## VISITA POST-OPERATORIO

Operation (Smile

Changing Lives One Smile at a Time ☑1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Hour Ciudad: Fecha: Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Original H. Actual H. Clínica # Diagnostico ANTES de la cirugía: Clínica # (si aplicable) or neidos Milleas ☐ FLU □ FLB □ FLPB ☐ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: □ Otro: Sexo: DM DF PROCEDIMIENTO. COMPLICACIONES Fisura Labial ☐ Infección ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular Complicaciónes □ 1 cm cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) ₹2<sup>da</sup> cirugía ☐ Otro: ☐ Fisura Palatina □ No Dibuja localizacion de fistula: ☐ Dehiscencia Localizacion de Fístula: Complicaciónes □ 1<sup>era</sup> cirugía □ No Fístula □ 2<sup>ds</sup> cirugía ☐ Pre-Alveolar ☐ Infección ☐ Post-Alveolar ☐ Union de paladar primario & secundario ☐ Otro: ☐ Paladar Duro ☐ Paladar Blando ☐ Union de paladar duro con paladar blando ☐ Tamaño de Fístula ☐ Fístula Sintomática \_\_\_ x \_\_\_mm ☐ Injerto Piel □ No □ Infección ☐ Otro: □ Pérdida injerto Complicaciónes □ Colgajo ☐ No ☐ Infección ☐ Otro: □ Necrosis Colgajo Complicaciónes ☐ Otro Proc: ☐ No ☐ Infección ☐ Orto compliaciónes o comentarios: Complicaciónes ☐ T. Lenguaje ☐ Posibilidad de cirugía ☐ Dental ☐ Obturador ☐ Pediatría DISPOSICION ☐ 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 : ento op: 29-08-2011. Be eridencia ciatris hiperplasica Se indica masa ses ci Kolonata. Ti

# Operación **Som misc**



### **NOTA OPERATORIA**

APELLIDOS		NOMBRES	
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18 C	IERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
(	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHEA	INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRANI	ED F. C.R QUEMADURA
OTRO:			
0	( nu cono: 2)	12: MANON	12/6-8
	Hyproxite, B	MA KAHIMA	(Dio Pienroz
	NOMBRE	/ FIRMA CYRUJANO:	
	ONES: NINGUNA	OBSTRUCCION	HIPOTENSION
COMPLICACI			1121 0 121131311
COMPLICACI	HEMORRA	VIA AEREA	MUERTE

NOTA: ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECION, O COLO DUE DIE PARA EDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD





### **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 de la conecida del conecida de la conecida del conecida de la conecida de l

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.

Cara	cas, a los	_ días del mes de	d	el año
PACIENTE:	Yasnero	lys Hellado	TESTIGO:	Jadira Rodríguez
FIRMA:		,	FIRMA:	Jadira
C.I:			C.I	8.814.773

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:

## **EVALUACIONES**



Apellido 1ero y 2do: Heylado Hodrigues	# Operacion Sonrisa:
	Ciuda 1: (Baugua) Moracuy
Nombre 1ero y 2do: Yaneidi Yosovert	Fecha: 12-03-2011-27/08/2011
# OSH: # Expediente local:	
Acompañado por Yatra Kadugues	Relacion con el Paciente: (Hudre).
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:	
Dirección: San Hayer Calle el Vapor	Q= 48.
Ciudad:	tamento:
Pais: Venezuciae	x 0416.107.01.73 (Madre)
Telefono:024493 .18.45 7 Celula	* 0426. 9343467 (Hernand)
Localización del Telephone: 04/6-5848919( yon	CHAMITERMANA)
Distancia recorrida:	loms / horas (encierre en un circulo)
□ A pie □ En burro/caballo □ Bus □ Taxi	☐ Bicicleta Di Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: [] Mascurlino [2] Fernenino  Escribir el mos en letras foj:mos: Junio ella: 10 año: 2002)  Fecha de Nacimiento: Mes: Hayo Dia: 03 Mo: 1999	Examinado previamente: OSH Otro Tiene ) Operado previamente? OSH Otro Jope occión Si OSH, Expediente # año
Edad: 11 Anos años 1 mesos (encierre en un circulo) Actualmente: 12 años.	Tipo de Cirug a:
Numero de Hermanos: Vanos and Munday 17	Complicaciones:
	□ Madre □ Fadre □ Hermano □ Hermana (Phûmo.)
The second of the second for the sec	This are a raine a raine a raine a
HISTORIAL DEL PACIENTE:	
Medicamentos que esta tomando; 🛘 Ninguno 🔻 Anti-malaria	TBC 0 0tro:
Vacunas: 🔲 Ninguna 🗆 Polio 🗆 DPT 🗀 Mil	
Alergias: 🔲 NKA 🗎 Otro:	
	erdio el bobé, Explique:
	Superior   Her etitis   Maleria   TB   Otro:
	J
· ·	o 🗇 Otro:
LABORATORIO: Hematocritos: %	Otros Examenes:
Hemoglobina:	

### DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacion Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:	Ciudad:
	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE LABIOS:	
CI ( Cabio normal )	
Complete Complete Complete Incomplete	Incomplete Incomplete
O 3 Der Unitat Incompleto  O 5 Der Unitat  Completo  Completo  Completo	O 9 Balant reparant Completo 0 12 Bilator reparant
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE LABIO (Circule u realizara en esta mision)	inicamente el procedimiento que se
□ Ninguno □ Labio Unitateral □ Labio Bilateral □ Revision de Cio	catriz 🛛 O ra reparacion de labio
Notas de Evaluación: Questa donte Jean dene	
DIAGNOSTICOS DE PALADAR:	
C 13 Paladar normal	
O 18 Der Uniter  Alveoter Incomplete  O 18 Der Uniter  Compette con Fisure Alveoter	Completo Dure y Suave
D 15 tzq United Complete con Fistura Alveolar	© 23 Suarve  © 27 Blat Complete Ours y Suarve
Der Incompleto Der Incompleto Der Incompleto	Cl 24 Pristerior duro y surve  Cl 28 Oro Paladar (douje)
O 17 Der Under Alveolar Incomplete Complete	C 25 tzq U abstoral C empleto clura y sueve
☐ 29 Paladar Unital Reparado ☐ 30 Paladar Bitat Reparado ☐ 31	Insuficiencia: Velobringea reparado
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE PALADAR:Circu se realizara en esta mision	
□Ninguno □Revision de paladar □Orticochea □Colgajo Faringeo □ Colgaj Notas de Evaluación:	o de Vorner DOtra reparacion paledar
TOWN OF GTANACIOIS	

### DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:		
Nombre 1ero y 2do:	Ciuded:		
Hombie 1610 y 200.	Fecha:		
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:			
O 35 Der Nassal Labbal	D 38 tzq 1 Der Alva subsr		
D 33 trq Alveolar  O 36 Der Alveolar	O 39 izq y der Aveolar y anjarior  O 42 Junet d Ouro y Suav		
O 37 Der Alveolar y anterior y anterior	O 40 lzq y Dor Alveolar, as turior y incoso  O 43 palada Sum		
(dbuje)			
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marqu se realizará en esta misión)	e unicamente el procedimiento que		
T. Chris	ración de fistula		
Notas de Evaluacion:			
O 46 Deformacion rossal unitateral der	ekcioncia de Culumelta isrvacion Septul		
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ:Marque unicamente el procedimiento que se realizará en esta misión			
DNinguno ORepa	ración de Disviacion Septal		
	plastia (hueco y cartilago)		
	reparación de nariz		
Dinjecto de Cartilago			
Notas de Evaluación:			

## DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (3 de 3)



Apellido 1ero y 2do:		# Operacion Sonrisa:	
Apellido 1ero y 2do:		) Cittuau.	
Nombre Tero y 2do.			
OTROS DIAGNOSTICOS:			
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:		
☐ Deformidad Craneofacial			
☐ Hemangioma			
☐ Microtia/ oreja en copa			
☐ Nevo/ tumor/ quiste/least			
☐ Ptosis Ocular	Lado:		
☐ Polidactilia/ Sindactilia			
☐ Cicatriz por quemadura	Localizacion:		
☐ Otro tipo de cicatriz:	Localizacion:		
☐ frenillo			
□ Otro:			
PROCEDIMIENTO PARA ES  Ninguno  Liberacion de Contractura +  Liberacion de Contractura +  Liberacion de Contractura co  Craneofacial  Excision de nevo/ tumor/ qui  Frenulectomia  Excision de Hemangioma  Otoplastia  Polidactilia/ Sindactilia  Injerto de piel de espesor tot  Injerto de piel de espesor pa  Excision de Cicatriz con zeto  Injeccion de cicatriz  Otro:	Injerto de piel de espesor Injerto de piel de espesor In zetoplastia ste/ lunar	parcial	
Notas de Evaluacion:			

