#### Operation(#)\Smile VISITA POST-OPFRATORIO. 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) □ FLU □ FLB ☐ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: Sexo: □M □F **PROCEDIMIENTO** COMPLICACIONES Fisura Labial Dehiscencia □ Infección ☐ Carece de integridad muscular era cirugía Complicaciónes ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) ☐ 2<sup>da</sup> cirugia Muesse oral ☐ Otro: ☐ Fisura Palatina □ No Dibuja localizacion de fistula: ☐ Dehiscencia Localizacion de Fístula: Complicaciónes □ 1<sup>era</sup> cirugía ☐ No Fístula □ 2<sup>ds</sup> cirugia ☐ Pre-Alveolar ☐ Infección ☐ Post-Alveolar ☐ Union de paladar primario & secundario ☐ Otro: ☐ Paladar Duro ☐ Paladar Blando ☐ Union de paladar duro con paladar blando ☐ Tamaño de Fistula ☐ 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

□ ORL

### Información Post-Operatoria T. Lenguaje

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

☐ Posibilidad de cirugía

☐ Ortodoncia

□ SI □ NO

DISPOSICÍON

Si es SI, cuántas sesiones por mes?

### Información Odontológica

□ Dental

☐ Genética

Recibió una placa obturadora?	□ SI	□NO
Si es SI, con que frecuencia	uso el ob	oturador?

☐ Obturador

☐ Psicología

☐ Pediatría

☐ Otro:

paciente	ha tenido	problemas	con el	obturador?	□SI□NO
12 29 i2	cual prob	lema ·			

# Operacion **Som Pisca**



### **NOTA OPERATORIA**

		C Fe	p. Sonrisa Noiudad:_ Coepue echa: 1 - 4 2011 .
ALUAR APELLIDOS	11-10	NOMBRES	
NESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION
PERACION.	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	CIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCH	EA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRA	ANIED F. C.R QUEMADURA
	140000	NZA OZ DO TERMA CIRUJANO:	SPLEO,
COMPLICAC	TONEC - MINICIPA	OPETRUCCION	UEDOTENOVO
OTRA:	HEMORRA	OBSTRUCCION VIA AEREA AGIA	HIPOTENSION MUERTE
,			
NOTA:	ENCIERRE EN UN CIRCU RUBICACION DE LA DEI		OLOÇUE D - I - 8 Para



C.I:



## **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 Xixerli Alvarado.
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 Xixeli Alvarado.
Sobre la base de este conocimiento, AUTORIZAMOS a realizar el tratamiento médico y/o quirúrgico y, en caso necesario provenga a realizar cualquier otra práctica médica que ameritara el paciente, asumiendo así mismo los costos derivados de las eventuales complicaciones que se pudieran presentar, entendidas por quienes consentimos bajo firma la presente AUTORIZACIÓN.
Caracas, a los días del mes de del año
PACIENTE: Xixeli Alvarado TESTIGO: foli volis FIRMA: foli volis

C.I

## **EVALUACIONES**

. Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: Alugrado Velíz. #Operación Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do: Yixel Andreina Ciudas: Ciud
redia.
# OSH: # Expediente local:
Acompañado por Yeli Marro, Ueliºz Salazar Relacion con el Paciente: Madre.
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE:
Dirección: Calle Piedro camezo, Barrio Orope, casa #49 San Mateo.
Municipio Boliver edo- Grapua.
Ciudad: San Mateo Departamento:
Pais Yenezuela.
Telefono: 0244 - 9716551 Celular 0416-3131157 04162452969
Localizacion del Telephone:
Distancia recorrida:kms / horas (encierre en un circulo)
☐ A pie ☐ En burro/caballo 28 Bus ☐ Taxi ☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: ☐ Mascutino ☑ Fernenino Examinado previamente: ☐ OSH ☐ Otro
Escribir el mos en letras fej:mes: Junio esta: 10 año: 2002) Operado pre viamente? ☐ OSH ☐ Otro
Fecha de Nacimiento: Mes: D Dia: 3 Alto: 2009 Si OSH, Expediente # año
Edad: Tipo de Cirug a:
Numero de Harmanasi Vanna 02 Maria
Numero de Hermanos: Vivos: 03 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:   ☐ Ninguna ☐ Polio ☐ DPT ☐ MMR ☐ Otro:
Alergias: 🔲 NKA 🔲 Otro:
Embarazada? 🗆 No ' 🗀 Actualmente 🗀 Perdio el bebé, Explique:
Infeccion:   Ninguna C Infeccion Respiratoria Superior C Her etitis C Malaria C TB C Otro:
CNS:     Negativo   Convulsiones   Otro:
Lungs:   Negativo  Otro
Corazón:   ☐ Negativo ☐ Hipertension ☐ Soplo ☐ Otro:
LABORATORIO: Hernatocritos: %Otros Examenes:
Hemoglobina: g/dL

