

EVALUACIONES

()

Apellido 1ero y 2do:

Nombre 1ero y 2do:

OSH:

Expediente local:

Acompañado por:

Operación Sonrisa:

Ciudad:

Fecha:

Relación con el paciente:

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Dirección:

Ciudad:

Departamento:

País:

Teléfono:

Celular:

Correo Electrónico:

Distancia recorrida:	kms	horas	(Seleccione una opción)				
A pie	En burro/caballo	Bus	Taxi	Bicicleta	Carro	Avión	Bote
Genero:	Masculino	Femenino					
Escribir el mes en letras (Ej: mes: junio, día: 20, año:2001)			Examinado previamente: OSH Otro				
Fecha de nacimiento: Mes	día	año	Operado previamente: OSH Otro				
Edad: años	meses	(Seleccione una opción)	Si OSH, Expediente # , año				
			Tipo de cirugía:				
			Complicaciones:				
Número de hermanos: Vivos:	Muertos:						
Miembros de la familia con labio o paladar hendido:	Madre	Padre	Hermano	Hermana			

HISTORIAL DEL PACIENTE:

Medicamentos que está tomando: Ninguno Anti-malaria TBC Otro:

Vacunas: Ninguna Polio DPT MMR Otra:

Alergias: NKA Otra:

Embarazada? No Actualmente Perdió el bebé, explique:

Infección: Ninguna Respiratoria Superior Hepatitis Malaria TB Otra:

CNS Negativo Convulsiones Otro:

Lungs: Negativo Otro:

Corazón: Negativo Hipertensión Soplo Otro:

LABORATORIO: Hematocritos: %	Otros exámenes:
Hemoglobina: g/dL	