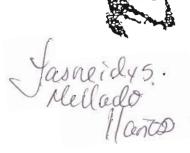
## **EVALUACION DENTAL**



Apellidos:	# Operacion Sonrisa:
Nombres:	
11	
Edad: Representante:	
EVALUACION:	í
Dientes ausentes:	Dientes cariados:
Diente de la brecha (características):	
Paladar:	
Labios: Secuela Unitateral	Isquirab.
Alvéolo:	<i>3</i>
Patología:	
Otro: Flatula gointomo	office a rue of 23
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	e en consultorio
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
☐ Refendo a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA	FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:
Fecha inicio del tratamiento:	el nacimiento 🔲 Otra fecha :
Tipo de	e aparato:
·	
☐ El tratamiento de OFM se realiza por la f	Fundación
☐ El tratamiento de OFM se realiza por otra	a Institución
	miento no regular
-	-
Comentario final: <u>Se reconvenda</u>	Censoa
01.	2
Nombre y Firms del adopté lesse	ALD. #



### HISTORIA PEDIATRICA



ANTECEDENTES PRENATALES:	11 anto
Embarazo controlado: SI NO Gesta Embarazo Vitaminas: SI NO Radiaciones: SI NO CO- NO Cuando? Uso de drogas : SI NO Cuando: Cuando: Stress durante el cimbarazo: SI NO Cuando:	anticonvulsionante, Tabacos: SINO
ANTECEDENTES PERSONALES! a la le messe	y de cecla,
Operaciones anteriores: SINOCuantas:, SHubo complicaciones/especifique: Din punal Otras patologias:Otras patologias:Otras patologias:Otras patologias:Otras patologias:Otras patologias:	Bén toleradas: Si NO NO., Asma: Y Alergias: W A Las Y agra de cerda
	2054
Hb: 13-1. Hcto: 42.1 Leucocitos: 9000 · Segm: 47.5 · Plaquetas: 438 · IN Tipiaje: OC+ ) VDRL: (-) H.I.V: Exa.de Heces normal Otros:  RX DE TORAX: Stucosa	(-) Exacts Orinainormal
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:	
DIAGNÓSTICO: Menderlera Celment an faction a	Energelet.
PEDIATRA: FISICO Sui altera e Spusi	T4= 90/62
	Chalica
Dra Mara	lemanoso T
P. C.1. 1	Z15494 VV

Firma del Pediatra

### **HABLA**

Diagnostico:			
Labio hendido:unilateral bilateral completo incompleto operado no operad			
Paladar hendido:duro y blandoduroblandocompletoincompletooperadono operado			
Fístula Alveolar Palatal otros:			
Fístula Alveolar Palatal otros: ¿Sospecha de problemas Auditivos?: sí no. Evaluación: sí no. Referencia: sí no.			
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 tenemas de alta presión oral.			
Articulaciones compensatorias:Oclusivo: glótico:; faringeo:;			
Otros: Fricativa: Nasal: ; faringea:			
Habilidad para mejorar el habla al repetir: buena regular pobre			
Inteligibilidad del habla: buena regular pobre			
Resonancia Oral / Nasal:			
Hipernasalidad Nasalidad combinada Hiponasalidad otras:			
Destrezas Oral-Motoras:			
Dentro limites normales Dificultad:Leve Nioderada a severa severa			
Alimentación: Regurgitación Nasal: ninguna			
problemas con sólidos problemas con sólidos y líquidos			
problemas con líquidos solamente problemas con líquidos solamente			
problemas con inquidos sofamente problemas con inquidos sofamente			
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:entro de un rango aceptableno aceptable			
Interacción con sus compañeros: adecuada inadecuada			
Rendimiento Escolar: lnquieto Inquieto			
Rendimiento Escolar: atento(a) Desatento Inquieto Inquieto Bajo rendimiento			
Apoyo de Terapia del Lenguaje: sí no. Referencia: sí no N/R			
Trabaja:sínoM/E			
Trabaja: sí no M/E Ayuda Familiar: adecuada no adecuada			
Ayuda Familiar: no adecuada no adecuada  Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes: bueno regular pobr			