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



Apellido 1ero y 2do:	4/1/0		# Onegoing So	nrisa:
Nombre 1ero y 2do:	fixeu			
DIAGNOSTICOS DE L	ARIOS:			
	<del>7.000.</del>			
O I Cabio normal				
Incompleto is	Complete	C) 6 Blat, tzq completo, Der incompleto	Anomy	(dibu
0 3 Der Umbal	D 5 Der Unibe Filis	D 7 Blant Der	NO DE	CERT Unidates Stat. reparas
The same of the sa	Completo	Complete, Izq	Comp	deto (12 Bilater
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta misic	REPARACION DE LABI m)	O (Circule ur	nicamente el pr	rocedimiento que se
□ Ninguno □ Labio Unitar	teral 🛛 Labio Bilateral 🔘	Revision de Cica	itriz 🛘 O ra nepan	acion de labio
Notas de Evaluacion:				
DIAGNOSTICOS DE PA	ALADAR:			
U 13 Patadar normal U 14 trg Unital				
Alveolar Incompleto	O 18 Der Uniter Competto con Fisura Alveolar		22 Subri sucoso	O 26 Der Unikatera Completo Dure y Sunve
D 15 Izq United Completo con Fisura Alveolar	19 Der Completo teq Incompleto		() 23 Stave	1 27 Blat Complete Ours y Surve
Der Incompleto	O 20 Black Incompleto	$\Theta$	CI 24 Printerior duro y sueve	☐ 26 Oro Paladar (dòuje)
D 17 Der Undut Avsolur Incomplete	21 Base Completo	W.	25 tzq U sitatoral Ciempleto dura y suerve	
1 29 Paladar Unitat Repurado	O 30 Paladar Bitat Reparado	() 31 km	zuficiencia: Velotaringea	reparado
PROCEDIMIENTO DE I se realizara en esta mi	REPARACION DE PALA sion	NDAR:Circule	unicamente e	l procedimiento que
Divinguno DiRevision de palad	lar DOrticochea DColgajo Fari	ngeo 🛘 Colgajo d	le Vomer DOtra rep	aracion paladar
Notas de Evaluacion:				
Havi Queilor	Marka Jaice	2	•	

## 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:	L
Ė	D 32 lzq reasal labinal Labbal	O 38 tzq y Dor Alve solar
	D 33 trq Alveolar  Alveolar	O 39 izq y der Alveolar y am lurior  Ouro y Suav
(	Discretion (2) 37 Der Alveolar y anterior	O 40 leg y Dor Alveolar, as terior y inedio
	(dibuje)	
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marq se realizará en esta misión)	ue unicamente el procedimiento que
:	Dhianna	aración de fisti la
	Notas de Evaluacion:	a 2001) 00 153 kg
`		eficiencia de Criumetta
		esviacion Sept il
	© 47 Deformacion nassal bilateira!	4na Mariz (dibuji :)
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque realizará en esta misión	unicamente el procedimiento que se
		aración de Disviscion Septal
		plastia (huez o y cartilago)
	OReparadón bilateral de nariz	reparación (le narix
	Ulnjecto de Cartilago	
	Notas de Evaluación:	

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



Apellido 1ero y 2do:		# Operacion Sonrisa:
Nombre 1ero y 2do:		Ciudad:
		Fecha:
OTROS DIAGNOSTICOS:		
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:	
☐ Deformidad Craneofacial	Explicacion:	
☐ Hemangioma	Localizacion:	
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/luster		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia	Localizacion:	
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro lipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro: Ex		
PROCEDIMIENTO PARA ES	TA MISION:	
☐ Ninguno		
☐ Liberacion de Contractura + In	njerto de piel de espesor completo	
☐ Liberacion de Contractura + In		
☐ Liberacion de Contractura con		•
☐ Craneofacial	·	
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	e/ lunar	
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
□ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor total		
☐ Injerto de piel de espesor parc	ial	
☐ Excision de Cicatriz con zetop	lastia	
☐ Injeccion de cicatriz		
Otro:		
Notas de Evaluacion:		

