#### VISITA POST-OPERATORIO Operation(# Changing Lives One Smile at a Time 🖂 1 Semana 🗆 6 Meses 🗀 1 Año Ciudad: Fecha: Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR/LLENA TODA LA INFORMACION COMPLETAMENTE! Apellidos y nombres del paciente: Original H. Actual H. Clínica # Diagnostico ANTES de la cirugía: Clínica # (si aplicable) ☐ FLU □ FLB □ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: \_ Sexo: DM DF Dia / Mes PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES No Complicaciónes Fisura Labial ☐ Infección ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular 1 1era cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) □ 2<sup>da</sup> cirugía ☐ Otro: ☐ Fisura Palatina ☐ No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: Complicaciónes □ lera 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 ☐ 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 ☐ Pediatria DISPOSICÍON ☐ Ortodoncia □ ORL ☐ Genética ☐ Psicología ☐ 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 us	o el obturador?

El paciente ha tenido problemas	con el obturador? 🗆 SI 🗆 NO
Si es SI cual problema:	

# Operacion **Som risc**



Op. Sonrisa No.

## **NOTA OPERATORIA**

Dorol Acilo	Ciudad: Fecha: Ol Ol Jou	
APELLIDOS	NOMBRES	
ANESTESIA GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
OPERACIÓN: QUEILOPLASTIA 18	PALATOPLASTIA 18 (1	ERRE FISTULA PALATINA
QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHEA	INJERTO CUTANEO
OTRO: Milas	PROCEDIMIENTO CRANI	TO F. C.R QUEMADURA
NOMBRE	FIRMA CIRUJANO:	·
COMPLICACIONES: NINGUNA HEMORRAGOTRA:	OBSTRUCCION VIA AEREA GIA	HIPOTENSION MUERTE

Fundación Operacion Sourisa Venezuela

4. Libertado - Cristico Residencial el Bosque-Res Venezuela - Meta C (nro. 59) - Caracas (1910)

Felefox (582) 761 55 26 / 761 55 27 - Esont Cartessob (Desherosa nel

IDENTIFICAR LIBICACION 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 e
Paciente Doniel Audo.
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 Donial dula
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 o días del mes de del año o del año
PACIENTE: <u>Daniel Avila</u> TESTIGO: <u>Yode's</u> Aponte  FIRMA: <u>Yude's</u>
FIRMA: FIRMA: Yudewsu
TINIA.

C.I

# EVALUACIONES



Apellido 1ero y 2do: AVICA APONTE	# Operacion Sonrisa: 005
Nombre 1ero y 2do: DANIE JOSE	Ciuda 1: CAGCA
	Fecha: 12-03-11/
# OSH: # Expediente local:	NA . 2 =
Acompañado por YUDEÍSI APONTE	Relaction con el Paciente: MADRE
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:  Dirección: TOCORON, LAS ÁCACIO	as, Casa #28.
Ciudad: MARACAY Depart Pais: VENETUELA Telefono: 0244-5119935 Celula	
Localización del Telephone: CASA.	
Distancia recorrida:	kms / horas (encierre en un circulo)
☐ A pie ☐ En burro/caballo ☐ Bus 💆 Taxi	☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: Mascutino   Fernenino    Escribir el mos en letras (ej:mos: Junio ella: 10 año: 2002)  Fecha de Nacimiento: Mes: 12   Dia: 29   Mo: 2010    Edad: **Limeses**.** años / mesos (encierre en un circulo)	Examinado previamente:
Numero de Hermanos: Vivos: Muertos:	
Miembros de la familia con labio o paladar hendido:	□ Madre □ Fradre □ Hermano □ Hermana
HISTORIAL DEL PACIENTE:  Modicamentos que esta lomando:   Ninguno   Anti-malaria	□ TBC □ Otro:
Vacunas:	AR   Otro:
Alergias: 🗆 NKA 🗎 Otro:	
Embarazada? 🗆 No ' 🗆 Actualmente 🗆 Pe	rdio el bobé, Explique:
Infeccion:   Ninguna I Infeccion Respiratoria S	iuperior 🗆 Hopetitis 🗆 Maleria 🗘 TB 🗀 Otro:
CNS:   ☐ Negativo ☐ Convulsiones ☐ Otro	·
Lungs:   Negativo  Otro	
	Otro:
LABORATORIO: Hernatocritos: %	Otros Examenes:
	g/dL

