500 cc (c)
Raines 188	- Veradion 4 ma Per (1)
	aucion 1
141) Schon 100 99 99 99 99 99	Inducción DM Roblem
PAMITE LOW 4 34 30 30 18 28 2	3) Propoli ise y.
Assistance	1) Recipio 30 2.
1	5) Langereno Hablow
0 P E 1001	(c) Into or 6.5~~4~ Di
	Sade o.G.
Valuation [18]	11 PECKIN ONDENCE
	BIVHC FR THE JOSOF
CANADAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	
	Kx To co : em ego Co dop l
	15- NOI 1
Person de l'agricologie	
Carlos Hope	
Tecore 8 9	
Die Pace	
TAMORADIENTO. NEMDSTASIA	h c c c s c c c c c c c c c c c c c c c

Operación Sonrișa

EVALUACION PRE-ANESTE

PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOG

Veneznela O Da MA O OS	2.7
NOMBRE DEL PACIENTE: WORLD HE PARE	051
SEXO _ EDAD 6PESO. 5	2/ TALLA 155 IMC:
DIAGNOSTICO Valador helidido	INTERVENCION PROPUESTA: Valaxplustia
MEDICO TRATANTE:	7
DATOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA y DEL EXAMEN FISICO:	
	S DEL EXAMEN FISICO
Ta: mmHg:/ F.r.:	Fc X': Temp.:
ASPECTO DE LA PIEL:	Edo. DE CONCIENCIA: CMCIIILLE
CABEZA-CUELLO:	<u> </u>
COLUMNA VERTEBRAL:	9
EVALUACION PULMONAR: YUYUU	ESPIROMETRIA:
ABDOMEN: OSTEO-MUSCULAR:	527 000 00 17/0 000
Hb: /12,6 Hto: 30,4 Glic 83	Ploq: 75 + 000 G.B.: 6 - 760 PT:
PTI. 3/9 & Fibri: H.I.V.	VDRL: Creat: 0,7 Urea: 4,5
Otros: /	9/07/10
EVALUACION CARDIOVASCULAR:	Fecha 10/1/10
Rx. DE TORAX:	
EVALUACION: Mallampati: (1) 2 3 4 Distanc	ia Tiromentoniana: Cts.
VIA AEREA: Apertura Oral: Movilidi	ad Cervical:
Clase I Clase II	Close III Close IV
6000	
INDICADO	DRES DE RIESGO
A.S.A.	III IV V E
JOHNS HOPKINS: I II	III V
VIA AEREA: 1 II	III V
I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado)	
TECNICA ANESTESICA SUGERIDA:	OBSERVACIONES:
MEDICACION PRE-ANESTESICA:	S.A.P:
MEDICO ANESTESIOLOGO:	FECHA: MA / 17/10
Maselle	7010110

Cuestionario i RA EV	ALUACUAN	DOMALE	i Cherren	Terior and the second
	MoH	storia:	35 7 Z	ISICA DE ADULTOS
Cirujano:	Cirugla Pisa	iasta:		Fechs: OfoHla Horas
Edad: 16 @ Peso: OZ Tella:	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	N.C.		2111
: Es elérgico a algún medicamento, elimen	200111111			Telerones: 09287042744
a ria lorido recientemente tos, arian o dalo	do oncome	<u>si</u> .	图	
" - iti tomaso Aspinna (o similar) an los últir	108 10 dies?	<u>u</u> ,	1	
Ta tomado alguna vez dipirona?		W C	192	no recuerda hater
Toma algún otro medicartento? // / / / / / / / / / / / / / / / / /	mus		12	Ju - and and
Usa lentes de contacto?		[4]	FEP	Tomado Superous
4. Thine plancha o puente?			3	Calitan Zala
Tiene coronas en sus dientes frontales?	50	<u></u>	-	IN Hellumsofen
Tiene dientes flojos, estitudos o con cario	E? Cari	(6)	क	of The miteur
5 Tiene alguna dificultad para mover of cual Tiene alguna dificultad para abrir la bocar	107	- I	100	crug. V
Mandada Time		[:]	по	
6 ingiere alguna bebida alcohólica mas de u	lancia Interdentari	r	اعدا	
Fuma o lo hizo alguna vez en su vida?	गांव ४७४ हा साहित			
Cuanto fuma (fumaba) y por cuanto tioppo	27	[1]	-Exect	
3 Realiza algun deporte o ejercicie?	Much	F-7	,, l	1
5 Ha tenido o algún pariento suvo alguna co	mplicación	[44]	[100]	
seria durante una anestesta o una operac	ión?	al.		
3 Ha sido operado antes?			100	
ce han dado anestosia locul? ce han dado anestosia general?				0 1698
ce han becho alguna assi lusión senguin	an?	F	110	AD Selly 10 5
1. Fedia de la ultima regia: 04/07	10	s'	4	He : Cf. Inzura
Esta ombarazeda actualmonis?	110.	[:-]	1 3	Lolla Trendich
🕮 Ha sufndo o suiro do alguna de estas en	formedades:	<u>[ŋ</u>]	ino]	South frontier
Cloars, Gastritis, Vomition	Problemas do o	cegulación	[7	^
Hernis higtal, Rottujo (10)	rioniations o se	/ /	A	0
Indigestión persistente	Aneadu, Laucer			Se mareo cuareclo
Bronquitis, Neumonia	Anamile drupen	/ //	4	wint Carrotali
Enfisoma, Enf. Pulmoner	Enformaded tire	idea (Mo		vier (autous
Figura, Mucosidad	Diabetes	7)	1-7	0.
Asnia, Jadeo	Tto con esterok	100		buen ex lak.
Dificulted para respirar	Piernus hinches		7	oun en un.
Enformeded cardiaca	Problemma de ja		10	(
Tensión anerial elta	(/X	1	
ension arterial baja	Artritis	100/	1	
-laque cardiaco	Problemas pera	4	U) (
Learne reumatica	Dabilided, dosn	1100		
Soptos cardiacos	Vértigo Marnos			}
/ ///0	Ceguera, Bardo	1/10		
Papitaciones (17)	Convulsionae, I			
Marcapasos	Meningitis, Peli	0		
Angina, Dolar de pectie	Dolores de cab	DIN DE		}
Problemas renaies (ND)	Giauconiii	004		
hopatitis, Enf. Hopatica	Vacunos (II)	uffella		}
Trastornos nerviosos	Otras enformed	aces		
12 Esta intervencion sera caricelada por alg	านก จิตติบเต ด	,	-2.700	
piansa Ud. padir un raembotso?		કો	no	
ි Hay alguna pregunta que dasco haco??		lai l	mo	}