## EVALUACION DENTAL



Apellidos: A Navado Veriz	# Operacion Sonrisa:
Nombres: \\i\xe\\\\\	Ciudad:
Edad: Broom Representante: Yelimaria Veliz	Fecha:
Representante: Jelimaria Velie	
EVALUACION:	
Dientes ausentes: Di	entes cariados:
Diente de la brecha (cáracterísticas):	
Deleter 1 1 Control 1	
Labios: Hh Biblers	
Alvéolo: 51 en la beccha	
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☑ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	☐ A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria	☐ Profilaxis y prevención
Referdo a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE	LOS MAXILARES:
6 mez	20.
Fecha inicio del tratamiento: Desde el nacimiento	Otra fecha :
Tipo de aparato:	
54.	
El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación	
El tratamiento de OFM se realiza por otra Institución	leay.
☐ Tratamiento regular ☐ Tratamiento no regular	
Comentario final: Se recomonda Gruga	
V	
Nombre y Firma del odontólogo:	





### HISTORIA PEDIATRICA

### ANTECEDENTES PRENATALES:

Embarazo controlado: SINO, GestaW_Embarazo deseado: SINO' Vitaminas: SINORadiaciones: SINOW, Contactos con pesticidas: SI
NO X cuando? Uso de drogas : SI NO X anticonvulsionante X
anticonceptivos? se Otros:, Cuando:, Tabacos: SINOX_
Cuando:
Stress durante el embarazo: SI NOx Cuando:
ANTECEDENTES PERSONALES:
Operaciones anteriores: SINOxCuantas:, B én toleradas: SINO
EXAMENES DE LABORATORIO:
Hb: 10.01 Hcto: 32.1. Leucocitos: 14.60. Segm: 19/ Linf: 81. Pt 28/18 Ptt 28/18.2.  Plaquetas: 320 00 Tipiaje: A(+) VDRL: (-) HIV: (-) Exade Orina:  Exa.de Heces  Otros: 6. Carais rase. normal =  RX DE TORAX: Reforzamiento Paralitiar. Oficemia. 86. Urea 31. Creat 0.4
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:
DIAGNÓSTICO: Sol gripal Hend Salvio Bilateral y Palador Disservisia del Que po Callosol Pierre de la Fontant -
PEDIATRA: Cetirizina, Sol. fisiologica, Matiril, Fenoce-B12.
busy
Firma de Pediatra C.I. 7.281.523 M.S.D.S. 39.776

Fundación Operación Sonrisa Venezuela Avenida Sun Juan Bosco, Edificio Excelsior, piso 5, apartamento 55. Altaniri: Caracas - Venezuela Telefax: (582/2) 257 0255. Email: operaciónsonrisa@canty net

HABLA Diagnostico: Labio heudido: \_\_unilateral \_\_bilateral \_\_completo incompleto operado \_\_no operado Paladar hendido: \_\_duro y blando \_\_ duro \_\_blando \_\_completo \_\_incompleto \_\_operado \_\_no operado Sección I: (Llenar solo una de las dos secciones) Labio Hendido pre-locutivo, con riesgo de presentar retardo en la adquisición del lenguaje. Paladar Hendido pre-locutivo, con riesgo de presentar retardo en la adquisición del lenguaje. Sección 2: Patrones de articulación: Dentro de los límites de lo esperado para su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo. Procesos fonológicos (no esperados para su edad o estimado / reportado nivel de desarrollo.) Emisión Nasai en fonemas de alta presión oral. \_\_ Articulaciones compensatorias: \_\_ Oclusivo: glótico: \_\_\_\_\_; faríngeo: \_\_\_\_\_\_; Otros: Palabras aisladas . Fricativa: Nasal: \_\_\_\_\_\_; faringea: \_\_\_\_\_\_ Habilidad para mejorar el habla al repetir: \_\_\_\_ buena \_\_\_\_ regular \_\_\_\_ pobre \_\_\_ buena \_\_\_\_ pobre Inteligibilidad del habla: Resonancia Oral / Nasal: \_\_\_ Hipernasalidad \_\_\_ Nasalidad combinada \_\_\_ Hiponasalidad otras: \_\_\_\_\_ Destrezas Oral-Motoras: Dentro limites normales Dificultad: Leve \_\_ moderada a severa \_\_ severa Alimentación: Regurgitación Nasal: / ninguna problemas con sólidos problemas con sólidos y líquidos problemas con líquidos solamente 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: \_\_\_\_\_\_no aceptable \_\_\_\_\_\_no aceptable hermanos. Interacción con sus compañeros: adecuada inadecuada Rendimiento Escolar: \_\_\_ atento(a) \_\_\_ Desatento \_\_\_ Inquieto \_\_\_ nivel educativo adecuado \_\_\_ Bajo rendimiento Apoyo de Terapia del Lenguaje: \_\_sí \_\_no. Referencia: \_\_sí \_\_no \_\_\_ N/R Trabaja: \_\_\_\_si \_\_\_no \_\_\_M/E
Ayuda Familiar: \_\_\_\_adecuada Potencial estimado para mejorar el habla así como otras destrezas relevantes: \_\_ bueno \_\_regular \_\_ pobi