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



		(		
Apellido 1ero y 2do:			•	nisa:
			Ciudad:	
			Fecha:	
DIAGNOSTICOS DE L	ABIOS:	,		
CI 1 Cabio normal .				
2 trq Under Incompleto		3 6 Bilat, tzq ampleto, Der incompleto	# de Bi	(dRou
O 3 Der Undat, Incompleto		) 7 Blast Der omplete, Izq Incomplete	JUNE Compl	(charac
realizara en esta misic	•		•	
🗆 Ninguno 🏿 Labio Unita	ateral 🔘 Labio Bilatoral 🔘 Re	avision de Cic	atriz 🗆 O ra nepara	ocion de labio
Notas de Evaluacion:				
DIACHOSTICOS DE D	041 4D 4D.			
DIAGNOSTICOS DE P	ALAUAR:			
U 13 Pakadar normal	O 18 Dar Univer		02204	O 26 Der Unitations
Alveotar Incomplete	Compete con Fisure Alveolar		C) 22 Subn aucosco	Completo Dure y Surve
D 15 Ltq Undut, Complete con Fisura Alveolar	19 Der Completo tzg Incompleto		0 23 Suave	C) 27 Blat Complete Ours y Sueve
Der Incomplicto	C) 20 Blut, Incomplete	R	CI 24 Printerior duro y summe	🗆 28 Otro Paladar (dibuje)
D 17 Oor Under Arrectar Incomplete	Correlato	SH	C 25 tzq U statoral C empleto duro 'y sueve	
O 29 Paladar Unitat Reparado	O 30 Paladar Bitat Reparado	0.31	Insuficiencia Velobringe	e reparado
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta n	REPARACION DE PALAI	DAR:Circu	le unicamente d	N procedimiento que
Divinguno DiRevision de pal	adar DOrticochea DColgajo Farin	geo 🛘 Colgaji	o de Vomer DOtra re	paracion paladar
Notas de Evaluacion;				
			•	

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



Apellido 1ero y 2do:	# Operacicn Sonrisa:
	Ciudad:
Nombre 1ero y 2do:	Fecha:
DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:  DIX tra recent to the bind	D 38 tzq j Dor O 41 Du
O 33 trq Aveobre Aveobre	Avecolar y an lactor  Ouro y Sunv
Discretary anterior y anterior	O 40 led y Der Alveolar, as terfor y i nedio
[] 44 Ora Fistula (dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Ma se realizará en esta misión)	rque unicamente el procedimiento que
<sup>†</sup> ONinguno OR	eparación de fisti la
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ:	
Cl 45 Deformacion nacal unitateral izq	8 Deficiencia de Ci lumelta
CI 46 Deformacion rescal unitarteral der	9 Desviacion Sept il
Cl 47 Deformacion narsal bilateiral Cl 5	() Otra Nariz (dibuj :)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque realizará en esta misión	se unicamente el procedimiento que se
realizara en esta misión	se unicamente el procedimiento que se Reparación de Disviscion Soptal
PREPARACIÓN UNIDATES DE CORRESPONDE	
DNinguno  OReparación unilateral de nariz  OR	leparación de Disviscion Soptal
DNinguno  OReparación unilateral de nariz  OR	l'eparación de Disviscion Soptal Snoplastia (hues o y 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		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lutter		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro:		
□ 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 to □ Injerto de piel de espesor pa □ Excision de Cicatriz con zeto □ Injeccion de cicatriz	Injerto de piel de espesor complet Injerto de piel de espesor parcial on zetoplastia ste/ lunar tal arcial oplastia	
Notas de Evaluación:		