PARTITION DE ADULTOS Circiano: flo illstoria: 5034: 10 Cirugla Prophosta: Tuin: : Es elèrgico a algun madicamento, climento a al polvu? Telefonos: a Pia teredo recruntamiento tela, gripo o delor de pergantity S. Ele tamado Aspirino (o similar) un los últimos 10 elega Haltomado alguna vez diparonali Toma digán otro medicartichio? usa gotas para los ojos e para la nariz? Usa lentus de contacto? ne plancha o puento? and corones on sus digitals frontaios? whe diontal **hojos, e**stid**u**dos o con carbot ്യാര alguna dificulted pare നോഴന്റെ യുത്തു nens cigano dificultad perd obrir le bocar Medica Tiromentonearia Distancio Inforderitane... ା ମନ୍ତାବାବ alguna bebide dicondica inas do una vez al d୍ୟ-୨ Fuma of the sound alough of the smult Cuanto fuma (fumaba) y por cuanto tismpor s Residu algun dapone o ejerdicie? r má tenido o stoún pariento suym oliguna complianción W sens durante una annotazio o una operaciony i na sido operado entua? . A hun dado andstació lact. 17 on han dado anestevia gunerota remangage noted was anogue onsettent of to Passa de la obroa rugigo END OF DEFECTION OF FUR! 16/11/11 ... Institutado o seiro do algunta de gasta unitenpodado a 2 X 2006 Gastriffs, Vomitori Problemita de opequiación Servis hicial, Rollejo Host compression and accompanies th heighsich persistent) America, Landersch Consums Reumanna Control Control (CO) unfissing Ent Publicher Concernate time. 323 ಿ. 10, 14ಲನವರ್ಣದಿಕರ Distretos -೯೧೯೭, ೯೮೮ರು Tto con cateroldes Executed para respirm Pistous hinchadas, Varices Laformeded cardiaca Problemna de columbia Carisión adenia etto Assure ansion artenal paja Profilencis dere caminar المراجعة المراجعة المراجعة O Johnson dusmayor Specific reumatica lemendaren ventgo, Marnas scosioned polico? Captieru, Entdera ^ನಿ ನೀಡಲವಾಗಿತ Convulsioners, Epitopisia ್ ಬಯ್ಯಂತಿ ತಂತ Medingalis, Petio missing Golds de pactics and an effective Filosofices, rendices Giacon responded Ent. Hopolica Vestino Transpires nemadada Caras emerciaences 12. Esta intervención sera cancellada por algun seguro o piensa Ud. pudir un raempio ic? Clear alguna pregunta govername body o [::] 100 ji. in emociale

RECUPERACIÓN

RECUPERACION			# de	Historia.	
PROCEDIMIENTO: Labio Paladar Fistula Hemangio Uni tilat ANESTESIA: General Local Otra: ALERGIAS: Dr. Contretas Nombre del Cirujano. Nombre del Anestesiólog	S. Rinasept	70	Nombre 18	y Fecha	12 aredy
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus	ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
LA CIRUGIA NORMAL Singrado Sangrado Dehiscencia	Hora	445	5pm	5pg	5.30
HIDRATACIÓN: IVE QL SOCCGLES/Mgotas:	Temperatura	35.50		36	
MEDICAMENTOS.	FC	Floxi	79x'	91	93.
Catallan: Supo:Mg Suspensiongi	T,A	87/41	86/51	72/62	10/50
Soricum: 1V	FR	202)	50 3	701	1
Nubain: IV	Sat 02	96%	97.	0/6/	99%
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				Di	4
Otros Medicamentos:					~
	.*				•
Observaciones:					
					-
					-

FIRMA DE EGRESO Y DOMBRE LEGISCE

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO: Labio Paladar Fistula Hemangioma Uni. Hilat Paladar Fistula Hemangioma Ligadura Art.	otros:
ANESTESIA: General Local Otra:	·
Nombre del Cirujano Nombre del Anestesiólogo.	

de Historia.
31/7/10
Sitlo y Fecha.
Caraima Paredis
Nombre y apellidos.
16ª
Edad:

The state of the s
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus SITIO DE LA CIRUCIA: NORMAL S:Ingrado Sangrado Dehiscencia Iento Activo
HIDRATAÇION:
IVF Glas/Mgotas
MEDICAMENTOS:
Catallan: Supo:Mg Suspension:gr.
Ketoprofeno: IV
Doricum: IV
Nubain: #
ESCALA DEL DOLOR:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEMS	INGRESO	1 CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	230 pm	24sm	3pm	
Temperatura	37°C	36c		
F.C	1 cox ?	89 X	88x	
T.A	102/58	113/55	11365	
F.R	Zox	26 X	202	
Sat 02	1000 f	100%	1000/-	

Otros Medicamenti	os:			
	05:			
Observacione				
		,,		

FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.