

090721

EVALUACIONES

Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: Oropeza Garcia
 Nombre 1ero y 2do: Dairelys Fransoli
 # OSH: _____ # Expediente local: _____

Operacion Sonrisa: _____
 Ciudad: Caracas
 Fecha: 04/07/09

Acompañado por: CRONOTO DE OROPEZA

Relacion con el Paciente: MADRE
0412-8293818

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:

Dirección: Avenida Baralt Esquina Pinaro con
Camino Nuevo. Edif. Vogel Piso 2 Apt 26
 Ciudad: Caracas Departamento: _____
 Pais: Venezuela
 Telefono: ~~0212-6128-12-46~~ Celular: 0412-829-38-18
 Localización del Telephone: 0212-662-59-35 ~~0426-909-10-98~~
0416-827-6646 (MUNA) / 0412-904.8746

Distancia recorrida: _____ kms / horas (encierra en un circulo)

☐ A pie ☐ En burro/caballo ☒ Bus ☐ Taxi ☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote

Género: ☐ Masculino ☒ Femenino

Escribir el mes en letras (ej: mes: Junio día: 10 año: 2002)

Fecha de Nacimiento: Mes: 11 Día: 17 Año: 1990

Edad: 18 años / meses (encierra en un circulo)

Examinado previamente: ☐ OSH ☐ Otro

Operado previamente? ☒ OSH ☐ Otro

Si OSH, Expediente # _____ año NAPZ (2010)

Tipo de Cirugia: labio hendido

Complicaciones: _____

Numero de Hermanos: Vivos: 4 Muertos: _____

Miembros de la familia con labio o paladar hendido: ☐ Madre ☐ Padre ☒ Hermano ☐ Hermana

HISTORIAL DEL PACIENTE:

Medicamentos que esta tomando: ☐ Ninguno ☐ Anti-malaria ☐ TBC ☐ Otro: _____

Vacunas: ☐ Ninguna ☐ Polio ☐ DPT ☐ MMR ☐ Otro: _____

Alergias: ☐ NKA ☐ Otro: _____

Embarazada? ☐ No ☐ Actualmente ☐ Perdio el bebé, Explique: _____

Infeccion: ☐ Ninguna ☐ Infeccion Respiratoria Superior ☐ Hepatitis ☐ Malaria ☐ TB ☐ Otro: _____

CNS: ☐ Negativo ☐ Convulsiones ☐ Otro: _____

Lungs: ☐ Negativo ☐ Otro: _____

Corazón: ☐ Negativo ☐ Hipertension ☐ Soplo ☐ Otro: _____

LABORATORIO: Hematocritos: % _____ Otros Exámenes: _____
 Hemoglobina: _____ g/dL



NOTA OPERATORIA

Op. Sonrisa No. _____
 Ciudad: _____
 Fecha: _____

OROPEZA DAIRELYS -

APELLIDOS NOMBRES

ANESTESIA GENERAL LOCAL LOCAL / SEDACION

OPERACION: QUEILOPLASTIA 1a PALATOPLASTIA 1a CIERRE FISTULA PALATINA

QUEILOPLASTIA 2a PALATOPLASTIA 2a EXCERESIS DE TUBER

RETOQUE LABIO ESFINTER ORTICOCHIA INJERTO CUTANEO

INJERTO PROCEDIMIENTO CRANEO F. C.R QUEMADURA

OTRO: Rinoplastia - 2a

M. Felipe Barreto

NOMBRE / FIRMA CIRUJANO:

COMPLICACIONES: NINGUNA OBSTRUCCION VIA AEREA HIPOTENSION

HEMORRAGIA MUERTE

OTRA: _____

NOTA: ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECCION O COLOQUE O EN LA LINEA
 IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)

Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: _____

Nombre 1ero y 2do: _____

Operación Sonrisa: _____

Ciudad: _____

Fecha: _____

DIAGNOSTICOS DE LABIOS:

<input type="checkbox"/> 1 Labio normal	<input type="checkbox"/> 2 Izq Unilat. Incompleto	<input type="checkbox"/> 4 Izq Unilat. Completo	<input type="checkbox"/> 6 Bilat. Izq completo, Der Incompleto	<input type="checkbox"/> 8 Bilat. Incompleto	<input type="checkbox"/> 10 Otro Labio (dibuje)
<input type="checkbox"/> 3 Der Unilat. Incompleto	<input type="checkbox"/> 5 Der Unilat. Completo	<input type="checkbox"/> 7 Bilat Der Completo, Izq Incompleto	<input type="checkbox"/> 9 Bilat. Completo	<input checked="" type="checkbox"/> 11 Unilateral reparado	<input type="checkbox"/> 12 Bilateral reparado

PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE LABIO (Circule unicamente el procedimiento que se realizara en esta mision)

☐ Ninguno ☐ Labio Unilateral ☐ Labio Bilateral ☒ Revision de Cicatriz ☐ Otra reparacion de labio _____

Notas de Evaluacion: PAC PEDIENE QUERER MAJORAR EL VOLUMEN DEL LABIO QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA RESECADO.

DIAGNOSTICOS DE PALADAR:

<input type="checkbox"/> 13 Paladar normal	<input type="checkbox"/> 14 Izq Unilat. Alveolar Incompleto	<input type="checkbox"/> 18 Der Unilat. Completo con Fisura Alveolar	<input type="checkbox"/> 22 Submucoso	<input type="checkbox"/> 26 Der Unilateral Completo Duro y Suave
<input type="checkbox"/> 15 Izq Unilat. Completo con Fisura Alveolar	<input type="checkbox"/> 19 Der Completo Izq Incompleto	<input type="checkbox"/> 23 Suave	<input type="checkbox"/> 27 Bilat Completo Duro y Suave	
<input type="checkbox"/> 16 Izq Completo Der Incompleto	<input type="checkbox"/> 20 Bilat. Incompleto	<input type="checkbox"/> 24 Posterior duro y suave	<input type="checkbox"/> 28 Otro Paladar (dibuje)	
<input type="checkbox"/> 17 Der Unilat. Alveolar Incompleto	<input type="checkbox"/> 21 Bilat. Completo	<input type="checkbox"/> 25 Izq Unilateral Completo duro y suave		

☐ 29 Paladar Unilat Reparado ☐ 30 Paladar Bilat Reparado ☐ 31 Insuficiencia Velofaríngea reparado

PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE PALADAR: Circule unicamente el procedimiento que se realizara en esta mision

☐ Ninguno ☐ Revision de paladar ☐ Orticochea ☐ Colgajo Faringeo ☐ Colgajo de Vomer ☐ Otra reparacion paladar _____

Notas de Evaluacion: _____

PAC q DE 18 AÑOS REQUIERE QUERER REFINAR INTERES EN CORREGIR LABIO Y RETORQUE NASAL Y FISURA NASO VESTIBULAR
PRIOIDAD Y AUN CUANDO YA HA SIDO OPERADA POR OPERACIÓN SONRISA EN 2 OPORTUNIDADES

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)

Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: _____

Nombre 1ero y 2do: _____

Operación Sonrisa: _____
Ciudad: _____
Fecha: _____

DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:



☐ 32 Izq nasal Labial



☒ 35 Der Nasal Labial



☐ 38 Izq y Der Alveolar



☐ 41 Duro



☐ 33 Izq Alveolar



☐ 36 Der Alveolar



☐ 39 Izq y der Alveolar y anterior



☐ 42 Junct de Duro y Suave



☐ 34 Izq alveolar y anterior



☐ 37 Der Alveolar y anterior



☐ 40 Izq y Der Alveolar, anterior y medio



☐ 43 paladar Suave



☐ 44 Otra Fístula (dibuje)

PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marque unicamente el procedimiento que se realizará en esta misión)

☐ Ninguno

☒ Reparación de fístula

Notas de Evaluación: _____

DIAGNOSTICOS DE NARIZ:

☐ 45 Deformación nasal unilateral izq

☐ 48 Deficiencia de Columella

☐ 46 Deformación nasal unilateral der

☐ 49 Desviación Septal

☐ 47 Deformación nasal bilateral

☐ 50 Otra Nariz (dibuje)

PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque unicamente el procedimiento que se realizará en esta misión

☐ Ninguno

☐ Reparación de Desviación Septal

☒ Reparación unilateral de nariz

☐ Rinoplastia (hueso y cartilago)

☐ Reparación bilateral de nariz

☐ Otra reparación de nariz _____

☐ Inyección de Cartilago

Notas de Evaluación: _____

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)

Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: _____

Nombre 1ero y 2do: _____

Operacion Sonrisa: _____

Ciudad: _____

Fecha: _____

OTROS DIAGNOSTICOS:

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Contractura por quemadura | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Deformidad Craneofacial | Explicacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemangioma | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Microtia/ oreja en copa | Lado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nevo/ tumor/ quiste/ lunar | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ptosis Ocular | Lado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Polidactilia/ Sindactilia | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cicatriz por quemadura | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de cicatriz: | Localizacion: _____ |
| <input type="checkbox"/> frenillo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: | Explique: _____ |

PROCEDIMIENTO PARA ESTA MISION:

- ☐ Ninguno
- ☐ Liberacion de Contractura + Injerto de piel de espesor completo
- ☐ Liberacion de Contractura + Injerto de piel de espesor parcial
- ☐ Liberacion de Contractura con zetoplastia
- ☐ Craneofacial
- ☐ Excision de nevo/ tumor/ quiste/ lunar
- ☐ Frenulectomia
- ☐ Excision de Hemangioma
- ☐ Otoplastia
- ☐ Polidactilia/ Sindactilia
- ☐ Injerto de piel de espesor total
- ☐ Injerto de piel de espesor parcial
- ☐ Excision de Cicatriz con zetoplastia
- ☐ Injeccion de cicatriz
- ☐ Otro: _____

Notas de Evaluacion: _____

☐ 1 Semana ☐ 6 Meses ☐ 1 Año

Ciudad: _____

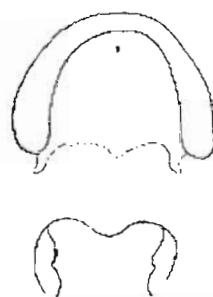
Fecha: _____

Lugar: _____

Nombre de Evaluador: _____

POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE!

Original H. Clínica #	Actual H. Clínica # (si aplicable)	Apellidos y nombres del paciente:	Diagnostico ANTES de la cirugía: <input type="checkbox"/> FLU <input type="checkbox"/> FLB <input type="checkbox"/> FLPB <input type="checkbox"/> FLPU <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> Quem. <input type="checkbox"/> Otro: _____
		Fecha nacimiento : ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Día / Mes / Año	

PROCEDIMIENTO			COMPLICACIONES	
<input type="checkbox"/> Fisura Labial <input type="checkbox"/> 1 ^{ra} cirugía <input type="checkbox"/> 2 ^{da} cirugía	<input type="checkbox"/> No Complicaciones	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Dehiscencia _____%	<input type="checkbox"/> Carece de integridad muscular <input type="checkbox"/> Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Fisura Palatina <input type="checkbox"/> 1 ^{ra} cirugía <input type="checkbox"/> 2 ^{da} cirugía	<input type="checkbox"/> No Complicaciones	<input type="checkbox"/> Dehiscencia _____% <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Otro: _____	Localización de Fístula: <input type="checkbox"/> No Fístula <input type="checkbox"/> Pre-Alveolar <input type="checkbox"/> Post-Alveolar <input type="checkbox"/> Union de paladar primario & secundario <input type="checkbox"/> Paladar Duro <input type="checkbox"/> Paladar Blando <input type="checkbox"/> Union de paladar duro con paladar blando <input type="checkbox"/> Tamaño de Fístula ____ x ____ mm <input type="checkbox"/> Fístula Sintomática	Dibuja localización de fístula: 
<input type="checkbox"/> Injerto Piel	<input type="checkbox"/> No Complicaciones	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Pérdida injerto _____%	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Colgajo	<input type="checkbox"/> No Complicaciones	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Necrosis Colgajo _____%	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Otro Proc: _____	<input type="checkbox"/> No Complicaciones	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Otro complicaciones o comentarios: _____	

DISPOSICIÓN
☐ Posibilidad de cirugía
☐ Ortodoncia

☐ T. Lenguaje
☐ ORL

☐ Dental
☐ Genética

☐ Obturador
☐ Psicología

☐ Pediatría
☐ 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? ☐ 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: _____

- ## SECUENCIA DE TRATAMIENTO



HISTORIA PEDIATRICA

Edad 18a (04-07-09)

ANTECEDENTES PRENATALES:

Embarazo controlado: SI ☒ NO ☐ , Gesta ☒ Embarazo deseado: SI ☐ NO ☒
Vitaminas: SI ☒ NO ☐ Radiaciones: SI ☐ NO ☒ , Contactos con pesticidas: SI ☐
NO ☒ cuando? ☐ Uso de drogas: SI ☐ NO ☐ anticonvulsionante ☐
anticonceptivos? ☐ Otros: ☐ , Cuando: ☐ , Tabacos: SI ☐ NO ☐
Cuando: ☐
Stress durante el embarazo: SI ☐ NO ☐ Cuando: ☐