# **EVALUACION DENTAL**



Apellidos: Avila	# Operacion Sonrisa: 005
Nombres: Daniel	Ciudad: Coguq
Edad: 2m Representante: Yorkisi Aponte	Fecha: 12/03/11
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	Dientes cariados:
Diente de la brecha (características):	
Solodo : Solodo :	
Labios: H) U Incompleta Isa	
Alvánio:	
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☑ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	☐ A realizarse en el Quirófano
T. O. C. Live and C.	-
☐ Refendo a Sigma dental: ☐ Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
Referido a la consulta de OFM: H. Los Squares	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRAYAMENTO REALIZADO DE CALIZADO DE CALIZA	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE	E LOS MAXILARES:
No otiliza.	
Fecha inicio del tratamiento:	
Tipo de aparato:	
<ul> <li>El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación</li> </ul>	
El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución	
☐ Tratamiento regular ☐ Tratamiento no regula	
Comentario final: So socomiendo circogla	
·	
Nombre y Firma del odontólogo: Teresta Parwaci.	
Total I	





## HISTORIA PEDIATRICA

EDAD 2 M Peso 5400.

ANTECEDENTES PRENATALES:
Embarazo controlado: SI NO , Gesta I Embarazo deseado: SI NO Vitaminas: SI NO Radiaciones: SI NO , Contactos con pesticidas: SI NO cuando? Actual Uso de drogas : SI NO anticonvulsionante no anticonceptivos? NO Otros: , Cuando: , Tabacos: SI NO Cuando: Stress durante el embarazo: SI NO Cuando: Cuando: Stress durante el embarazo: SI NO Cuando:
Stress durante el embarazo: SI NO X Cuando:
ANTECEDENTES PERSONALES:
Operaciones anteriores: SI NOX Cuantas: , 8 én toleradas: SI NO Hubo complicaciones/especifique: , Asma: NO Alergias: \$\frac{1}{2}\$ Afecciones cardíacas: NO Otras patologias:
EXAMENES DE LABORATORIO:
Hb: 105 Hcto: 33.9 Leucocitos: 11.500 , Segm: Linf: 61.9/Pt 12.82 Ptt 30/30 .  Plaquetas: 533, Tipiaje: VDRL: (-) H.I.V: (-) Exade Orne:  Exa.de Heces Otros E Cardio variencia normal  RX DE TORAX:
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:
DIAGNÓSTICO TRASGRESION DIFTETICA - Niño sano - Hend Labia
INDICACIONES DEL PEDIATRA: Acido folico - Henovic - Intafei - Formula de micci
So requirement to the control of the

Firma del Podiatra

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Avenda Sun Juan Bosco. Edificio Excelsior, piso 5, apartamento 53. Altamira: Caracus - Venezuela Telefax: (58212) 257 0255. Email. operaciónsoncisa@canty net

