VISITA POST-OPERATORIO

Operation (Smile

Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: Fecha: Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Original H. Diagnostico ANTES de la cirugía: Actual H. Clínica # Clínica # (si aplicable) Chride □ FLU □ FLB □ FLPB □ FLPU \Box FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: __ Sexo: DM DF PROCLEMIENTO COMPLICACIONES ☐ Fisura Labial □ No .□ Infección □ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciónes ☐ 1^{em} cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) □ 2^{da} cirugia ☐ Otro: Fisura Patatina ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: era cirugía Complicaciónes □ No Fístula □ 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 □ Colgajo ☐ No ☐ Infección Otro: ☐ Necrosis Colgajo Complicaciónes ☐ Otro Proc: ☐ No ☐ Infección ☐ Orto compliaciónes o comentarios: Complicaciónes ☐ Posibilidad de cirugía ☐ T. Lenguaje ☐ Dental ☐ Obturador ☐ Pediatría DISPOSICÍON ☐ Ortodoncia ORL ☐ Genética ☐ Psicología ☐ Otro: Información Post-Operatoria T. Lenguaje Información Odontológica Ha recibido tratamiento de T. Lenguaje después de la Recibió una placa obturadora? □ SI □ NO cirugía?? Si es SI, con que frecuencia uso el obturador? □ SI □ NO El paciente ha tenido problemas con el obturador?

SI

NO Si es SI, cuántas sesiones por mes? Si es SI, cual problema :

Operación Som risca



NOTA OPERATORIA

Hickory	el Marcolo	C	Op. Sonrisa No Ciudad:_ Caracar Fecha:_ 19.2-2011
APELLIDOS		NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	CIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCH	HEA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CR	RANIED F. C.R QUEMADURA
OTRO: Ce	16AF KM BS	MGNA	
	Hernique Ver NOMBRE	/ FIRMA CIRUJANO	ene Gulienez Handineze
COMPLICAC	CIONES: NINGUNA	VIA AEREA	MUERTE
,	,		
NOTA:	ENCIPORE EN LIN CIRC	LET SUSPICEMENT	COLOCUE Decimination

IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD

EVALUACIONES



Apellido 1ero y 2do: Moncada Quintero Ciuda 1: Hospital Ortopedia Inf
Nombre 1ero y 2do: Michael Stuard Fecha: 09/01/10 - 5-2-201
OSH: # Expediente local:
Acompañado por Carmen Hilagra Honcada Relacion con el Paciente: Hadre
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:
Dirección: Km 4, Va Panamericana, Sector da Incenceda, Nº 6
Coche
Ciudad: Las teques Departamento; Cuses
Pais: Vala.
Telefono: 682,4629 Hermona. Celular. 4939886
Localización del Telephone: (04/4) 1608697 (madre) 02/2-6373642
Distancia recorrida: / hero kms / horas (encierre en un circulo)
□ A pie □ En burro/caballo ☑ Bus □ Taxi □ Bicicleta □ Carro □ Avion □ Bote
Género: Mascutino Femenino Examinado previamente: OSH Otro Escribir el mos en letras (ej:mes: Junio día: 10 ano: 2002) Fecha de Nacimiento: Mes: 07 Dia: 11 Año: 2001 Si OSH, Expediente # año 2001 y 2009 Edad: 9 años / meses (encierre en un circulo) Tipo de Cirug a: Labro y Paladar Complicaciones: No
Numero de Hermanos: Vivos: 5 Muertos:
Miembros de la familia con labio o paladar hendido: Madre Fadre Hermano Hermana
HISTORIAL DEL PACIENTE:
Medicamentos que esta tomando; 🗆 Ninguno 🗆 Anti-malaria 🗆 TBC 🖂 Otro;
Vacunas: Di Ninguna Di Polio DPT DMMR Di Otro:
Alergias: NKA Otro:
Embarazada?
Infeccion:
Lungs: Negativo Otro
Corazón:
LABORATORIO: Hernatocritos: % Otros Examenes:
Hemoglobina: g/dL

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do: _	Uncode.		Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:	1 1 1	1	
	·	redia	
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:		
O 1 Cabio normal			
ancompleto (iii)		moleta Der	G 8 Blink GRoup ompleto
O 3 Der Unitat	DS Der United FOI	17 Band Der	[] II Unidate: I 9 Bilaid. reparas
			ompleto 🛘 12 Bilater
realizara en esta mis	E REPARACION DE LABIO ion) lateral	,	
Notas de Evaluacion:	ateria U Caulo Bilato ai U Ne		Da accorde lacto
DIAGNOSTICOS DE (PALADAR:		
O 14 lzq Unital Alveotar Incompleto	O 18 Der Unilert Competto con Fisure Alveoler	☐ 22 Subn succeso	O 26 Der Unitatiera Completo Durc y Suinve
O 15 Izq United Complete con Fisura Alveolar	19 Der Completo tod Incompleto	0 23 Suave	I 27 Blat Complete Ours y Sueve
Der Incompleto	CI 20 Blast, incomplete	duro y suerve	☐ 28 Otro Paladar (dibuje)
17 Oer Undet Alveolar Incomplete	Cl 21 8Mart Completo	CI 25 tzq Ut elbetoral Ci empleto dura 1/ sueve	
1 29 Paladar Unitat Reparado	☐ 30 Paladar Bitat Reparado	D 31 Insuficiencia Velobri	nges reparado
se realizara en esta n	E REPARACION DE PALAD nision ladar Donicochea DColgajo Faringe		