Caqua: 12/03/11.



10RNADA: Cagua 112/03/11 I.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Lugar y Fecha de Nacimiento: Victoria Edad: Olano Ombexo: Escolaridad: Plantel: Ubicación: El paciente vive con: Observacion: En caso que el paciente no estudie, indicar razón: El paciente trabaja: II.- DATOS DEL REPRESENTANTE: Nombre Completo: 40 Grado de Instrucción: Profesión u Oficio: Teléfonos: Observaciones (Integración Familiar): **III.- ANTECEDENTES:** Embarazo: DO1 Desarrollo Psicomotor: Lenguaje:\_\_ Alguna vez ha convulsionado: Toma algún medicamento:

Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:

FICHA PSICOPEDAGOGICA

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, YELL VELL /Antoni O Llugistovenezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 16.013.989, y
14. 240.094, respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo YIXeli Alvarado, de
Lacio 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: 12-03-2011.
Firmas 4 194 8

Firmas.









1	SECUENCIA DE TRATAMIENTO
1 /Abr / 2011	Jeante a une semple problemo. Once from acetus, Danfor

### EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HISTORIA DE ANESTI	ESIA YIXELIACUARADE
79 BOLERON VICES	
DECECON PROPUESAY	OPENZOIGH BENEITADA
ASA TO TO TO TO TO	Janalise Cerelies Runscefalia
SINUSPIO	ANESTERIOLOGY: DEPOS AND
white Jourale	Michigan wiles follows
Lesofleenaur RESUMEN P	NE-AMEDIE BIGO
in & line: Blandary: Line. 800	321 10 1/09 320 000
10 RIS HARD OT 13(12)	013/12/2 62/4,600
Sie,	86 1 Creat 44 Grea 31
Maria Stan Africa Sta	IN THE TO
Ozet W	Ludución auss
	Siec cmo, or o
TRY WILLEY	Geroflewowe en en
Red Folia 120	cuttacing creein
2000 20 1 20 14	Feutaux 7 legs
(41) SAO no	Propofol 20 mg
PAMITICALIS	hocuronis 2 deg
Assaliacida(D)	soreftulo 40 /40
Anester-etast	moutenew
0 P \$ (00)	Os-N. D. Sevellune
	Carlain Rees
Continuoning a	Innova owfustices
	Drest & auseulle
	pulciente filmes
MAT .	YOUNER EARL
Vete 1	Ou) to (a)
CARLOT TO THE	DLN
OGAZOZNA GO	Ox form
Open ms nel	
IANGAMIENTO. NEMDETASTA	
I HE MORAMIENTO.	utracett # 22 DM Ve

## RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO Labro Paladar Fistula Hemangio	
ANESTESIA: General Local Otra:	
ALERGIAS:	5
DR. H. GONZARVI STRA BITUSOS	4
Nombre del Cirujano Nombre del Anestesiólog	0.

Sitio y Fecha.
Yixor Acusiasis
Nombre y apellidos.
LA BM Edad:

# de Historia.

Control of the Contro	
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus	] [
SITIO DE LA CIRIGIA: NORMAL Singrado Sangrado Dehiscencia	
lento Activo	
HIDRATACIÓN:	
IVFGtas/Mgotas:	1
MEDICAMENTOS.	
Catallan: SupoMg Suspensióngr	
Ketoprofeno: IV	-
Doricum: IV	
Nubain: IV	
ESCALA DEL DOLOR:	-
1 2 3 5 6 7 8 9 10	

ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	63	6.55		
Temperatura		,		
F.C				
T.A				
F.R	Z/x1	26)		
Sat O2	260	1001		

Otros Medicamentos:	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Observaciones:	
	An
	Couling B3:
	FIRMA 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 artículo se emplearan exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente"
Caque 1 de Abrilde 2011
Tisuli Alvarado
Paciente:
CIV:
Representante Legal: VII