HABLA

Diagnostico:			
Labio heudido:unilateral bilatera	alcompleto _	incompleto _ ope	erado Ino operad
Paladar hendido:duro y blando duro _	_blando _compl	etoincompleto c	operadono operac
Fistula Alveolar Pali	atal OI	ros:	
Fistula Alveolar Pali ¿Sospecha de problemas Auditivos?:si	no Evaluación	sino_Refe	rencia:sinc
Sección I: (Llenar solo una de las dos seccione	es)		
Labio Hendido pre-locutivo, con riesgo de Paladar Hendido pre-locutivo, con riesgo de	presentar retardo presentar retardo	en la adquisición del l en la adquisición del l	enguaje. enguaje.
Sección 2:			
Patrones de articulación:			
Dentro de los límites de lo esperado para su Procesos fonológicos (no esperados para su	edad o estimado /	reportado nivel de des reportado nivel de des	sarrollo. sarrollo.)
Emisión Nasai en fonemas de alta presión or	ral.		
Articulaciones compensatorias: Oclusiv	vo: glotico:	; faringeo:	
Otros: Fricativ	va: Nasal:	; lanngea:	
Habilidad para mejorar el habla al repetir:	buena	regular	pobre
Inteligibilidad del habla:	buena	regular	pobre
Resonancia Oral / Nasal:  Hipemasalidad Nasalidad combinad	da Hipor	nasalidad otras:	·
Destrezas Oral-Motoras: Dentro límites normales Dificulta	d: _Leve	moderada a severa	severa
Alimentación: Regurgitación Nasal: nin problemas con sólidos problemas con líquidos solame  Desarrollo de Lenguaje:		problemas con sólido problemas con líquid	
Comprensión: dentro de los límites no	rmales para su eda	dretardado	para su edad
Expresión: dentro de los límites no	ormales para su ed	adretardado	para su edad
Comunicación en lo pragmático y en lo socia	al:dentro de u	ın rango aceptable _	no aceptable
Interacción con sus compañeros:	adecuada	inadecuad	da
Rendimiento Escolar:atento(a) nivel educativo ad	D	esatento Bajo rendimiento	Inquieto
Apoyo de Terapia del Lenguaje:sin Trabaja:sinoM/E Ayuda Familiar:adecuada	no. Referencia: _	si_no_N/	R
Potencial estimado para mejorar el habla así co	omo otras destreza	as relevantes: buen	
Vatasha Chineuso El. Casua - 12/3/11	Contromée	dico Caqua	



FICHA PSICOPEDAGOGICA
JORNADA: Cagna 12/03/2011.
Nombre completo: Daviel fost Avilar Afronte  Lugar y Fecha de Nacimiento: 39/12/3010  Edad: 2 meses Sexo: Mase. Escolaridad:  Plantel: Ubicación:  El paciente vive con: Papa, mama, abuela.  Observacion:  En caso que el paciente no estudie, indicar razón:
• El paciente trabaja:  H DATOS DEL REPRESENTANTE:  • Nombre Completo: Pudeis y Cloonte  • Nexo: Padre Edad: 14 C.I. 21.259.938  • Grado de Instrucción: 2º Orro Dachillerato  • Profesión u Oficio:  • Domicilio: Tocoron C Jas acacias 1-20 D San Fuls  • Teléfonos: 0244-511.9935, 0416-106.3132  • Observaciones (Integración Familiar): El gupo familiar esta integrado por Madre Concubiro, abuela materna dos Hermanas, Padrasto
<ul> <li>III ANTECEDENTES:</li> <li>Embarazo: Ptymet embatato Normal.</li> <li>Parto: Cosarea</li> <li>Desarrollo Psicomotor:</li> <li>Lenguaje:</li> <li>Alguna vez ha convulsionado: NO</li> <li>Toma algún medicamento: NO</li> <li>Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra: NO</li> </ul>

# AUTORIZACIÓN

Nosotros, Judes Aponte, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. V-21259938 y
Representantes Legales de nuestro menor hijo Daviel Avila, de
2 mese, 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: 1. 4. 2011
Firmas. Yusleisy Apante

(#)

### INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES HOSPITAL "DR. J.M. CARABAÑO TOSTA" MARACAY - ESTADO ARAGUA BANCO DE SANGRE

RESULTADO DE TIPIAJE

-6-	MEGULIADO DE LIPIAJE		MENN
Fecha: 243/11	Servicio:	e. p.	A STATE OF THE STA
Nombres y Apellidos: Da	niel Avila		
Grupo: B RH:	osttivo Du:	(s)	
Coombs directo:	Coombs Indirecto		,
	TITULO AGLUTININA	8	
Serial: 2219	S.A. 7 C.I. Hemoterapista:	fic	Amados
Observaciones:			



The second of th

Mar 27 2011

Padden i II.