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operaciones anteriores: SI ☒ NO ☐ Cuantas: 5 , Bien toleradas: SI ☒ NO ☐
Hubo complicaciones/especifique: ☐ , Asma: ☐ Alergias: ☐
Afecciones cardíacas: ☐ Otras patologías: ☐

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hb: ☐ Hcto: ☐ Leucocitos: ☐ Segm: ☐ Linf: ☐ Pt: ☐ Ptt: ☐
Plaquetas: ☐ Tipiaje: ☐ VDRL: ☐ H.I.V: ☐ Exa.de Orina: ☐
Exa.de Heces: ☐ Otros: ☐
RX DE TORAX: ☐

EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:

DIAGNÓSTICO: Permeabilidad de labio que no es post-operado

INDICACIONES DEL PEDIATRA:

S/c


Firma del Pediatra

EVALUACION DENTAL

Apellidos: Oropeza Garcia
Nombres: Dairlys Frausuli
Edad: 18 Representante: _____

Operacion Sonrisa: _____
Ciudad: Caracas
Fecha: 04/07/09

EVALUACION:

Dientes ausentes: 22 Dientes cariados: —
Diente de la brecha (características): ausente
Paladar: HP Completa reparada a los 7 años en Valera
Labios: HL Unilateral Completa derecha reparada a los 3 meses en Valera. Retoque a los 6 años en el Hosp. San Juan de Dios.
Alvéolo: —
Patología: — 2 operaciones en la nariz una a los 16 y la otra a los 17
Otro: — por la fundación.

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

☐ No se necesita de tratamiento

Exodoncias: ☐ A realizarse en consultorio ☐ A realizarse en el Quirófano _____
☒ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria ☒ Profilaxis y prevención

☒ Referido a la consulta de OFM: Por necesidad aparato ortopédico
Otros: (Rayos X, biopsia): _____

TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:

Fecha inicio del tratamiento: ☒ Desde el nacimiento ☐ Otra fecha : _____

Tipo de aparato: Placas
U.C.-V

- ☐ El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación
☐ El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución _____
☐ Tratamiento regular ☐ Tratamiento no regular

Comentario final: se indica cirugía para retoque de labio y nariz y luego
tr. odontológico y ortopédico

Nombre y Firma del odontólogo: Andrés Cordido

HABLA

Diagnóstico:

✓ Labio hendido: ☒ unilateral ☐ bilateral ☒ completo ☐ incompleto ☒ operado ☐ no operado
✓ Paladar hendido: ☒ duro y blando ☐ duro ☐ blando ☒ completo ☐ incompleto ☒ operado ☐ no operado
☐ Fístula ☐ Alveolar ☐ Palatal ☐ otros: _____
¿Sospecha de problemas Auditivos?: ☐ sí ☐ no. Evaluación: ☐ sí ☐ no. Referencia: ☐ sí ☐ no

Sección 1: (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: ☐ Oclusivo: glótico: _____; faríngeo: _____;
☐ Otros: _____ ☐ Fricativa: Nasal: _____; faríngeo: _____.

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: ☐ ninguna

☐ problemas con sólidos ☐ problemas con sólidos y líquidos
☐ 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 aceptable ☐ no aceptable

Interacción con sus compañeros: ☐ adecuada ☐ inadecuada

Rendimiento Escolar: ☐ atento(a) ☐ Desatento ☐ Inquieto
☐ nivel educativo adecuado ☐ Bajo rendimiento

Apoyo de Terapia del Lenguaje: ☐ sí ☐ no. Referencia: ☐ sí ☐ 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 ☐ pobre

A. Rosele

Historia Psicosocioeducativa.