Centro Médico Cargua Natashar Chencusady 12/3/11



### FICHA PSICOPEDAGOGICA

#### JORNADA:

I IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
· Nombre completo Laneidi Mazaret Mellado Kodriguez.
· Lugar y Fecha de Nacimiento: La Victoria, 03-05-1999
• Edad: // Sexo: Hemenino Escolaridad: 670 grado
· Plantel: 4.N. Presidente Medina Provibicación: Sauce Mateo
· El paciente vive con: Padres 2 hermano 1 Sobrina
Observacion:
En caso que el paciente no estudie, indicar razón:
El paciente trabaja:
II DATOS DEL REPRESENTANTE:
· Nombre Completo: Padira libisay Rodnovez Sosas
• Nexo: Hadre Edad: 47 C.I. 8.814, 443
Grado de Instrucción: 672 grado
Profesión u Oficio: Del hogar.
· Domicilio: Calle El Vaper N 48. San Mareo
• Teléfonos: 04/6-107.101, 43
<ul> <li>Observaciones (Integración Familiar): Integrado, armónico,</li> </ul>
con aceptacial of spacecete.
III ANTECEDENTES:
· Embarazo: a tormino, VII Gesta, desarrollo normal y contro la ola
· Parto: Normal.
Desarrollo Psicomotor: Normal
· Lenguaje: Se entiende, sin dificottad.
Alguna vez ha convulsionado: No.
Toma algún medicamento:
Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:

### AUTORIZACIÓN

Nosotros, Jodeso Roduçus, venezolanos, mayores de edad, de este domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 8.814.773. y
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 8,814,773, y
, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Your nevely. Hellooms, de
119 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 cualquie
actividad lícita relacionada con el objeto de la fundación antes señalada, y por medi-
de la cual nuestro representado ha sido beneficiado; todo ello a los fines de da
cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 65°, Parágrafo Primero, Derecho a
Honor, Reputación, Propia Imagen, Vida Privada e Intimidad Familiar, Título I
Derechos, Garantías y Deberes, Capítulo II de la Ley Orgánica para la Protecció
del Niño y del Adolescente
En la ciudad de Caracas a la Fecha:
N I
Firmas. 30,814-773





SECUENCIA DE TRATAMIENTO	ourboling en	Inde bou . Se
SECUENCIA DE TRATAMIENTO My trem famos.	ne policy of the	processing to
	(4)	

### EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Laneidis Mellado

## HISTORIA DE ANESTESIA

TATAL TAUNANTRO:	
0204111 BOURSTREE	
Renting de lation	OPENAGION TEXTILADA
+	HOTE OF THE THEE
ABA 1 I II II II II II	ANESTE OLOGE
Word Osiel - Dra Gutierres	70 games
TOTAL CASES OF JUNES	TYPENICAL
Severane	
LEAN LIERO BANANTA PERO MEN PA	E-ANEST & SIGO
Ma. D. X 15+ 50	42.1 13.1 438.000.
	1 Part Properties of The Walter
GGOOD O+ Whiteman linea	Creating PT-PTT VDBLE HIV(-)
moul 2:30 45' B. 45' 30' 46' 4	> NMIENTO
	Industrio E.V.
Net m	O Homen I mas
Sextrane 1	@ Ferlange 701/2
<del></del>	3 Tompofet 120 mg
EECO2 33 33 34 30 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70	OBRO 25 mgs
	6 707 M- 6 cm 2
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	6 Processio deulas
TA(1) no	Went. Merania
PAM(T)	A
Anapirocida(O)	+ Medstigmine
Anticology and the second seco	10 mgs.
0 P ( 100)	
VI DOLLAR DE LA CONTRACTION DE	├ <del>╏╏┩┩</del>
2303	
1991 WHITH TANK LAND	
96, 744	A LABAMATA
10%	CONTINUE (S ESPECIALES
	ECG-PANTSpue
	ECG-PANISPOR
fretrataria RU RU	
Relibroters NO mys	<del>                                      </del>
Cetarday 1974	<del>                                      </del>
	The Custon of th
) naonaditato:	20 HGD

### RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO Labio	Paladar Fistula	Hemangioma Ligadura Art	otros:
ALPRGIAS: General	ocal Otra		Pov.
tin-Oziet	Siza C	AMOZ	
Nombre del Cirujano.	Nombre del Ar	nestesiólogo	

Wide Historia.
( JGGA OZ/04/1)
Sitlo y Fecha.
LANGIAZ MOUAND
Nombre y apellidos.
1/4
Edad:

THE PARTY OF THE P
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus  SITIO DE LA CIRLGIA NORMAL Sungrado Sangrado Dehiscencia lento Activo  HIDRATACIÓN:
IVFGti-s/Mgotas:
MEDICAMENTOS:
Catallan: Supo:Mg Suspensión:gi
Keloprofeno: IV
Doricum: IV
Nubain: IV
ESCALA DEL DOLOR:

ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	VIJO	100	4.35	
Temperatura				
F.C	GEX	66\$	8  X	
Ť,A				
F.R	285		214	
Sat 02	97:	97:	991	

Otros	
Medicamentos:	
	U .
	. !
( ) a	•
Observaciones:	
	A
	$\mathcal{A}$
	10/02/6/6/
	March XXX 517 3
	FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.
	FIRMA DE EGHESO Y NOMBRE LEGIGLE.



#### **AUTORIZACION ANESTESIA**

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa
con sede en Qagua
De que se me sean administrados los agentes anestésicos necesarios, de acuerdo a las técnicas y procedimientos establecidos para que se me sea practicada la intervención quirúrgica propuesta: resumiendo así los riesgos que conlleve y dando cumplimiento al articulo 34 de la ley de medicina vigente, que textualmente dice:
"ARTICULO 34: Los actos y procedimiento médicos realizados con fines diagnósticos y terapéuticos que produzcan el condicionamiento o la perdida transitorias de la facultad mentales, requieren de la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación legal. En caso de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio del paciente o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de otro facultativo. De todo lo actuado se levantará un acta en la cual deberá constar la opinión del medio que llevo a cabo el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión, se deberá notificar al representante legal o al interesado a la mayor brevedad posible.
Los procedimientos a que se contrae el presente articulo se emplearan exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"
Paciente:  D2 de 04 de 2011  Paciente:
CIV:
Jadina Rodnique Representante Legal:

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

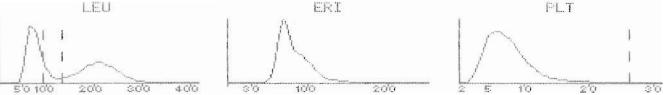
CIV: 8.844.773

#### MELLADO YANEISIDIS

#### RESULTADOS

HORA:08:27

```
FECHA: 28/03/2011
Nro. FROC.: 5146
Nro. SEC.: 18
Alarm, FLT:
                                      VCM: 82 µm<sup>-24</sup> ( 80 - 97 )
LEU : 9.0 103/mm3 ( 5.0 - 10.0 )
                                        HCM : 25.3 B pa
                                                                  ( 25.9 - 33.5 )
ERI: 5.17 104/mm3 (3.80 - 5.80)
HB # 13.1
              g/d3. (11.5 - 16.5)
                                        CCMH
                                                 31.1 q/d1
                                                                  ( 30.0 - 33.0 )
                        ( 39.0 - 50.0 )
                                        IDE :
                                               14.2
                                                                  (10.0 - 15.0)
HTC : 42.1
PLT: 514 H 10<sup>-5</sup>/mm<sup>-5</sup> ( 150 - 390 )
                                               8.5
                                        VPM :
                                                       uma
                                                                  ( 6.5 - 11.0 )
                                        IDF : 12.3 %
FTC : ,438
              74 ( .100 - .500 )
                                                                 (10.0 - 18.0 )
Alarm, LEU: G1
DIFF :
74.IN: 42.7
                1/4
                         ( 17.0 - 48.0 )
                                         #LIN: 3.8 H 103/mm3 ( 1.2 - 3.2 )
                14
                         ( 4.0 - 10.0 >
                                                0.8 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> ( 0.3 - 0.8 )
        9.8
                                         #MON:
MMON:
%GRA: 47.5 %
                         (43.0 - 76.0)
                                         #GRA:
                                                  4.4
                                                         103/mm3 ( 1.2 - 6.8 )
        1 511
                                      ERI
```



SEGMENTADOS: 44 %, LINFOCITOS: 52 %, EOSINOFILOS: 4%



## LABORATORIO CLINICO GENOL, C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No. **PACIENTE EDAD** 5258 C.I. **FECHA** MELLADO YASNEIDIS HORA 11 Años Remitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio Reportado: DALIA SEQUERA Secuencia: 0 Referido por:

TIPIAJE:

GRUPO SANGUÍNEO;

FACTOR Rh:

0 ...

POSITIVO

POR REVISADO POR Lic. Daniel Tovar Blomalista MPPS: 1.578 - OB: 031299 C.1.16.436.987

VALOR DE REFERENCIA

#### LABORATORIO CLINICO GENOLAB C.A CENTRO MEDICO CAGUA

NOMBRE PACIENTE: MELLADO YANEISIDI

DOCTOR:

ID: 5146

COD DOCTOR:

DIRECCION:

EDAD: SEXO: CUARTO:

ID MUESTRA: 5146

FLUIDO: SUERO

PRIORIDAD: RUTINA

POSICION MUESTRA: 3

GRADILLA 1

Rango Refer. Normal RESULTADO

GLUCOSA

PRUEBA

74. - 106.

UREA

83. mg/dL 20.7 mg/dL LO .5 mg/dL

CREATININA

15.0 - 42.9 .7 - 1.5

FECHA INICIO TEST: Mar 28 11 08:57:21

Bioanalista 1 12.572.207 4508 1370 CB 03-0971

### LABORATORIO CLINICO GENOL\*3, C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua

Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No. 5146	PACIENTE MELLADO YANEISIDIS	EDAD 11 Años	C.I.	FECHA 28/03/2011	HORA 07:20
	Remitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Rebo	rtado: Rusaikis F	lores Silva Secuencia	r. 0
Referido p	or:			VALOR DE RE	FERENCIA
TIEMPO	DE PROTROMBINA (PT)				
	TIEMPO CONTROL:	12,0	seg.		
	TIEMPO PACIENTE:	11,2	seg.		
	RELACION P/C:	0,93		(0,8 - 1,2	)
TIEMPO	DE TROMBOPLASTINA (PTT)				
	TIEMPO CONTROL:	28,0	seg.		
	TIEMPO PACIENTE:	26,8	seg.		
	DIFERENCIA P-C:	-1,20	seg.	(+/- 6)	

SAJO POR: Deniel Tovar Glodialista 13671-CB: 031293 01 16436,987

### LABORATORIO CLINICO GENOLAR, C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax: Email:

No. PACIENTE		EDAD	C.I.	FECHA	HORA
5146 MELLADO YANEISIDIS		11 Años		28/03/2011	07:20
Ren	ittido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Report	ado: Rusalkis	Flores Silva Secuencia	0

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

V.D.R.L:

NO REACTIVO

HIV (PRUEBA RAPIDA):

NO REACTIVO

#### LABORATORIO CLINICO GENOLAS, C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua

Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
5146	MELLADO YANEISIDIS	11 Años		28/03/2011	07:20
Rem	tide: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorie	Report	ado: Rusalkis	Flores Silva Secuencia	0.0

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

EXAMEN DE ORINA COMPLETO

EXAMEN FISICO

ASPECTO: Lig. Turbio Amarillo COLOR: DEPOSITO: Escaso OLOR: Suigeneris

DENSIDAD: pH: CANTIDAD:

MAS DE 1040

Acida CC

EXAMEN BIOQUINICO

PROTEINAS: Negativo Negativo GLUCOSA: CUERP.CETONICOS: Negativo Negativo BILIRRUBINA:

UROBILINOGENO: HEMOGLOBINA: NITRITOS:

Normal Negativo Negativo

EXAMEN WICROSCOPICO

LEUCOCITOS: 3-4 CEL.EPITELIALES PLANAS: MODERADAS

HEMATIES: х с X C BACTERIAS:

Moderadas

X C X C

HECES EXAMEN DE

FILAMENTOS DE MUCINA:

EXAMEN MACROSCOPICO:

ASPECTO; CONSISTENCIA: MOCO: OLOR:

Heterogeneo Dura Ausente Feca?

Moderada

COLOR: REACCION: SANGRE:

Marron Actida Ausente

EXAMEN MICROSCOPICO: En la muestra analizada no se observaron formas parasitarias

LEUCOCITOS: Ausentes HEMATIES: Ausentes BLASTOSPORAS: Ausentes

METODOS UTILIZADOS:

Directo (SOLUCION SALINA Y LUGOL)

POR: REVISA Lic. Daniel Zovar Bload Ha MPPS: 13678 128: 031293 C.I. 16.436.987

# CUESTIONARIO PA EVALUACION PREANESTESICA DE NIÑOS

/	MENORE	S DE 12 AÑOS		
Nombre: Maneidi	Mella	Le_No Historia:		Fecha: 62/3/1/ Hora: 40, 20/1
Cirujano:	Cir	ugia Propuesta:		Top year.
Edad: 1/A Peso: 50.70	Talla:	1.M.C.		Telefonos: //4/6/070/73
Representante: Mad	was To	ed mane		
1. Es alérgico a algun medicamen	to, alimento o a	al polyo?	के व्रा	11-10-12-17-C
2. Ha tenido recientemente tos, gr		•		Halamadott
3. Ha tomado Aspirina (o similar)	en los últimos 1	0 dias?		Ohinada a lot
Ha tomado alguna vez dipirona	?		<u>⊠</u>	of the day
Toma algún otro medicamento?	<b>?</b>			1 meses de con
Usa gotas para los ojos o para	la nariz?			July Onela Roja
Usa lentes de contacto?				an ear and
4. Tiene dientes flojos, astillados o	conceries		<b>M</b> •	de maracay.
Cuantos dientes tiene?				1 Similar
<ol><li>Tiene alguna dificultad para mo Tiene alguna dificultad para abi</li></ol>				Ama Carrette
Medida Tiromentoneana		is Interdentaria		110 play yours
6. Nacio de parto normal?			D F	O.E. astr.
Nacio de parto instrumental o c	esarea?	- 000 - 0		}
Cual fue la causa? Cuanto pes	o al nacer? 🤶	300 - 520	ms.	1
7. Requirio observacion en incub	adora y/o oxige	eno?	DX (	
Requirio intubacion y ventifacio	n mecanica?			}
Quedo alguna secuela de lo an			口页	1
Presento Ictericia? Tratamiento	)		可氮	
8. El desarrollo pondoestatural h	a sido normal?			
El desarrollo intelectual ha sido	nomal? Que	grado estudia?	每同	
9. Ha sido operado antes?		6/x Sada		
Le han dado anestesia local?		0		
Le han dado anestesia genera	17		M -	
Le han hecho alguna transfusi	ón sanguinea?			
<ol> <li>Ha tenido o algún pariente su seña durante una anestesia o</li> </ol>		_		
11. Edad de la menarquia:			,	
12. Ha sufrido o sufre de alguna (	de estas enferr	nedades		1
Ulcera, Gastritis, Vomitos.	四,	vnemia, Leucemia		
Hemia hiatal, Reflujo		Vnemia drepanocitica		$\eta$
Indigestión persistente		enfermedad tiroidea	$\Box$	<u> </u>
Bronquitis, Neumonía		Diabetes		
Enfermedad Pulmonar	4	Ito con esteroides	2	
Flems, Mucosided		Problemas de columna		
Asmay Bronquiolitis	X	Artritis	[2	$H_{-}$
Dificultad para respirar	4	Problemas para camin	ar [Z	F[
Enfermedad cardiaca		Debilidad, desmayos	6	<u> </u>
Soplos cardiacos		Vértigo, Mareos	Z	31
Palpitaciones	4	Ceguera,sordera	2	31
Fiebre Reumatica	4	Convulsiones, Epilepsi	ia Z	<u>1</u>
Problemas renales	4	Meningitis, Polio	[2	
Trastomos nerviosos		Dolores de cabeza		
Problemas de coagulación		Vacunes Lila	1 au	de la laca
Hematoma o sangrado fácil	4	Otras enfermedades	7	
Hepatitis, Enf. Hepatica				
12. Hay alguna pregunta que de	see hacer?		si n	<u> </u>

			Cicini	illstoria:		MESTES TA DE			
dad:	Peso:	Tuin:	Cirugla P.			~		Hora:	
: cs cieroico o i	ilovia	-		J.M. C.			Telefonos:		
- 110 toredo rece	ilgún madicama: Untamento tou, g Piñna (o similan	nto, climent	o o el polvoy				r storontes;		
S Ha tornado As	Piring (o similar) Jung vez dibiron	ripa o dalar	לפ טפרסעחעניץ			<u> </u>			
Ho lomito alo	UCB VAL A	on road Galas	.08 10 etast		U				
ים תטכוט בחים:	O median	- '			[0]	[m]			
Coras par	105 0:03 0	12 1				[6]			
		i ia nariz?					1		
" " " o plancha	O PUBDIA'S				긁	BBBBB			
one ceronas	en sus dientas fi	Onlalust				3		•	
						[io]			
					H	3	1		
	Weends	or to becar	07			100	1 ·		
					<u>[:]</u>	70			
· Siece gibnua	pepida alcoholic	a inas da i	andio Interden	lanc			}		
					U	110	1		
contro toma (t	היטססט) א טפע ביי	5.315							
	PODCIGO O ANTICASTA						)		
, 1 10UIOC 2 21V	in one				.1	[2]			
Selia duranta u	na enustasio say	പല സ്വേദ്യ ഉപ്പ	Mplicación						
5.00 Oper 3	ao antus?	,	2.17		M	100			
. 6 han dedo ei	restueia local?				٠	·-			
an han dado bi	nestoaio dicienti	7			J	no			
ar han hachd a	Nouna a and Labor	an sache de	20		[1]	العال			
the same of the same,	uma rugozi		,		a:	100 J	•		
≟ಿಟ ರ್ವ.ವಿನಗನ್ನುಕ	יי בינון ומטושה מש	,					}		
Li Ho tidade e si	uro do algares c	it ustae eer			1	11.3	j		
ವಿಚಾರ, Gastrif	s, Vomitori	1"7				,	}		
trans hicial, p			Problem.ca d				}		
hitigasión per			densection of	accompos 18	cil		<b>\</b>		
			Postada, Lac				Į		
Creations Ne		i)	Anadan eran			L-1			
Erissama Ent		<u> </u>	Lationmoded			!	1		
Pena, Morasi	dad			010.053		11	1		
Esnia, Jadeo		:7	Diabetus			$\tilde{L}$	}		
		L_!	The con diller	ಾರ್ಡಿಕ		[7]	}		
Miculted para			Pierous black	nadas Vado	A =	][	ţ		
t informedad co		£;	Problemso d				{		
musich actori;	il elto	7-1		Strain Compa			1		
ingion actenia	- Daja	1111	AShua				}		
erneso cardisc			Profilemas d		٠, ٠	1-1	į		
Seattle reumati			Dabinistic du	Strayas			i }		
			Vértigo, atom			7	(		
י האוסג השנמופה	33	[]	Captiero, 2 h			:!	(		
ಿ ಇಂದರ ರಂತ್ರಕ		j~`7				1	1		
್ ಚಿದ್ಧಾಂಪಿಕರು		i~-	Convulsioner				Į.		
	<b>.</b>		Meningitis, In	clio			j		
n inna, Dolor		1	Orizona Lein	L ,0.21		( )	}		
File Disaffigue, Force		 :	Giacon.			<u>;</u> /	{		
respatition Ent.	Норонев	7				$\sqsubseteq$	i		
Trastatads nen		=	Vacunna				1		
		ر ـ ـ ـ ـ	Otras emerga	ಾರಾರನಿತ			/		
Diensa NG	ion sera sanceta Juganeen un nic	se bor alor	in segure o			*	i i		
	CHIFOCHED (C.)	,7	-		-		,		
	egunta qua lage					ne	1		

### Operacion EVALUACION PRE-ANESTESI PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI (Mellado NOMBRE DEL PACIENTE \_\_ PESO 50 700 EDAD IMAGINOSHOO INTERVENCION PROPUESTA MEDICO IRAIANTE DAI()S P()SITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMENFISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO mmHg F 1 Fc X1. ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIAI ALDOLNIA CABEZA-CUELLO: = COLUMNA VERTEBRAL EVALUACION PULMONAR ESPIROMETRIA ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR GTZ 5170.000 Hto GB9 000. Fibri Creot. otura = Norma EVALUACION CARDIOVASCULAR Fecho: Rx DE TORAX EVALUACION: Mallampati CIs. 3 Distancia Tiromentoniana VIA AEREA: Aperturo Orol Movilidad Cervical Close Close 11 Close III Close IV INDICADORES DE RIESGO AS.A. JOHNS HOPKINS: ١V 191 VIA AEREA I.M.C. P(kilos) / A (en metras al cuadrado) 1ECNICA ANESTESICA SUGERIDA OBSERVACIONES. SAP MEDICACION PRE-ANESTESICA MEDICO ANESTESIOLOGO (ECHA