Comple Numbers

Locations Tribulitys

Trgsents I Positions 2

Sample Fluid: CERON Entered: 15:27 May 21 2011

Lie. Carman M. Vasqu 22 BIOANALISTA 63-0802-70382 C.I. 11 845,619

	TEST MALL		MIT - ILITERVAL	LIMETE
2001 5-1	Clarence		PROBLEM NO. 10. 250	2 (3)
		5	Y W short No	The sale of the sale of
Y'cf 11 3	45.4		1919 (1910)	2.11
	and the first time to the control of	111 -	Z shi Suit	harager backs
215 pm; pm 15	75		2 11 200	7.11
	Sec. 1. An - U. In. 4-4 U. In. 1-4-40	the second secon	and the most	Rogert Sale



# Dra. Olivia Sequera de Lanciotti

CARDIOLOGÍA - PEDIATRÍA - ELECTROCARDIOLOGÍA ECOCARDIOGRAFÍA - ECOGRAFISTA INTEGRAL Y VASCULAR PERIFÉRICO

NOMBRE: DANIEL AVILA

EDAD: 03 MESES FECHA: 29-03-2011

REFIERE: DRES. MISION SONRISA

#### INFORME ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

RAIZ AORTICA
RAIZ (28-35mm) 13, 8
APERTURA (15-26mm) 10,5
ARIRUCULA IZQ.
FINAL SIST. (25-40mm) 13,4
VENTRICULO IZQ.
D.D. FINAL (33-56 mm) 21,8
D.S. FINAL (25-48mm) 13,7
F. DE EYECCION (59%) 81%
F.ACORTAMIENTO (32-39%) 57%

DOPPLER (VMAX m/seg)
TRICUSPIDE 0,61/0,46 m/s
PULMONAR 1,05 m/s
MITRAL 1,11/0,85 m/s
AORTA 0,89 m/s

SEPTUM IV
FINAL DIASTOLE (8-11mm ) 4,9
PARED POSTERIOR. 5,3
VENTRICULO DER.
TRACTO DE SALIDA. (25mm) 6,5
VALVULA MITRAL
PENDIENTE EF: (68-158 m/s)
PUNTO E SEPTUM (6mm)
VALVULA PULMONAR
ONDA A (7mm) 5

REGURGITACION

SITUS SOLITUS, CONEXIÓN AURICULOVENTRICULAR Y VENTRICULO ARTERIAL, VALVULAS ATRIOVENTRICULARES CON BUENA APERTURA Y CIERRE, VALVA SEPTAL DE LA MITRAL NORMAL, ONDA E MAYOR QUE ONDA A, VALVULA TRICUSPIDE ONDA E MAYOR QUE ONDA A CON FLUJO NORMAL, TABIQUE INTERVENTRICULAR INTACTO, SIN HIPERTROFIA DEL SEPTUM Y VENTRICULAR IZQUIERDA. TABIQUE INTERAURICULAR INTACTO, ARTERIA PULMONAR CON FLUJOMETRIA DOPPLER SISTOLICO NORMAL, SIN DILATACION DE CAVIDADES DERECHAS, VALVULA MITRAL CON FLUJO NORMAL, SIN REGURGITACION. BUENA CONTRACTILIDAD DEL MIOCARDIO, SIN DILATACION DE CAVIDADES IZQUIERDAS, SIN DERRAME PERICARDICO. PERICARDIO NORMAL.

#### CONCLUSION

- 1.- ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES .
- 2.- FRACCION DE EYECCION 81 %.
- 3- FUNCION DIASTOLICA Y SISTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO NORMAL.
- 4.- MOTILIDAD REGIONAL Y GLOBAL DEL MIOCARDIO NORMAL.