1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: DAIRELYS Apellido: OROPEZA
Edad: 18 Año (s) y _____ meses Sexo: F
Lugar de nacimiento: VALERA Fecha de nacimiento: 17-11-90
Edo. Civil: Soltero _____ Casado _____ Concubino X Viudo _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Básica _____ grado, Bachillerato X año, TSU _____ año/sem. Universitaria _____ año /sem.
Profesión: _____

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

Urb. () Barrio () Sector () AL BARACT, Calle ESQ. PINTANGO ^{CON},
Callejón _____, Vereda CANAL NUEVO,
Casa N° _____, Edf. VERGEL, Piso N° 2, Apto. N° 26,
Teléfonos de Ubicación: 0212 6625935 041 28293818

DIRECCIÓN DE TRABAJO

Urb. () Barrio () Sector () _____, Calle _____,
Edf. _____, Piso N° _____, Ofic. N° _____ Empresa _____,
Teléfonos de Ubicación: _____ 041 _____

2) IDENTIFICACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

Parentesco con el paciente: Madre (X) Padre () Tía/o () Hermana/o ()
Abuela/o () Cónyuge () Otro _____

Nombre: RODRIGO Apellido: OROPEZA
Lugar de Nacimiento: GUANARE Fecha de Nacimiento: 10-3-55
Edad: 54 Sexo: F C.I. _____
Edo. Civil: Soltero _____ Casado X Concubino _____ Divorciado _____ Viudo _____

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina 55, Altamira, Caracas 1060 - Venezuela

Telefax: (582) 267-0255/ 267.4571/ 264-3635 - Email: operacionsonrisa@cantv.net

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Básica _____ grado, Bachillerato _____ año, TSU _____ año/sem. Universitaria _____ año /sem.
Profesión : _____

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

Urb. () Barrio () Sector () _____, Calle _____,
Callejón _____, Vereda _____,
Casa N° _____, Edf. _____, Piso N° _____, Apto. N° _____,
Teléfonos de Ubicación: _____ 041 _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO

Urb. () Barrio () Sector () _____, Calle _____,
Edf. _____, Piso N° _____, Ofic. N° _____ Empresa _____,
Teléfonos de Ubicación: _____ 041 _____

3) GRUPO FAMILIAR QUE COHABITA CON EL PACIENTE

Madre(☒) Padre() Abuela() Abuelo() Tía() _____ Tío() _____
Hermanos() _____ Cónyuge(☒) Hijos(☒) _____ Otros _____

4) ÁREA FÍSICO AMBIENTAL

Tipo de vivienda: Improvisada () Casa () Apartamento ()

Tenencia de la vivienda: Propia () Alquilada (☒) Comodato () de un familiar ()

Integración Ambiental:

Homogénea() Heterogénea() Dispersa() Agrupada() Planificado() No Planificado()

Forma predominante en la ocupación del espacio: Horizontal () Vertical ()

Servicios Públicos: Transporte() Agua() Electricidad() Aseo() Elim. aguas servidas()

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina 55, Altamira, Caracas 1060 - Venezuela

Telefax: (582) 267-0255/ 267.4571/ 264-3635 - Email: operacionsonrisa@cantv.net

6) ANTECEDENTES POSTNATALES

Peso: 4,500 grs. Talla 55 cm.

Alimentación:

Materna No() Sí() Hasta _____

Tetero No() Sí() Hasta 3 años

Desarrollo Físico: Norm

Desarrollo del Lenguaje: Norm

Desarrollo Emocional: Norm

Desarrollo del Proceso de Aprendizaje: Norm

Control de esfínteres: No () Sí (X) Cuando: 1 año

Presenta alguna deficiencia visual, auditiva, u otro impedimento: NO

Observaciones: _____

¿Qué evaluaciones multidisciplinarias ha tenido? _____

¿Asiste a alguna terapia? _____

Acuerdos Tomados ORIENTACIÓN

Firma Psicopedagogo

Firma Trabajador Social

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina 55, Altamira, Caracas 1060 - Venezuela

Telefax: (582) 267-0255/ 267.4571/ 264-3635 - Email: operacionsonrisa@cantv.net

Materiales que conforman el inmueble:

Techo: Zinc () Madera () Acerolit () Concreto () Tejas ()

Paredes: Bahareque () Madera () Zinc () Bloques () Ladrillos ()

Pisos: Tierra () Cemento () Granito () Cerámica ()

Organización espacial interior de la vivienda:

Nº de Hab.: ____ Cocina () Baño () Letrina () Sala () Comedor () Áreas Verdes ()

5) ÁREA SOCIO ECONÓMICA

Integrantes del grupo familiar que contribuyen con el presupuesto familiar:

<input checked="" type="checkbox"/> Madre	Ocupación _____	Empresa _____
() Padre	Ocupación _____	Empresa _____
() Abuela	Ocupación _____	Empresa _____
() Abuelo	Ocupación _____	Empresa _____
() Tía	Ocupación _____	Empresa _____
() Tía	Ocupación _____	Empresa _____
() Tío	Ocupación _____	Empresa _____
() Hermanos	Ocupación _____	Empresa _____
<input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge	Ocupación <u>OPERADOR</u>	Empresa <u>CANTV</u>
() Hijo	Ocupación _____	Empresa _____
() Otros	Ocupación _____	Empresa _____

Resumen de la Situación Social:

GPE. D.H.B.