CIV: 16.013.989

CUESTIONARIO PAF EVALUACION PREANESTESIC DE NIÑOS

MENORES D	E 12 AÑOS		
Nombre: Yive i Alkarda.	No Historia:	1.	Fecha: 12.03.20 Hora:
I A COUNTY	Propuesta:	1100	1205.201
Edad: 10 m Peso: 12 Talla: 13.5	I.M.C.	meng	Telefonos:0244. 97/-655/
Representante:	1.111.01		10.0.00.0211.711.0001.
		/	
Es alérgico a algún medicamento, alimento o al poly     Ha tenido conjunto medicamento, alimento o al poly			- Namo o te l'atris
Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de gargei     Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 día			20 days
Ha tomado alguna vez dipirona?			miscuzi Control To
Toma algún otro medicamento?	Ī		a tolomba touto your
Usa gotas para los ojos o para la nariz?	i	55	6 100 70 1/120
Usa lentes de contacto?	³ .		PAN Z TO / AN 45 BUYS.
4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries?	Ì		all almaen
Cuantos dientes tiene?			(By per )
5. Tiene alguna dificultad para mover el cuello?		<b>•</b>	018
Tiene alguna dificulted para abrir la boca?		<b>.</b> □	Microcepan
Medida Tiromentoneana Distancia Inte	erdentaria		Data Da pricognister.
6. Nacio de parto normal?			O Stable Country ?
Nacio de parto instrumental o ceserea?		<b>a</b> 70	(Paralish Cerebre !).
Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer?			1 / D. a ho y
7. Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno?	`		- Ha sugues gry
Requirio intubacion y vantilacion mecanica?			Isolare a sombio
Quedo alguna secuela de lo anterior?			Trugit fre reg
Presento Ictericia? Tratamiento			hopotelizada.
8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal?			QD ( )
El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado	o estudia?	<b>□</b> ~	Ina acetumino
9. Ha sido operado antes?		• ~	h Links
Le han dado anestesia local?			pare to the
Le han dado anestesia general?		u   100	Information (LPNC (?)
Le han hecho alguna transfusión sanguínea?			- Height a
10. Ha tenido o algún pariente suyo alguna complicad	ción		Use Vitamin
sena durante una anestesia o una operación?		•	He sido Vacunciole
11, Edad de la menarquis:	dos		- PAR COM
12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedad			- Se le marco 12
	ia, Leucemia	닏	one son he reclized.
	ia drepenocitics	-	211/10/10/10
mangeoneri perenetana	medad tiroidea	<u> </u>	12/04/11
Bronquitis, Neumonía Diabe		=	to all to sal
	on esteroides	<u> </u>	to ausculta frencho
	emas de columna	<u> </u>	Sueson Chimidas e.
Asma, Bronquiolitis Artriti			AC P
	emas para camina	` <u> </u>	ACT, game of
	idad, desmayos	<u> </u>	mustea M
	go, Mareos		18 the contract of
	iera, sordera		Dr. Adolfo Oction
	rulsiones, Epilepsis	• _	CL 5.303.507
	ngitis, Polio	Ļ	D 2 1772 545.35044 C.M.
Trastomos nerviosos Dolor	res de cabeza	Ļ	messesie -
Problemas de coagulación Uacu	ines		Busselle
Hematoma o sangrado fácil Otras	s enfermedades		1 (g/paseen
Hepatitis, Enf. Hepatica			
12. Hay alguna pregunta que desee hacer?		si n	의

-cmbro:		Ho Historic:	Fo:	Horu:	
Cingano:		Cirugla Prophasta:			
ēdad: Pes	30: Ta	iin: i.W.C.	Telefonos:		
: de elérgico a sigúr	n modicemento a lu	mente a el uclus?	<u></u>		
. Ha tenida reciunto		•			į
ii ha tomado Aspinin					į
Ho tomedo alguna		. diminor rockset			
Toma algán otto r					į
•	s ojos o para la na	riz?			}
Usa lenius de cor	ntacto?		(i) (ii)		1
a il ene plancha o p	ouento?				1
one ceranas en	sus dientus fronta	lus?			1
	os, ಜಕ್ಷಣಿಕಿತರಿಕ ೮ ೧೮೧		E 60		
	culted pars mover (				į
Tiene siguna dili	cultad para obnir la		1: 10		1
nemoniT spipeli:		Distancia Interdentano			į
-		Suib la sov anu ob an			•
Fuma o lo hizo a	ilgune voc en su vi	Ja7			ì
Cuanto tuma (fu	maba) y por coont	c tiernge?			\ :
	вропе о вјегајаје?				
ับ = น้ำลกเสด <b>ว ผู้ก</b>	in parients sayo al	lguna comptionción			t 11
sena duranto u	กล อักเซียเสริง อ บักษ	i oparación?			
13 Ha sido operad	do antus?				!
	กอร์เซอเซ Iccail?				
e obstination	постана выпетата				•
, e nan hacho	<b>ชเงนก</b> ล และโปรเจก	sengulais?			
e. Pistin de la c					;
	eda edicel nomeli		ا اسا		
י אים רגלהבט פי	suiro do algunio Co	ostas enternocativa			i
	itis, Vomitor - [	Problemita do opequ	utación 🔲		
r-arnis hicial		TOTAL O ENGINEERS OF METOR	oso tácil		1
		elists and judged to this			
eutogastični p		Manual continuous	163		
Programme A		Endompided theres	,		
i-Asama E	nt Pulmoner	٠ ـ ـ	77		;
Promise then	psidad	Diahotos	[-7]		}
-iniz, sede	N	Tto con deteroides	· <u>     </u>		į
	ara respirar	Plaraus hinchoda	s, Varices		}
	d cardiaca	Problemes de col	umae 🔲		
Tensión ac		Atrias			
	teriai paja	Profilences dura C	carninar		1
		O Shine desire	cycis 🔲		:
9735UN CA		Venigo, Mornes			
1,0016 (60		Capitora, Ende	ra []		į
Soptos ca		Convolutioners, E	Epilopoia 🔲		
ಶಿಕ್ಷ-ನೀಡಾಗಿರ	ane 5	t i			,
್ ಕ್ಷೀಯ್ರಾತಿ	รอง	Meningitis, Inch			:
a igina, t	Dalar de pedica	Ontonia le nui.	ro		١
-	ar, renales	Gladonic	Hi	•	!
	t, Ent. Hopolica	[]] Vestime		:	
	cs nemideds	Ottos emericas	races [_]		
		contacts bot aldno secure o			
enensa. Til energ	ud, pudir un raem	501.07		•	
,			21 100		

٠,

# Sonrisa

### EVALUACION PRE-ANESTESI

PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI

Veneznela	
NOMBRE DEL PACIENTE	1. Allorado
SEXC F EDAD a 7 M PESO 520	TALLA
	TERVENCION PROPUESTA Due la plantica
MEDICO IRAIANTE	
DAICIS POSITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMENTISICO	example Numby Lotandad.
DATOS POSITIVOS	DEL EXAMEN FISICO
Ic mmHg: fr	FC X''
ASPECTO DE LA PIEL 87	Edo. DE CONCIENCIA ELEVE.
CABEZA-CUELLO: NO: Optione oren - 1	
COLUMNA VERTEBRAL SLA NO se levante.	no ox mantene blet.
EVALUACION PULMONAR Chescutricia pomil.	ESPIROMETRIA.
ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR STA	New 19%
HO & O, O as lely HO 32 As Gara lel	Plog 320,000 G.B. Leuchy 6 1 PT 13/12
PT 282/28 FIDE HIV ()	VORL NA Created will Ureo 31000
Oras Tipiase A+	3,1 30
EVALUACION CARDIOVASCULAR NOCOTAL. Lohay	contraindicação Ox fecho 21/03/11
ex DE TORAX Silveta cardiorca romal con	leve infiltado
EVALUACION: Mallampati 1) 2 3 4 Distancia	Tiromentoniana Cts
VIA AEREA Apertura Oral Movilidad	!
Clase I Close II	Clase III Clase IV
	Ciole iv
	and line
	} /\tau_ \range   \lange   \la
INDICADO	RES DE RIESGO
ASA.	III IV V E
JOHNS HOPKINS:	m IV V
VIA AEREA	in IV V
I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado)	
	1111110
TECNICA ANESTESICA SUGERIDA	Le le indico labolatorio compagn
I helder c	Rutonch & Istal. C.V.
Sturie don.	the same de cre armer
MEDICACION PRE-ANESTESICA	Corpo Che respondent La dias -
Ochod	Centre de production de la Carlonal
MEDICO ANESTESIOLOGO	recyaratio ( heary was a conference
2.35049 C.	
201	12 2011