5-. PERICARDIO NORMAL

Dra: Olivia Sequera de Lanciotti MSDS 24411 CMA 2575

**HOSPITAL DE CLÍNICAS LAS DELICIAS:** 

Av Las Delicias Norte con calle Boconó, Nº 61, 3er piso, 3B Maracay Estado Aragua. Telf.: (0243) 244.13.32 - 217.00.93 Consultas: Lunes a viernes de 8 a 12 m y

martes, miercoles y jueves de 3 a 6 pm

CENTRO MÉDICO CAGUA:

Teléfono: (0244) 395.43.79 Cagua.

Consultas:

Lunes y viernes de 4 a 6 pm CELULAR: (0414) 462.19.49





## DT JOHN JOSE HERNANDEZ RIVAS MEDICINA INTERA CARDIOCOGÍA

POLICLÍNICA VILLA DE CURA VILLA DE CURA EST ARAGUA 386753/3862534 DIRECTO 0244 4146554 Cel 0416 5 440996//0414 4 540424

## EVACUACIÓN CARDIOVASCULAR PRE OPERATORIA

NOMBRE avila daniel EDAD 3m REF POR DR

FECHA 27.3.11

TELEFONO 0244 5119935

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO labio leporino

INTERVENCION PROPUESTA

**ANTECEDENTES** 

FAMILIARES niega

PERSONALES I producit de I gesta parto cesarea niega cianosis disnea

### **EXAMEN JISICO**

decubito activo indiferentes no edema de msis pulsos palpables

abdomen blando no visceromegalia

rscsrs 120 lpm no soplos no galope

MURMULLO VESICULAR sin sobre agregado

PESO K

TA

ELECTROCARDIOGRAMA patron infantil

Rx TORAX

### **CONCEUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Sin evidencia de cardiopatia sin contra indicacion para el acto quirurgico programado



C.C. Farmaca, Local No. 5 - Av. Principal de San José, Maracay - Edo. Aragua. (Frente al I.V.S.S Carabaño Tosta) Telf.: 0243)- 235.66.80 - Cel.: (0414) - 345.10.59 N° Orden:

117161

## RESULTADO DE EXAMENES

Nombre del Paciente:	Cédula:	Edad:	Sexo:	Fecha:
DANIEL AVILA	T-15.038.832	3 Meses	MASCULINO	24/03/2011
Orden del Médico/Destinatario:	Fecha Toma Mx:	Hora Toma My	: Nº Habitación:	Hora:
	24/03/2011	12:23 Pm.		3:51 Pm.

NOMBRE DEL EXAMEN RESULTADOS UNIDAD REFERENCIA

--- SEROLOGIA ---

HIV 1/HIV 2

NO REACTIVO

Método Utilizado: Inmunoensayo Cromatografico

Bioanalista:

Bioanalista:

Bioanalista:

Observaciones:

Lcda. Neyla Kariya Reaño
03-0805-10387

Dioanalista:

Bioanalista:

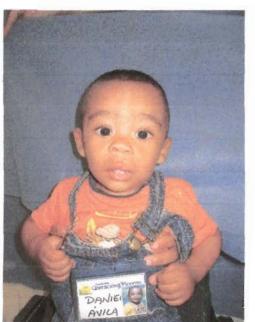
Caboratorio Clinico

Reaño Moreno ca
10990-030875

Caboratorio Clinico

Reaño Moreno ca
10990-030875





Daniel Avila Nº 35

(4017) 12CG05



SECUENCIA DE TRATAMIENTO	
*11-01-11 Leolusian	Just frestorla
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

## EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HISTORIA DE ANESTESIA astia Potundo ME PRE-AMESTE SIGO RESUMEN ENDIVER: POTATEO: MENTO heducein mist marian; Devoflurano IV: Fontanil ab pre ILAT PAMITI Vent lacin contista ET602 0 PE 1001 VALDATS PAT-ANTSgara a wayou sai ai despients, vertilando espois oute THE PARTY A adour

NOMBRE DEL PACETE:

RECUPERACIÓN	••		# de	Historia.	
PROCEDIMIENTO L'abio Paladar Fistula Hemangio			CABCIA Sitlo	01/0 y Fecha.	<del>4</del> /11
ANESTESIA: General Local Otra:			DAVIO	2 Av	4
ALERGIAS:				y apellido	<b>S</b> .
Nombre del Cirujano. Nombre del Anestesiólos				dad:	-
Nombre del Cirujano. Nombre del Anestesiolog	go.				
The state of the s					
RESPIRATORIO NORMAL Disnea Estridor Roncus	ITEMS	INGRESO	1 CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
LA CIRUGIA NORMAL Singrado Sangrado Dehiscencia Iento Activo	Hora	10.30	1848	1190	
HIDRATACIÓN:  IVF GLES/Mgotas:	Temperatura		ĺ		
MEDICAMENTOS:	F.C	1924	1624	106x	ţ
Cataflan: Supo:Mg Suspensióngi	T,A		,		
Keloprofeno: IV		0 - 1		- I	
Doricum: IV	F.R	29x"	26x	228	
Nubain: IV	Sat 02	91).	872	100%	
ESCALA DEL DOLOR:					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Otros  Medicamentos: 200 ucy	DUBTIO	10:5	50)		
				:	
( ) Obsarvaciones:					•
(C) Observaciones:					
		A			
		/ /			

CIMAN DE EGRESO Y NOMBRE LEGIBLE.



## **AUTORIZACION ANESTESIA**

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

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Representante Legal:

CIV: 22. 259 938

# CUESTIONARIO PAP EVALUACION PREANESTESIC

**MENORES DE 12 AÑOS** Nombre: No Historia: Fecha: Hora: Cirulano: Cirugla Propuesta: Edad: 3 m Peso: Talla:62 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? **—** Ha tomado alguna vez dipirona? EX. 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? reg x Causas 5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello? Tiene alguna dificultad para abrir la boca? Medida Tiromentoneana..... Distancia Interdentaria... ~• 6 Nacio de parto normal? Nacio de parto instrumental o cesarea? Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer? Toma Cloke NAN Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno ~ ~ Requirio intubacion y ventilacion mecanica? Quedo alguna secuela de lo anterior? Presento Ictericia? Tratamiento 8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal? El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia? 9. Ha sido operado antes? 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? 11. Edad de la menarquia: 12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades Ulcera, Gastritis, Vomitos. Anemia, Leucemia Hemia hiatal, Reflujo Anemia drepenocitica Indigestión persistente Enfermedad tiroidea Diabetes Bronquitis, Neumonía Enfermedad Pulmonar Tto con esteroides Flema, Mucosidad Problemas de columna Artritis Asma, Bronquiolitis Problemas para caminar N Dificulted para respirar Debilidad, desmayos Enfermedad cardiaca Vártigo, Mareos Soplos cardiacos N() Palpitaciones Ceguera, sordera Convulsiones, Epilepsia Fiebre Reumatica Meningitis, Polio Problemas renales N Dolores de cabeza Trastomos nerviosos Vacunas Compo Problemas de coaquiación Otras enfermedades Hematoma o sangrado fácil uri en

no

Hepatitis, Enf. Hepatica

12. Hay alguna pregunta que desee hacer?

Cirtijano:		flo illstoria:		-01	ESICA DE ADU	LTCC
edad: Peso:	Circi	Jia F. Spiiosta:			Fo :	
						Hore:
i de cièrgico a sigún madican	nanto e limene				Telefonos:	
a his tenido recientamento tos a his torisdo Aspirina (o simila	. Stied o dates	ocivo3		-		
Fisitomado Aspirino (o simila Ha tomado alguna vez disme	or) on toy one seems	(Oanti: A	_			
Ho tomido alguna vez dipiro	ongy	<b>ජ</b> !පෙ?	[0]	[0]		
. 4.3411 01:0 12:0			<u>[5]</u>	6		
Usa gotas para los ojos e pa	ira la noriz?		1			
o puento?			1	38		
one corones en sus d'ans			回	3		
1000				(3)	ĺ	
				[0]		
	objects to a series			[60]		
STORTION HAP.				2		
Cirgiere alguna bebida algona	Characta (,	dordentarie				
		al die?	U	100		
י אינט ול (פמפעיהו) בעימו באינטי	Tuborte trans					
CILCI. 00DOCER O Anno	Said S					
sens duranto una anostosio.		tión	1	2		
13 Ha sido operado antua?	y or a operacion?		M	no		
. 6 han itado enestesia local?	,					
tertion diversance obetimes	::12		ē,			
ac han heards albung training	Liste verse de la cons			التا		
in Padra de la eltima regia.	and the right in the right		1	120	•	
ಕೆ ಇತ್ಯರ್ಥವಿಗೆ ಗುಂತರಕ್ಕೆ ಕರ್ನಡೆಗಳು	£7:					
The Italiande o seiro do algunia	Cit ustay only many		2	[1.2]		
Desire, Gastritis, Vomitori						
Fernis hicial, Rollejo		em.ca do opegulació				
hidigastion persistants	100.5	iichta o zutgrado fá	cil			
Pancial's Reumenta	2000	la, tion china		$\Box$	}	
Enfisorial End Pulmones	Anar	or commodues			ļ. 1	
		model therasa				
Chara, Menastrae	Diahe			11		
-1012, 100 <del>00</del>	/·>	on distanoldas				
Cilculted para respirar	1-1					
Lifenneded cardiaca		es hinchadas, Vario	6 3		}	
wasion amorini etto	Piculi	amina de columna		5		
ension alterial paja	Association Association	1				
History cardises	Prof.	mas dete caminar	٠. ٠	1-1		
		dno, dusmayas		; ; ;		
Seattle reometica		o, Murnes				
s costones corques	1-7	oru, 2 ordera		1-1		
<sup>ಲಿ</sup> ಬರಿಗಡರುವಗಳು				!!		
**********		duich c. Epilopaia				
Airgina, Dolor de pactica	••••	Otto, Irclio				
Probleman renzies	0.450	or le de local		17		
	Gious	<b>⊇</b> n∵.		;		
repatitis, Ent. Hopatica	Vezu	าดร				
Trustacces nerviosas	:	Series and a series				
2 Esta intervención sera carice	AT CHI DE LINE			l)		
pionsa Ud. podir un raempet	10.) 	(c. 0		_		
They alguna pregunta governo				no		
. = . = . , , , . , , , , , , , , , , ,	~ 1. 110CC 7		131	[53]	}	

# しからこししここ PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI Veneznela NOMBRE DEL PACIENTE SEXC M EDAD 3 M PESO 5.400 DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_\_\_\_INTERVENCION PROPUESTA \_\_\_\_\_\_ MEDICO TRATANTE DAI()S POSITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMENFISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO mmHg: Fc X1. Temp FUE EXAMINADO Edo DE CONCIENCIA ASPECTO DE LA PIEL CABEZA-CUELLO: 200 COLUMNA VERTEBRAL. EVALUACION PULMONAR: ESPIROMETRIA: ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR Plog 533000 G.B. Otros. EVALUACION CARDIOVASQULAR EVOLO EVALUACION: Mallampati VIA AEREA: Apertura Orol Movilidad Cervical Close 11 Close III Clase I Close IV NO FUE EXAMINADO INDICADORES DE RIESGO

A.S.A.	. 1	11	HI	1∨	٧	E		
JOHNS HOPKINS:	1	JI	1;1	1∨	V			
VIA AEREA:	}	31	111	1∨	V			
I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado)								
TECNICA ANESTESICA SUGERIDA	Α.		OBSERVACIONES					
					··			
MEDICACION PRE-ANESTESICA			SAP					
MEDICO ANESTE SIOLOGO			(ECHA			_		