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina 55, Altamira, Caracas 1060 - Venezuela

Telefax: (582) 267-0255/ 267.4571/ 264-3635 - Email: operacionsonrisa@cantv.net



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 _____.

Declaramos conocer la posibilidad de complicaciones generales (hematomas, trombosis, hemorragias, isquemias, infecciones, etc.), las complicaciones específicas inherentes al procedimiento quirúrgico específico 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 _____ días del mes de _____ del año _____

PACIENTE: _____

TESTIGO: _____

FIRMA: _____

FIRMA: _____

C.I: _____

C.I _____

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

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

AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa _____

_____ con sede en _____

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 artículo 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 pérdida transitorias de la facultad mentales, requieren de la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación legal. En caso de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio del paciente o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de otro facultativo. De todo lo actuado se levantará un acta en la cual deberá constar la opinión del medio que llevo a cabo el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión, se deberá notificar al representante legal o al interesado a la mayor brevedad posible.

Los procedimientos a que se contrae el presente artículo se emplearán exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"

12

_____ de _____ de _____

Paciente:

CIV:

Representante Legal:

CIV:

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Av. San Juan Bosco, Residencias Excelsior, Piso 5, Oficina No. 55, Frente a la Plaza Francia, Altamira, Caracas

Teléfono: (582) 267.45.71 - 264.36.35 - 267.02.22 Email: operacionsonrisa@cantv.net

DAIRELİS OROPEZA

[illegible]

4^o Sem. Semelh. ligeiros gástricos com traços de sangue.

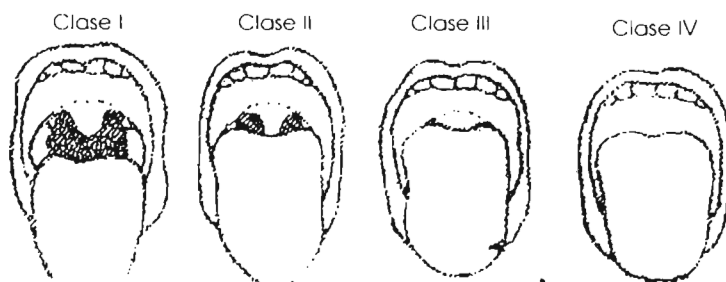
- Leuciseta
- Oriceo
- Obsevo

NOMBRE DEL PACIENTE: Dairelis Oropeza
 SEXO: ♀ EDAD: 18 años PESO: 48 ²⁰⁰ Kg TALLA: 1,62 mtrs
 DIAGNOSTICO: Retoque labio nasal INTERVENCION PROPUESTA: _____
 MEDICO TRATANTE: _____
 DATOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA y DEL EXAMEN FISICO: _____

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO

Ta:	mmHg:	F.r.:	Fc X ¹ :	Temp.:
ASPECTO DE LA PIEL: <u>DLN - Acne facial y corporea</u>				
CABEZA-CUELLO: <u>Retoque labio nasal</u>				
COLUMNA VERTEBRAL: _____				
EVALUACION PULMONAR: <u>MV presente no adventicia</u>				
ABDOMEN: OSTEO-MUSCULAR: _____				
Hb:	Hto:	Glic.:	Pla.:	G.B.:
PTT:	Fibri:	H.I.V.:	VDRL:	Creat.:
Otros: _____				
EVALUACION CARDIOVASCULAR: <u>R. C. R. R. sin soplos</u>				Fecha: _____
Rx. DE TORAX: _____				

EVALUACION: Mallampati: 1 2 3 4 Distancia Tiromentoniana: _____ Cts.
 VIA AEREA: Apertura Oral: _____ Movilidad Cervical: _____



INDICADORES DE RIESGO

A.S.A.	I	II	III	IV	V	E
JOHNS HOPKINS:	I	II	III	IV	V	
VIA AEREA:	I	II	III	IV	V	
I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado)						