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:	
(*) 0 32 tzq rescal (*) 0 35 Dor Nascal	1 0 30 tzg 1 000 M 1 00
The state of the s	Alexander
Alveolar D 35 Dor Alveolar	Alveolat y an herior
D3- Eq sirector y enterior y enterior	O 40 trq y Dor Alveolar, as terfor y i nedio O 43 palada Suavi
(dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marque se realizará en esta misión)	e unicamente el procedimiento que
ONinguno ØRepara	ción de fistula
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ:	
	ioncia de Critumotta
	iacton Sept al
☐ 47 Deformacion nassal bilateira! ☐ 50 Okra	Nariz (@buj:)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque un realizará en esta misión	nicamente el procedimiento que se
	ción de Disviacion Septal
OReparación unitateral de nariz	stia (hue: o y cardiago)
DReparación bilateral de nariz	paración (le nariz
Dinjecto de Cardiago	
Notas de Evaluación:	



DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	· .	# ()peracion Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:		Ciudad:
,		Fecha:
OTROS DIAGNOSTICOS:		
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:	
☐ Deformidad Craneofacial		
☐ Hemangioma		
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/luxer		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro: Ex		
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:	
	njerto de piel de espesor completo	
☐ Liberacion de Contractura + Ir		
☐ Liberacion de Contractura con		
☐ Craneofacial	Zetopiosta	
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	te/ lunar	
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
☐ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor tota	ı	
☐ Injerto de piel de espesor paro	cial	
☐ Excision de Cicatriz con zetop	olastia	
☐ Injeccion de cicatriz		
☐ Otro:		

EVALUACION DENTAL



Apellidos: Mancada.	# Operacion Sonrisa:
Nombres: Michael.	Ciudad:
Edad: 9años Representante: Milagros. Hon	Fecha:
_	ga-i
EVALUACION:	
	Dientes cariados:
Diente de la brecha (características):	
	Op. 2009 Or Harcos Dosie,
Labios: H.1 unilateral Complete	- Derecha Operado Brieses Op So
Alvêolo:	
Patología:	
Otro:	
s. Retaque de laboro 2010	:
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	1
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	consultorio
Referdo a Sigma dental: Operatoria 63, 8.4.	ı
El Poloido e la casa Na L OSM	1 1
☐ Referido a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
	Č-
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUN	ICIONAL DE LOS MAXILARES:
	icimiento Otra fecha :
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na	
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na	cimiento 🗆 Otra fecha :
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na	cimiento 🗆 Otra fecha :
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na Tipo de apa	arato:
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na Tipo de apa El tratamiento de OFM se realiza por la Fund	ación
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na Tipo de apa El tratamiento de OFM se realiza por la Fund El tratamiento de OFM se realiza por otra Ins	ación
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na Tipo de apa El tratamiento de OFM se realiza por la Fund El tratamiento de OFM se realiza por otra Ins	ación
Fecha inicio del tratamiento: Desde el na Tipo de apa El tratamiento de OFM se realiza por la Fund El tratamiento de OFM se realiza por otra Ins	ación titución





HISTORIA PEDIATRICA michael Honeada ANTECEDENTES PRENATALES: Embarazo controlado: SI NO \times , Gesta $\overline{\mathbb{Z}}$ Embarazo deseado: SI NO \times Vitaminas: SI____NO_X Radiaciones: SI____NO_X , Contactos con pesticidas: SI___ NO ★ cuando? Uso de drogas : SI NO ★ anticonvulcionante № anticonceptives? No Otros: Cuando: , Tabacos: SIX NO Cuando:

Stress durante si embarazo: SI X NO Cuando:

Fre desalojada de sucasa y paso z noches en la calle.

ANTECEDENTES PERSONALES: Operaciones anteriores: SI NO Cuantas: 04 , 8-én toleradas: Six NO Hubo complicaciones/especifique: ________,Asma: NO_Alergias: NO_Alergi EXAMENES DE LABORATORIO: Hb: 13.3 Hcto: 40 - Leucocites: 6400 Segm: 58. Linf: 40 - pr. 1.09. Pt. 2

Plaquetas: 364000 Tipiaje: #(+) - VDRL: NZ HIV: NR Exade Orina:

Exa.de Heces Otros: 6000000 500 UNECCE GEORGE. RX DE TORAX: EVALUACION PRE OPERATORIA: DIAGNÓSTICO DE FISTO La Palatina INDICACIONES DEL PEDIATRA:

Pero = 24,500 Kg. Talla = 12+ cm

Pediatria y Puericultural
CASS 40542 CMid 11460
C.I. 6.872.891

Afrma del Pediatra

EVALUACION PRE-ANESTESI **UDRIUCION** Sonrisa PARA USO DEL DEPAR. AMENTO ANESTESIOLOGICA Mcon. NOMBRE DEL PACIENTE INTERVENCION PROPUESTA MIDICO TRATANTE DAIOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMENFISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO ттнд IC Fc X': Temp ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIA: CABEZA-CUELLO: COLUMNA VERTEBRAL EVALUACION PULMONAR ESPIROMETRIA: ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR H10 40 29 Plog 404000 Fibri VDRL WR Creot 05% Olros. Topiage O(-EVALUACION CARDIOVASCULAR fecho 22/03 Rx DETORAX. EVALUACION: Mallampati Distancia Tiromentoniana Cis VIA AEREA: Aperturo Orol Movilidad Cervical Close 1 Close 11 Close III Close IV INDICADORES DE RIESGO AS.A. IV 111 JOHNS HOPKINS: 121 IV VIA AEREA: 1.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado) OBSERVACIONES. 1ECNICA ANESTESICA SUGERIDA SAP MEDICACION PRE-ANESTESICA De Madolfo Ochor ({CHA MEDICO ANESTESIOLOGO

HABLA

Diagnostico:

Labio heudido:	_unilateral _	_bilateral _	_completo	incompleto _	_ operado _	_no operado
_Paladar hendido:	_duro y blando	durobla	ando _completo	incompleto	operado	no operad
Fístula ¿Sospecha de problem	Alveolar as Auditivos?:	Palatalno .	otros Evaluación:	s:no.	Referencia:	sino
Sección I: (Llenar so Labio Hendido pr Paladar Hendido pr	e-locutivo, con r	iesgo de pres	entar retardo en entar retardo en	la adquisición la adquisición	del lenguaje del lenguaje	
Sección 2: Patrones de articulad Dentro de los límito Procesos fonológic Emisión Nasar en f Articulaciones com Otros:	es de lo esperado os (no esperados onemas de alta pr pensatorias:	para su edad resión oral. <i>Oclusivo:</i> gl <i>Fricativa:</i> N	o estimado / rep lótico:asal:	oortado nivel d ; faringeo ; faringe	e desarrollo.) :a:a:) ;
Habilidad para mejo		epetir:	_ buena	regular	po	bre
Inteligibilidad del ha	bla:	_	_ buena	regular	po	bre
Resonancia Oral / Na Hipernasalidad Destrezas Oral-Moto	Nasalidad co					
		ninguna	pro	noderada a sev blemas con sól blemas con líq	lidos y líquid	los
Desarrollo de Lengua Comprensión:	je: dentro de los lím	ites normales	para su edad	retard	ado para su e	dad
Expresión:	dentro de los lím	ites normales	s para su edad	retarda	ado para su e	:dad
Comunicación en lo p	ragmático y en l	o social:	_dentro de un rai	ngo aceptable	no ac	eptable
Interacción con sus co						•
Dandimianta Parala			•			
Trabaja: sísí	no	no. Re _M/E	ferencia:sí	no]	N/R	
Potencial estimado para	mejorar el habla	así como otra	is destrezas rele	vantes: huer	10 regular	nohr



4/2/2011

FICHA PSICOPEDAGOGICA

JORNADA:

I IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre completo: Michael Strong Hongo do- lugar y Fecha de Nacimiento: Carocos 11-7-2001. Edad: 9,7 Sexo: 11, Escolaridad: 2 do grado. Plantel: Fe y Messas Ubicación: Cunicons do El paciente vive con: Harde. Observacion: En caso que el paciente no estudie, indicar razón: El paciente trabaja:
II DATOS DEL REPRESENTANTE:
Nombre Completo: Carmen Hilosopos Honcoolo. Nexo: Hadre. Edad: 47 C.I. 6548508. Grado de Instrucción: Sic Administração. Profesión u Oficio: Aculette del Respectan de Carola. Domicilio: Kelonela 4 via taramerica de Secla la Carola. Teléfonos: 0414 160 8697. Observaciones (Integración Familiar): Hadrey 3 fermanos.
III ANTECEDENTES:
· Embarazo: No palarifico do , controlo do a term
Desarrollo Psicomotor: Vound.
· lenguaje: monio ants du ario.
Alguna vez ha convulsionado:
Toma algún medicamento: \(\mathcal{O} \)
Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra: 120

•	Manejo del paciente en el hogar: Pl principo dificil pero
	despur muy bies
•	Cómo define a su hijo: Una belleso de nos.
•	Rendimiento Escolar: Se cuesto relacionara con la color ruin y no quier estudio pero.
•	Adaptación Escolar, a la Comunidad: Con defecultos for
•	Presenta emociones como angustia, tristeza, alegría, seguridad, entre otras, en situaciones?
•	Considera Usted que el paciente se adaptará con facilidad al momento de separación, cuando ingrese al Área de Transición. Explique conductas que pu manifestar. Si tiene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento:
•	Actitud del Representante: Poulse.
•	El paciente ha sido evaluado y tratado por algún especialista:
_	Chius Valery
	PSICOPEDAGOGA

•

Operacion Som risa



Op. Sonrisa No.____

NOTA OPERATORIA

MONCAGA.	(V)	Ci Selvel	udad:
PELLIDOS		NOMBRES	
NESTESIA	(GENERAL)	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 18	PALATOPLASTIA 18	CIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 20	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
•	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCH	EA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CR	ANEO F. C.R QUEMADURA
		1 Disa Ma angel / FIRMA CIRUJANO:	ice Patino
COMPLICACI	ONES: NINGUNA	VIA AEREA	HIPOTENSION MUERTE
. 1			

NOTA: ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECION, \bigcirc COL \bigcirc QUE D - I - B PARA IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD





Secuencia del plan de tratamiento

Fecha	Tratamiento Firma	
24/1/01	Alta al Toleras la via oral	_
2550pm		
· ·	Mod S	
		_
		_

VISITA POST-OP~RATORIO **Uperation** Changing Lives One Smite at a Time 🗖 1 Semana 🗆 6 Meses 🗆 1 Año aracas Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Original H. Actual H. Clínica # Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugía: Clínica # K FLU (si aplicable) ☐ FLB ☐ FLPB ☐ FLPU □ FP ☐ Quem. Otro: __ Sexo: M F PROCEDIMIENTO COMPLICACIONS ☐ Fisura Labial ☐ No ☐ Infección Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciones ☐ 1^{ers} cirugia ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) 2^{da} cirugía Otro: ☐ Fisura Palatina □ No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: Complicaciones □ 1^{cm} cirugía □ No Fístula 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 □ Colgajo □ No ☐ Infección Otro: ☐ Necrosis Colgajo Complicaciones ☐ Otro Proc: ☐ Orto compliaciónes o comentarios: □ No ☐ Infección Complicaciones T. Lenguaje ☐ Posibilidad de cirugía ☐ Dental ☐ Obturador ☐ Pediatría DISPOSICION ☐ Ortodoncia ☐ Genética ☐ Psicología Otro: Información Odontológica Información Post-Operatoria T. Lenguaje Ha recibido tratamiento de T. Lenguaje después de la Recibió una placa obturadora? SI NO cirugía?? Si es SI, con que frecuencia uso el obturador? El paciente ha tenido problemas con el obturador? □ Sl □ N(Si es SI, cuántas sesiones por mes? Si es SI, cual problema:

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



,	100,100	200	· atom	# Operación So	nuica.	
Apellido 1ero y 2do:	Mulda	x . WUI	VIERO.	Ciudad:		S.ORTOD
Nombre 1ero y 2do:	Michael	SL.SI	<u>. </u>	Fecha: 0	7/01/1	0.
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:		10	OPER	8C.H	SP. NOW
Cl 1 Labio normal				·		
C 2 lzq Unitat. Incompleto	Completo	600	6 Bilat. tzq npleto, Der Incompleto	Incom	Břiet.	□ 10 Otra Labio (dibuje)
3 Der Unitat, incompleto	☐ 5 Der Unitat. Completo	STATE COM	7 Bilat Der mpleto, Izq Incompleto	JUAN	Bitat, opleto	Unitateral reparado CI 12 Bilateral reparado
PROCEDIMIENTO D realizara en esta mis		DE LABIO (Circule u	nicamente el p	rocedimie	ento que se
☐ Ninguno ☐ Labio Ur						io
Notas de Evaluacion:	PULLOPL	asma.		NORE)
DIAGNOSTICOS DE	PALADAR:		110	408 PH	Coch	5.
O 13 Paladar normal						
14 tzq Unitat. Alveolar Incompleto		18 Der Unilet Compelto con isura Alveolar		[] 22 Subni nucoso		26 Der Unitateral Completo Duro y Sunve
15 Izq Unilat. Completo con Fisura Alveolar		Der Completo eq Incompleto	\bigcirc	() 23 Suave		() 27 Bilat Completo Duro y Suave
☐ 16 tzq Completo Der Incompleto		C) 20 Bilat. Incompleto	Θ	24 Pisterior duro y suave		☐ 28 Otro Paladar (dibuje)
D 17 Der Unitet Alveolar Incomplete	ELD	☐ 21 Bilat Completo	P	☐ 25 tzq Ursitatoral Crimpleto dura 1/ suarve		•
29 Paladar Unitat Reparado	☐ 30 Paladar 8	Bitat Reparado	□ 31 km	nsuficiencia Velolaring	es reparado	
PROCEDIMIENTO D se realizara en esta	E REPARACION mision	DE PALADA	AR:Circuk	e unicamente (el procedi	miento que
□Ninguno □Revision de pa	sladar DOrticochea D	OColgajo Faringe	o 🗆 Colgajo	de Vorner DOtra re	paracion pala	dar
Notas de Evaluacion;						

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:	Ciudad:
1011010 7010 y 200.	Fecha: 24-01-2010
DIACNOSTICOS DE CIOTA A O	
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	TX
D 32 tzq massal tabial (abial	O 38 tzq) Der Alve solari O 41 Duro
D 33 krq Alveolar Alveolar	Alveolar y an larior 1 42 Junet de Duro y Suave
37 Der Alveolar y anterior	O 40 trq y Der Alveolar, ar torior y rinedio
[] 44 Otra Fistula (dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Mans se realizará en esta misión)	que unicamente el procedimiento que
T CINinguno CRep	paración de fistrila
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ:	
Cl 45 Deformacion nacal unilateral izq Cl 48 (Deliciencia de Critumella
☐ 46 Deformacion nassal unilateral der ☐ 49 (Desviacion Sept: il
Cl 47 Deformacion nassal bilateral Cl 50 0	Olna Nariz (dibuji:)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ:Marque realizará en esta misión	unicamente el procedimiento que se
ONinguno DRep	paración de Disviacion Septal
•	oplastia (hue: o y cartilago)
DReparación bilateral de nariz	,,
The state of the s	a reparación de nariz
Ulnjecto de Cartilago	

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	Lado:	
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lunar	Localizacion:	
☐ Ptosis Ocular	Lado:	
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura	Localizacion:	
☐ Otro tipo de cicatriz:	Localizacion:	
☐ frenillo		
□ Otro: Ex	xplique:	
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:	
☐ Ninguno		
☐ Liberacion de Contractura + Ir	njerto de piel de espesor completo	
☐ Liberacion de Contractura + Ir	njerto de piel de espesor parcial	
☐ Liberacion de Contractura cor	n zetoplastia	
☐ Craneofacial		
☐ Excision de nevo/ tumor/ quis	te/ lunar	
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
☐ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor tota	ıl	
☐ Injerto de piel de espesor pare	cial	
☐ Excision de Cicatriz con zetor	olastia	
☐ Injeccion de cicatriz		
□ Otro:		
Notas de Evaluacion:		

EVALUACION DENTAL



Apellidos: Nonespe Duratero	# Operacion Sonrisa:
Nombres: Michael Stuard.	Ciudad:
Edad: 80 Representante: PRHEN MILSONS MONRY	Fecha:
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	entes cariados:
Diente de la brecha (características):	
Paladar: H. Poladar Merado En fr.	5/1/2
Labios: H. Labio Unitateral Derecha	•
Alvéolo:	
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	☐ A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
☐ Referido a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE	LOS MAYILARES:
THE PERSON DE CITTOT EDIAT CITOTAL DE L	EOS MACILLANCO.
Fecha inicio del tratamiento:	☐ Otra fecha :
Tipo de aparato.	
YEL Elyptomicate to OFM	
El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación	
El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución	
Tratamiento regular	
0 0000	·
Comentario final: Le Voccouren la Placa De	morello pera
Ostimular of heres.	у
Nombre y Firma del odontólogo: Warry Galine	

HABLA HOI, 09 01 11.
Labio hendido:
Paladar hendido:duro y blandoduroblandocompletoincompletooperadono opera
Fístula Alveolar Palatal otros: ¿Sospecha de problemas Auditivos?:síno . Evaluación:síno . Reserencia:síno
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: Oclusivo: glótico:; faríngeo:; Otros: Fricativa: Nasal:; 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 límites normales Dificultad:Leve moderada a severa severa
Alimentación: Regurgitación Nasal: ninguna 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
Interacción con sus compañeros:adecuada inadecuada
Rendimiento Escolar: Desatento Inquieto Rajo rendimiento Inquieto

nivel educativo adecuado Bajo rendimiento

Apoyo de Terapia del Lenguaje: __sí __no. Referencia: __sí __no __N/R Trabaja: ____sí ___no Ayuda Familiar: adecuada no adecuada
Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes: bueno



Historia Psicosocioeducativa.

1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Nombre: Michael Apellido: Moncado.

Edad: Año (s) y meses

Lugar de nacimiento: Sexo: Fecha de nacimiento: 11 0 + 101

Edo. Civil: Soltero Casado Concubino Viudo 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°
 , Piso N°
 , Apto.N°

 Teléfonos de Ubicación:
 041

 DIRECCIÓN DE TRABAJO 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: \(\frac{1}{3} \) \(\

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@canty.net



6) ANTECEDENTES POSTNATALES
Peso: 22kg grs. Talla 1,27 cm.
Alimentación:
Materna No() Si() Hasta
Tetero No() Si() Hasta
Desarrollo Físico: Apacent normal.
Desarrollo del Lenguaje: Normal (con ermres acticulatoria).
Desarrollo Emocional. Bueno.
Desarrollo del Proceso de Aprendizaje: Le Cresta les y escriber.
Control de esfinteres: No () Sí () Cuando:
Presenta alguna deficiencia visual, auditiva, u otro impedimento:
Observaciones:
¿Qué evaluaciones multidisciplinarias ha tenido? Necesito Psicopedegogia
¿Asiste a alguna terapia? No, pero de Se asistic.
Acuerdos Tomados HSistica T.L., psicologo, neurolo-
<u>0</u> 0.
Lorigiante)
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





AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Po	or la	presente lo	os aba	jo firmantes, en c	alidad de	Pacier	ite y Testigo	res	pectivament	e,
hacemos	s co	nstar que	se no	s ha explicado de	manera	clara	y con detalle	es la	as indicacion	es,
_	•			procedimiento		y/o	quirúrgico	а	someterse	el
Paciente	1	ALC Hae	1	Moneada	·					

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 Medica de Mone a da -

Sobre la base de este conocimiento, AUTORIZAMOS a realizar el tratamiento médico y/o quirúrgico y, en caso necesario provenga a realizar cualquier otra práctica médica que ameritara el paciente, asumiendo así mismo los costos derivados de las eventuales complicaciones que se pudieran presentar, entendidas por quienes consentimos bajo firma la presente AUTORIZACIÓN.

Caracas, a los <u>24</u> días del mes de <u>d</u>	Conero del año 2010.
PACIENTE: MIEHAEL MoneadA.	TESTIGO: La jlagus forusida
FIRMA:	FIRMA: Whenyy
C.I:	C.I 6.548 504





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 Hichael Honcoda.
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 fraçaso para la práctica médica y/o quirúrgico precisados con
detalle al paciente <u>Kirchard Horrada</u> .
•
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 19 días del mes de Tebrero del año 2011
PACIENTE: Michael Moncada TESTIGO: Milugus Payada.
FIRMA: FIRMA: Quandall

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Quantificado, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. V (0548508 y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Wichael Homado, 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 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: 19-02 2-011
Firmas. Uprenactions.

AUTORIZACIÓN

110:10:2.
Nosotros, Vilagus Monagla, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 6.548.508 y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo MicHael Moneada; 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 Sub Aterna 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: Puro - 24 - 2010
Firmas. Worworchurf. 6.548 508.



Laboratorio Clínico Popular 3002 Av Intercomunal Centro Comercial de Coche

Nombre:

MICHAEL MONCADA

Fecha: 17/02/2011 Edad: 9 Años

Paciente #: 13



SECCION HEMATOLOGIA

Examen	Resultado	Unidades	Valores Normales
Leucocitos	6,4	x10³/uL	(4,10 - 10,9)
Neutrofilos Linfocitos Monocitos Eosinofilos	58 40 1 1	% % %	(45,0 - 65,0) (20,5 -45,5) (1,0 -11,0) (0,0 - 4,0)
Hemoglobina	13,3	g/dL	Mujeres (12-14)
Hematocrito	46,0	%	Hombres (14-18) (37 - 51)
Contaje Plaquetario	384	x10³/uL	(140-440)
Grupo Sanguineo Grupo Sanguineo Factor RH	A POSITIVO		
Tiempo de Protomtrombina (PT) PT Paciente PT Control Razon Paciente/Control	13,9 12,8 1,09	seg. seg.	(0,8 - 1,2)
Tiempo de Tromboplastina(PTT) PTT Paciente PTT Control Diferencia Paciente-Control	31,0 29,0 2,00	seg. seg.	+/-6,0
SECCION QUIMICA Glicemia Urea Creatinina	50 18 0,5	mg/dL mg/dL mg/dL	(65-110) (18-45) (0,5-1,4)
SECCION SEROLOGIA VDRL HIV	No Reactivo No Reactivo		

Lic. Marvin I BIOANALY Col. 3614 M

NOMBRE DEL PACIENTE:

michael moneada

HISTORIA DE ANESTESIA Centre medico San Bernardino BOARSSYRED: OPERADION BEASILADA. ROTA BUENA INEL **≖** □ AHEATERIOLOGI allerres MUKR TECHICA PRE-ANESTE BIGO RESUMEN CHAPULA PROCEDIMIENTO ducción musti naseara facial revolutane 34 02 taine 80%. ZV: Proposol So mgs Feutable so + sour (I)AT Br Rowsonim Iona ABIL TILLSOT N-5,0 41CL Party oficially Hentitaiin Controlada Angaies-elasi meeringa V7-4,3lts 0 PE 1001 VC- 3 soul FR= 12 xxiii VALDATS PAS-4013- BI Perk 2000 Has CONTROCKATION AND A PARTY AND A PARTY A doil! TEpurefices Tumerente Con 1200,000

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO: Labio Pa	fadar Fistula Hemangioma (Igadura Art.	otros:
ANESTESIA: General Loc	cal Otra	
Enegue Vela	In Rollind	,
Nombre del Cirujano	Nombre del Anestesiólogo.	

de Historia.
15/04/1
Sitlo y Fecha.
Milloch Morcodo
Nombre y apellidos.
9 Eng.
Edad:

De la company de
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus
SITIO DE LA CIRUGIA: NORMAL Sangrado Dehiscencia Jento Activo
HIDRATACIÓN:
IVF Gt&s/Mgotas:
MEDICAMENTOS
Catallan: Supo:Mg Suspension:gr
Ketoprofeno: IV
Doricum: IV
Nubain: IV
ESCALA DEL DOLOR:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	5:09	5=26		
Temperatura				
F.C	70	78		
T.A	112/80	120/		
F.R	241	22x1		
Sat 02	100%	96%		

Otros Medicamentos:	
Observaciones:	
	FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.



SECUENCIA DE TRATAMIENTO
20/2/11 Cub ol fortop, sumedicto OD,
De dan vadrecores
CENTE 18/02/11 Evolución GaTitación na Sa Indra Drota Prota Sunda proxima Cota control 15 días.
Evolución GaTitaciona So Indra Drota 10
Glunda prexima cota control 15 días.
THE STATE OF THE S
U G

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Ţ	Obelaçion	- * MLUM	SIOIT F		JILJI
	Sonrisa	PARA USO DI	EL DEPARTAN	MENTO ANEST	resiologic:
	NOMBRE DEL PACIENTE MONCO	Dr Christino	1		
		W. PESO 24	500 TALLA	127cm	2IMC
	BASINOSICO LA LETOSAN Palro	A V-P at 126	TERVENCION PROPI	1//	Laterla
	MEDICO IRAIANTE	0	TENVENCION PROP	OCSINO LO SEL P	1
	DATOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL E	XAMEN FISICO _	uere esa	lugein X	Cessostisu
	000 - 1 -00	000	ecteron. (h	o has pa	artila a
60211	Westbeen and with	teen Cerufu	1 all fen	len Horti	eer to
08246	29-4939886 DATO	S POSITIVOS	DEL EXAME	N FISICO	- CTSICO MIK
9414 16	18692 mmyg:	2 F1	Fc X'		Temp
7 -	CABEZA-CUELLO: PLANTING	D 180-6 02	172030	ONCIENCIA	
hostegues	COLUMNA VERTEBRAL:	o Pestula	Juliuno.	Mone = 1	
Reparación	EVALUACION PULMONAR:	MAL	ESPIROMÉ	E DU	P=1,09
Istula	ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR				1390/
~ 1	HO 13,397, (HIO 46,04	9	Plog 38 4.000,	G86.400	PT: 1128
Def	Otros. Fibri	HIV	VDRI (-)	Creat OI Smp	/ Urea /8/14/
200	EVALUACION CARDIOVASCULAR	Sollecto	ex. lot	Fe	cho.
	RX DE TORAX A Rh (+)			1	
	EVALUACION Mallampati (1) 2	3 4 Distancia I	romentoniana	Ct	3
	VIA AEREA: Apertura Oral:	Movilidad		!	
NOTA	Clo	Close II	Close III	Close IV	
		INDICADOR	ES DE RIESG	\$ 0	
	A.Ş.A	11	ш	IV V	E
	JOHNS HOPKINS:	П	111	V V	
	VIA AEREA. 1.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrad	10)	111	IV V	
	TECNICA ANESTESICA SUGERIDA.		OBSCONIA CIONISS	10 mle	EV Do
	TO STORY		Laboral	se prele	L x ac
	MEDICACION PRE-ANESTESIC A		SAP		18/2/11
	MEDICO ANESTESIOLOGO Anas	elle 16/2	TECHA OF	-02-19	Poto
	No le ha hecho lo examene. Tratari de hacencelo el Juer Mamara para dictar el vierno. Do Rotindo	1. 17 m Hando	newsque eserito à a dictar Resultas 40 Unemes Rotures i Ila mara para di	tory	Poline
	m. Rotunda	14-2-6011	ing mara para la	The state of the s	M. Volesieda

CUESTIONARIO PAR TVALUACION PREANESTESICA MENORES DE 12 AÑOS Nombre: 1 No Historia: Fecha? Hora: Cirulano: Cirugía Propuesta: Edad: Auffeso: Talla: I.M.C. Telefonos: Representante: 1. Es alérgico a algún medicamento, alimento o al polvo? 2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de garganta? 3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 días? al . Ha tomado alguna vez dipirona? Toma algún otro medicamento? Usa gotas para los ojos o para la nariz? Usa lentes de contacto? 4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries? Cuantos dientes tiene? 5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello? \mathbb{R} Tiene alguna dificultad para abrir la boca? Medida Tiromentoneana..... Distancia Interdentaria... Nacio de parto normal? Nacio de parto instrumental o cesarea? Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer? 7. Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno? Requirio intubacion y ventilacion mecanica? no. Quedo alguna secuela de lo anterior? ne Presento Ictericia? Tratamiento 8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal? no El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia? no 9. Ha sido operado antes? Salls. Le han dado anestesia local? Le han dado anestesia general? Le han hecho alguna transfusión sanguínea? 10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna complicación seria durante una anestesia o una operación? no 11, Edad de la menarquia: 12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades: Ulcera, Gastritis, Vomitos Anemia, Leucemia Cucuch Hemia hiatal, Reflujo Anemia drepanocitica Enfermedad tiroidea Indigestión persistente Bronquitis, Neumonía Diabetes Enfermedad Pulmonar Tto con esteroides Flema, Mucosidad Problemas de celumna Asma, Bronquiolitis **Artritis** Dificultad para respirar Problemas para camina Enfermedad cardiace Debilidad, desmayos Soplos cardiacos Vértigo, Mareos **Palpitaciones** Ceguera, sordera Fiebre Reumatica Convulsiones, Epilepsile Problemas renales Meningitis, Polio Trastomos nerviosos Dolores de carbeza Problemas de coagulación Vacunas Hematoma o sangrado fácil Otras enfermedades Hepatitis, Enf. Hepatica no 12. Hay alguna pregunta que desee hacer? 81

Operación Sonrisa

EVALUACION PRE-ANESTESICA

PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICO

Veneznela NOMBRE DEL PACIENTE:	iGHAEI 1	MOMO	ADA			
NOMBRE DEL PACIENTE:	Pain P		9	1.2	7	0
EXO Y EDAD: _						C:
DIAGNOSTICO:		IN	TERVENCION PRO	OPUESTA:		
MEDICO TRATANTE:		y, 21 1- U				
DATOS POSITIVOS DE LA ENCUE	esta y del examen	FISICO:				
/	DATOS PO	SITIVOS	DEL EXAM	IEN FISICO		
Ta: 190/70 mmHg:	0	F.r.:	Fc	X1:		p,:
ASPECTO DE LA PIEL:	Gormal.		Edo. DI	E CONCIENCIA:	Con	everely
CABEZA-CUELLO: (nound	- ^				
COLUMNA VERTEBRAL:	non	wol a				
EVALUACION PULMONAR:	7	nound	• ESPIRO	METRIA:		
ABDOMEN: OSTEO-MUSCU	LAR: Norm	مل				12.1/12.3
Hb: /// Hto:	36,9 Glic.:	82	Plaq. 389-0	00 G.B.: 5.6	00	PT: ZAPUGOOD
РП.: 28,1/29,2/ Fibri:	/ H.I.V.:	0	VDRL:	Creat.:	55	Urea:
Otros:	detatetin	Duk HS	18,80	BUN9		
EVALUACION CARDIOVASCI	ULAR:		Dring	normal	Fecha	16-01-10
Rx. DE TORAX:						
EVALUACION: Mallampati:	(1) 2 3 4	Distancia I	iromentoniana:		Cts.	
VIA AEREA: Apertura Oral:		Movilidad			010.	
,	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV		
	COCO			S-0400 14		
	(20)	Principal I	(Carroll)	(Care of		
		1				
	(Y Y)	1) //	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			
		Y	V J			
	· \ /	Market Street	No.			
	IND	CADOR	ES DE RIES	SGO		
A.S.A.	. 0	† 1	113	IV	V	E
JOHNS HOPKINS:	1	11	lil	IV	V	
VIA AEREA:	1	1!	III	IV	V	
1.M.C. P(kilos) / A (en metros	al cuadrado)					
TECNICA ANESTESICA SUGERIDA	k:		OBSERVACIONE	 :S:		
~) 0					
	not					
MEDICACION PRE-ANESTESICA:			S.A.P.:			
MEDICO ANESTESIOLOGO:	(Man	.00	FECHA:			
	(Max	ell.				

HISTORIA DE ANESTESIA

MICHAELMONCADA

7774	the same and the s
240110. Laboro Hendras C.	ni lateral Dececho Reparado
Quertoplastra Secundario	TOSTALANAL SOLVITAL
Duerropray 172 Securosco C	HOTA BUENA INST!
The state of the s	7
Dr. Sentresi	3. Peurles . Drg plane Robud
Sevreno, Oc	Ger Felielet
RESUMEN	PNE-ANESTE SIGO
the limit bine	HINITEGRADE: Inchescousts: [POTASME)
(Qui) X 127 22	36,4 M19 Hear 384,000
Six 82 Great 0,55 1 B	7) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)
HIPATTINE HIP VOKES	Trud Mesmal 8772011729,2
HOMA 1145 120 30	PROCEDIMIENTO
riowy your	Druducein Felialatous
Escueron 2000	via pent. Yelw 22
	vioniteres
	2) FOT tubo nº 60 e/M.
4/2 4	3
Services	
TAXI sta	
PAM(T)	
Respiration(D)	
Angaira relati	
0 (((0))	
ValDetty Pig-satt 1 Coccas (magical field)	┞ ╏╏╏╏
96	
96 34	
59	CONTIDURACIONES ESPECIALES
	Dexametasona tur
	ala mar sony.
	
Regient Buene	Felio 22
Regient Buene	





AUTORIZACIÓN ANESTESIA

Mediante la presente, autorizo al personal mecico integrante del depi- anestesiología de Operación Sonrisa	
con sede en	
De que se me sean administrados los agentes anestésicos necesarios, de se técnicas y procedimientos establecidos para que se me sea practicada la intervença propuesta: resumiendo así los riegos que conlleve y dando tumplimiento al articulo 36 medicina vigente, que textualmente dice:	quiròrgica
"ARTICULO 34: Los actos y procedimientos médicos realizados con fines o terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la perdida transitorias de las facultar requieren de la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación i de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de or De todo lo actuado se levantará un acta en la cual deberá constar la opinión del medicado el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión, se debero representante legal o al interesado a la mayor brevedad.	mentales hal. En casc del paciento facultativo que llevo a
Los procedimientos a que se contrae el presente artículo se emplearan exclusi- fines de la sillud y del bienestar del paciente"	Highte park
MICHAEL MONEADA Paciente: Coracas 24 oc Emere	de <u>2010</u>
Representance Legal: CIV: 6.548.508	
Fundación Operación Sonrisa V mezuela	

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO: Cabio Uni. 1:13 ANESTESIA: General Local Otra: ALERGIAS: Dr Santiago Nombre del Cirujano. Nombre del Anestesiólog	Art.		Nombre 8 A	y Fecha.	dg.
RESPIRATORIO: NORMOL Disnea Estridor Roncus SITIO DE	ITEMS	INGRESO	1 CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
LA CIRUGÍA: NORMAL Sangrado Dehiscencia lento Activo	Hora	1.00pm	1:30m	-	
HIDRATACIÓN:	Temperatura				
IVF Gtas/Mgotas: MED/CAMENTOS:	F.C	103x1	271		
Cataflan: Supo:Mg Suspensión:gr.	T.A				
Setoprofeno: IV	F.R	18x1	18×1		
Nubain: IV	Sat 02	967.	914.		
ESCALA DEL DOLOR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				·	
Otros Medicamentos: 1 Profeir Observaciones:	an: 5m	EV Ce	O IM	505 505	Vimi

FIRMA CO EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.

de Historia.





AUTORIZACIÓN ANESTESIA

anestesiología de Operación Sonrisa ", ' con sede en	
De que se me sean administrados los agentes anestésicos necesarios, de se técnicas y procedimientos establecidos para que se me sea practicada la intervencio propuesta: resumiendo así los riegos que confleve y dando tumpfimiento al articulo 30 medicina vigente, que textualmente dice:	quirdigica
"ARTICULO 34: Los actos y procedimientos médicos realizados con fines o terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la perdida transitorias de las facultar requieren de la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de or De todo lo actuado se levantará un acta en la cual deberá constar la opinión del medicicabo el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión, se debero representante legal o al interesado a la mayor brevedad.	mentales hal. En caso hal paciento facultativo que llevo d
los procedimientos a que se contrae el presente articulo se emplearan exclusi- fines de la salud y del bienestar del paciente"	signte par
Hichael Honcoola Paciente: CIV:	an <u>2011</u>
Representance Legal: CIV:	