TECNICA ANESTESICA SUGERIDA: <u>Grav</u>	OBSERVACIONES: <u>Paciente Ex de laboratorio</u>
MEDICACION PRE-ANESTESICA: <u>SI</u>	S.A.P.: _____
MEDICO ANESTESIOLOGO: <u>4-7-09</u>	FECHA: <u>11. Polanco</u>

CUESTIONARIO PARA EVALUACION PREANESTESICA DE NIÑOS

MENORES DE 12 AÑOS

Nombre: _____ No Historia: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Cirujano: _____ Cirugía Propuesta: _____
 Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ I.M.C. _____ Telefonos: _____
 Representante: _____

1. Es alérgico a algún medicamento, alimento o al polvo? ☐ si ☐ no
2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de garganta? ☐ si ☐ no
3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 días?
 Ha tomado alguna vez dipirona? ☐ si ☐ no
 Toma algún otro medicamento? ☐ si ☐ no
 Usa gotas para los ojos o para la nariz? ☐ si ☐ no
 Usa lentes de contacto? ☐ si ☐ no
4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries?
 Cuantos dientes tiene? ☐ si ☐ no
5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello?
 Tiene alguna dificultad para abrir la boca?
 Medida Tiromentoneana..... Distancia Interdentaria..... ☐ si ☐ no
6. Nació de parto normal?
 Nació de parto instrumental o cesarea?
 Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer? ☐ si ☐ no
7. Requerio observacion en incubadora y/o oxigeno?
 Requerio intubacion y ventilacion mecanica?
 Quedo alguna secuela de lo anterior?
 Presento Ictericia? Tratamiento ☐ si ☐ no
8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal?
 El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia? ☐ si ☐ no
9. Ha sido operado antes?
 Le han dado anestesia local?
 Le han dado anestesia general?
 Le han hecho alguna transfusión sanguínea? ☐ si ☐ no
10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna complicación
 seria durante una anestesia o una operación? ☐ si ☐ no
11. Edad de la menarquia:
12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades

Úlcera, Gastritis, Vómitos.

☐

Anemia, Leucemia

☐

Hernia hiatal, Reflujo

☐

Anemia drepanocítica

☐

Indigestión persistente

☐

Enfermedad tiroidea

☐

Bronquitis, Neumonía

☐

Diabetes

☐

Enfermedad Pulmonar

☐

Tto con esteroides

☐

Flema, Mucosidad

☐

Problemas de columna

☐

Asma, Bronquiolitis

☐

Artritis

☐

Dificultad para respirar

☐

Problemas para caminar

☐

Enfermedad cardíaca

☐

Debilidad, desmayos

☐

Soplos cardíacos

☐

Vértigo, Mareos

☐

Palpitaciones

☐

Ceguera, sordera

☐

Fiebre Reumática

☐

Convulsiones, Epilepsia

☐

Problemas renales

☐

Meningitis, Polio

☐

Trastornos nerviosos

☐

Dolores de cabeza

☐

Problemas de coagulación

☐

Vacunas

☐

Hematoma o sangrado fácil

☐

Otras enfermedades

☐

Hepatitis, Enf. Hepática

☐

12. Hay alguna pregunta que desee hacer?

☐ si ☐ no

CUESTIONARIO PARA EVALUACION PREANESTESICA DE NIÑOS

MENORES DE 12 AÑOS

Nombre: Dairelis Oropeza

No Historia:

Fecha: 4-7-09

Horas:

Cirujano:

Cirugía Propuesta:

Edad: 18 años Peso: 48 kg Talla: 1.62 m

H.A.C.

Telefonos: 662 5935

Representante:

0412 829 3818

1. Es alérgico a algún medicamento, alimento o al polvo? ☒ SI ☒ NO
2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de garganta? ☒ SI ☒ NO
3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 días? ☒ SI ☒ NO
- Ha tomado alguna vez dipirona? (NO) ☒ SI ☒ NO
- Toma algún otro medicamento? ☒ SI ☒ NO
- Usa gotas para los ojos o para la nariz? ☒ SI ☒ NO
- Usa lentes de contacto? ☒ SI ☒ NO
4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries? ☒ SI ☒ NO
- Cuántos dientes tiene? 20
5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello? ☒ SI ☒ NO
- Tiene alguna dificultad para abrir la boca? ☒ SI ☒ NO
- Medida Tiromentoneno Distancia Interdantaria
6. Nació de parto normal? ☒ SI ☒ NO
- Nació de parto instrumental o cesárea? ☒ SI ☒ NO
- Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer?
7. Requirió observación en incubadora y/o oxígeno? ☒ SI ☒ NO
- Requirió intubación y ventilación mecánica? ☒ SI ☒ NO
- Quedo alguna secuela de lo anterior? ☒ SI ☒ NO
- Presento Ictericia? Tratamiento
8. El desarrollo ponderoestatural ha sido normal? ☒ SI ☒ NO
- El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia?
9. Ha sido operado antes? ☒ SI ☒ NO
- Le han dado anestesia local? ☒ SI ☒ NO
- Le han dado anestesia general? ☒ SI ☒ NO
- Le han hecho alguna transfusión sanguínea? ☒ SI ☒ NO
10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna complicación seria durante una anestesia o una operación? ☒ SI ☒ NO
11. Edad de la menarquia:
12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades:

<ul style="list-style-type: none"> Úlcera, Gastritis, Vómitos: <input type="checkbox"/> Hernia hiatal, Reflujo: <input type="checkbox"/> Indigestión persistente: <input type="checkbox"/> Bronquitis, Neumonía: <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar: <input type="checkbox"/> Fiebre, Mucosidad: <input type="checkbox"/> Asma, Bronquiolitis: <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar: <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca: <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos: <input type="checkbox"/> Palpitaciones: <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática: <input type="checkbox"/> Problemas renales: <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos: <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación: <input type="checkbox"/> Hematoma o sangrado fácil: <input type="checkbox"/> Hepatitis, Enf. Hepática: <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia, Leucemia: <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica: <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tto con esteroides: <input type="checkbox"/> Problemas de columna: <input type="checkbox"/> Artros: <input type="checkbox"/> Problemas para caminar: <input type="checkbox"/> Debilidad, desmayos: <input type="checkbox"/> Vértigo, Mareos: <input type="checkbox"/> Ceguera, sordera: <input type="checkbox"/> Convulsiones, Epilepsia: <input type="checkbox"/> Meningitis, Polio: <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza: <input type="checkbox"/> Vacunas: <input checked="" type="checkbox"/> <u>Completas</u> Otras enfermedades: <input type="checkbox"/>
--	---

no es alérgico
no es asmático
si ha tomado acetaminofen
Cetoflam
" " " Brugolac
Portadora de caries en
molares

no fume
no practica Ejercicios
no toma bebidas
alcohólicas

Cirujías { 3mes H de labio
11 años H de paladar
6 años Labio
7 años Paladar
11 años Nasal

Requiere para Reloques
Naso labial
Ella consulta con
Dr. german Cristóbal
No patologías asociadas
se pide Ex de
lab.

12. Hay alguna pregunta que desee hacer? ☐ SI ☒ NO

13. Esta intervención será cancelada por algún seguro o

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO: Labio Paladar Fistula Hemangioma
 Uni. total Ligadura Art. otros:
 ANESTESIA: General Local Otra: *Quinoplastia*
 ALERGIAS:
 Nombre del Cirujano: *Dr. Barreto* Nombre del Anestesiólogo: *Dra. Braselli*

N° de Historia: *21/1/12 VP5*
 Sitio y Fecha: *Paralelo Chopeza*
 Nombre y apellidos: *ela*
 Edad:

RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus
 SITIO DE LA CIRUGIA: NORMAL Sangrado Sangrado Deniscencia
 lento Activo
 HIDRATACION:
 IVF 0.45% Glcs/Mgotas: 50
 MEDICAMENTOS:
 Catallan: Supo: _____ Mg Suspension: _____ g
 Ketoprofeno: IV _____
 Doricum: IV _____
 Nubain: IV _____
 ESCALA DEL DOLOR:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEMS	INGRESO	1 CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	4:20	4:35	5:00	
Temperatura	37			
F.C	104	92	93	
T.A	118/83	113/78	110/72	
F.R				
Sat O2	97%	97%	96%	

☺ Otros Medicamentos: _____

☺ Observaciones:
*Paciente con náuseas y vómitos. Se indica
 promperan 40mg E.V. de 500cc. pH 0.9%
 10:30pm*

Beats / Jand
 FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE