VIOLIA PUST-OPERATORI Uperation (#/ Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Ciudad: Fecha: \_\_\_\_\_Nombre de Evaluador: Lugar: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Original H. Diagnostico ANTES de la cirugia: Actual H. Clínica # Apellidos y nombres del paciente: Clínica # (si aplicable) ☐ FLU ☐ FLB ☐ FLPB □ FLPU □ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: Sexo:  $\square M \square F$ Dia / PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES ☐ No ☐ Infección Complicaciónes ☐ Fisura Labial □ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular □ 1<sup>em</sup> cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) □ 2<sup>da</sup> cirugía Otro: CICATR ☐ Fisura Palatina ☐ No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: □ lera cirugía Complicaciónes □ No Fístula □ 2<sup>da</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 ☐ Posibilidad de cirugía ☐ T. Lenguaje ☐ 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 Sí, cual problema :

## VISITA POST-OPFRATORIO

○ 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! Original H. Actual H. Clínica # Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugía: Clínica # (si aplicable) **≠**FLU □ FLB □ FLPB ☐ FLPU ☐ FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: ← Sexo: DM DF Día / Mes PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES No Complicaciónes Fisura Labial ☐ Infección / ☐ Dehiscencia ☐ Carece de integridad muscular □ 1<sup>em</sup> 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: di cirugía Complicaciónes □ No Fístula 2da 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 Fístula ☐ Fístula Sintomática \_\_\_ x\_\_\_mm ☐ Injerto Piel ☐ Infección □ No ☐ 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 : \_\_

# )peración **Som misc**

NOTA:



## **NOTA OPERATORIA**

	, <u></u>	Op Ci Fe	udad:_lergue: echa:_1 - 4 - 2011	
PARZ	$\langle \cdot \rangle$	Aiker José		
APELLIDOS NOMBRES				
ANESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACION	
OPERACION:	QUEILOPLASTIA 1a	PALATOPLASTIA 18	CIERRE FISTULA PALATIVA	
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 2a	EXCERESIS DE TUMOR	
(	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	EA INJERTO CUTANEO	
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRA	NIED F. C.R QUEMADURA	
OTRO:	NUMBER	FIRMA CIRUJANO:		
	HOHDRE	TIMA CIROJANO.		
COMPLICAC	IONES: NINGUNA HEMORRA	OBSTRUCCION VIA AEREA IGIA	HIPOTENSION MUERTE	

IDENTIFICAR UBICACION DE LA DEFORMIDAD

ENCIERRE EN UN CIRCULO SU SELECION. O COLOQUE D-1-8 PAL-





## **AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA**

AUTURIZACION DE CIRUGIA
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 KAIKer José PAez.
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 Kaiker José Paez
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 10 días del mes de Olril del año 2011
PACIENTE: RAIKER JOSE PARZ TESTIGO: Husmary caceves
PACIENTE: RAIKER OSE PAEZ  FIRMA:  FIRMA:  FIRMA:  FIRMA:
C.I: C.I 20771. 292

# **EVALUACIONES**

Operación Sonrisa

Apellido 1ero y 2do: TDEZ COSETES.	# Operacion Sonrisa: #099
Nombre 1ero y 2do: KDIKET JOSE	Ciuda 1: CB9 N B
# OSH: # Expediente local:	Fecha: 12 × 03 11
Acompañado por Jusus Ty Case ses	Relacion con el Paciente: M&dre
INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE: /	
Dirección: Jerosito ingenio do (	1722 C/nº3 COSO 1238.
Ciudad: To Victoria. Depart	emento; Hobaub
Pais: V.7 LA	7
Telefono: Celular	0412 2148152
Localización del Telephone: 04/12 760975	
Localización del Telephone. O 172 400 / 73	
Distancia recorrida: 45 m tos	kms / horas (encierre en un circulo)
□ A pie □ En burro/caba¥o 💆 Bus □ Taxi	☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Avion ☐ Bote
Género: Mascutino 🛘 Fermenino	Examinado reviamente: 🗆 OSH 🗆 Otro
	Operado previamente?   OSH Otro
Escribirlel mos en lotras fej:mos: Junio día: 10 año: 2002)  Fecha de Nacimiento: Mes: OB Dia: 03 Mio: 2005	Si OSH, Expediente #, prio
Edad: 5 años / mesos (encierre en un circulo)	Tipo de Cirug a:
	Complicaciones:
Numero de Hermanos: Vivos: Muertos:	
Miembros de la familia con labio o paladar hendido; E	Madre 🗆 Fadre 🗀 Hermano 🗋 Hermana
HISTORIAL DEL PARTIE	
HISTORIAL DEL PACIENTE:	
Medicamentos que esta lomando; ☐ Ninguno ☐ Anti-malaria	
Vacunes:   Ninguna   Polio   DPT   MM	R 🗆 Otro:
Alergias:   NKA   Otro:	
	dio el bobé, Explique:
	uperior 🗆 Her etitis 🗀 Maleria 🗀 TB 🗀 Otro:
	[] Otro:
	Otros Examenes:
Hemoglobina:	g/dL ·

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



Apellido 1ero y 2do:		T T	peracion Sonris	
		Ciu		
		——   F∝	cha:	
DIAGNOSTICOS DE L	ABIOS:			
O 1 Cabio normal				
O 2 leg Undark Incompleto	6 000	6 Džat, tzg npleto, Der Incompleto	ancompleto	CI 10 Otro Lat (dRoy
O 3 Der Undat Incompleto	Completo Co	7 Băst Der mplete, Izq incomplete	O 9 Black Completo	Tepara.
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta misic	REPARACION DE LABIO (	Circule unica	imente el proc	ædimiento que se
O Ninguno O Labio Unita	teral 🔘 Labio Bilateral 🔘 Rev			on de labio
Notas de Evaluacion:	- La	risun las	20-	
DIAGNOSTICOS DE P	ALADAR:			
O 14 trg United	O 18 Der Under	( o	22 Subri iucoso F	0 26 Der Unibstera
Alveolar Incompleto	Compete con Figure Alveoler		2 323 233	Complete Dure y Source
D 15 Izq Undar Complete con Fisura Alveolar	O 19 Der Completo  Izq Incompleto		C) 23 Suarve	27 Blat Complete Dura y Sueve
Der Incompleto	O 20 Blue. Incomplete	R	CI 24 Preserving duro y surve	28 Oru Paladar (dbuje)
D 17 Der Undut Ahreolar Incomplete	Completo	GH 02	5 tzq U sitatoral Ci impleto dura ij susive	
O 29 Paladar Unitat Reperado	☐ 30 Paladar Bitat Reparado	O 31 Insula	ciancia Velotaringea re	ригадо
se realizara en esta n ONnguno ORevision de pal	REPARACION DE PALAD Tision adar DOrticochea DColgajo Faring			
Notas de Evaluacion;				

# 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:  D 32 lzq mesal  Mobine  D 35 Dor Nassal  Lubbal	D 36 tzq y Dor Abraba
D 33 trq Alrecolar Alrecolar  O 36 Der Alrecolar	Avecolar y an harior  O 39 izq y der  Avecolar y an harior  O 42 June d  Ouro y Sunv
Oberitor y anterior y anterior	O 40 kg y Der Alveolar, as terfor y i necific
(dibuje)	
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marquise realizará en esta misión)	e unicamente el procedimiento que
* ONinguno ORepar	ación de fistula
Notas de Evaluacion:	
DIAGNOSTICOS DE NARIZ:	
Cl 45 Deformacion nacal unitatoral trq	ficiencia de Ci lumelta
	sviacion Septial
☐ 47 Deformacion narsal biladeiral ☐ 50 Ov	w Nariz (đibuji:)
PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marque e realizará en esta misión	unicamente el procedimiento que se
•	ración de Disviscion Septal
	lastia (hues o y cartilago)
	eparación de nariz
Dirijocto de Carrillago	
Notas de Evaluación:	

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



Apellido 1ero y 2do:	_	# ()peracion Sonrisa:
		Citidad:
Nombre 1ero y 2do:		Fecha:
OTROS DIAGNOSTICOS:		
☐ Contractura por quemadura	Localizacion:	
☐ Deformidad Craneofacial		
☐ Hemangioma		
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/leaser		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		•
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro: E		
	njerto de piel de espesor completo Injerto de piel de espesor parcial In zetoplastia Iste/ lunar	
☐ Injeccion de cicatriz		
☐ Otro:		
Notas de Evaluacion:		

# **EVALUACION DENTAL**



Apellidos:	# Operacion Sonrisa: 079.
Nombres:	Oldddd.
Edad: 5 Representante:	
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	Dientes cariados: 61-62.
Diente de la brecha (cáracterísticas):	
Paladar:	
Labios: Secuela ALV I39	(Op. 9m acadad).
2 -	amitomostica zgewerda
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
☐ No se necesita de tratamiento	
Exodoncias:	se en consultorio 🔲 A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operatoria	•
A observed	2 . romano y provincia
☐ Referido a la consulta de OEM	
☐ Referido a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOREDIA	EUNCIONAL DE LOS MAYILADES:
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA	FUNCIONAL DE LOS MAXILARES.
Fecha inicio del tratamiento:	el nacimiento
про с	e aparalo:
☐ El tratamiento de OFM se realiza por la	
	a Institución
☐ Tratamiento regular ☐ Trat	amiento no regular
Comentario final: Luego de Saneani ento	ravitdopo je jugore Cinegia estituci
	/
	2
Nombre y Firma del odontólogo: Quacelis	ашасто.





## HISTORIA PEDIATRICA

Edad 50 P 19600

ANTECEDENTES PRENATALES:	7 1100
Embarazo controlado: SI NO Gesta Embarazo deseado Vitaminas: SI NO Radiaciones: SI NO Contactos con NO cuando? Uso de drogas : SI NO antico anticonceptivos? //OOtros: Cuando: Tabac Cuando: Stress durante ei cimbarazo: SI NO Cuando:	pesticidas: SI nvulsionante
ANTECEDENTES PERSONALES:	
Operaciones anteriores: SINO Cuantas:, B én tolerac Hubo complicaciones/especifique:, A Afecciones cardíacas:Otras patologias:	das: SINO/ Isma: <u>NO_</u> Alergias: <u>NO_</u>
EXAMENES DE LABORATORIO:	551
Hb: 11.4 Hcto: 36.5 Leucocitos: 10.9. Segm: 16.6 Linf: 13.9  Plaquetas: 49100 Tipiaje: 0(+) VDRL: (-) H.I.V: (-)  Exa.de Heces normal Otros  RX DE TORAX: Sucosa 71 Unea	Pt 12/122 Ptt 28/29.7
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA:	
DIAGNÓSTICO: Cicatriz Post op Lasio . Sa gi	pal.
INDICACIONES DEL PEDIATRA: (Le firival-1) - Navicleau -	

Firma del Pediatra

Pediatra C.L. 7281.525 M.S.D.S. 39.776

## HABLA

Diagnostico:
Labio heudido:unilateralbilateralcompletoincompletooperadono operad
_Paladar hendido:duro y blandoduroblandocompletoincompletooperadono operado
Fístula Alveolar Palatal otros:
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:
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 moderada a severa severa
Alimentación: Regurgitación Nasal:ningunaproblemas con sólidosproblemas con sólidosproblemas con líquidos solamenteproblemas 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: Inquieto Inquieto
Rendimiento Escolar:atento(a)



## FICHA PSICOPEDAGOGICA

## JORNADA:

. Nombre completo: Kaiker Fose, Palez Caseres.
• Lugar y Fecha de Nacimiento: for Victoria, 03-08-2005.
• Edad: 5 Sexo: Masculino Escolaridad: Preescolor III WINEL.
· Plantel: <u>UE Socorro Hosta de Sondo Bicación: Sasaneta.</u>
· El paciente vive con: Hadre, Hadre y 2 hermana menurel.
Observacion:
En caso que el paciente no estudie, indicar razón:
El paciente trabaja:
II DATOS DEL REPRESENTANTE:
· Nombre Completo: Lusmany Carolina Caseres
10101202
• Nexo: Madre Edad: 23 C.I. 20.441.192
Grado de Instrucción: 6 9 87000      Anoma Company Compan
<ul> <li>Profesión u Oficio: Del nogor.</li> <li>Domicilio: Corosito Frogenio fa Cruz 9N-3 Caro N-38</li> </ul>
• Teléfonos: 0414-274-81525 0417-7609750
Observaciones (Integración Familiar): <u>Jorzegnado</u> , <u>aceptación hacia</u>
el faciente.
III ANTECEDENTES:
· Embarazo: 36 semaua, se controló desde la 4 mesej.
· Parto: Normal le subio la recesión después del garto
· Desarrollo Psicomotor: Il metes comento a caeli nor soto
· Lenguaje: Dificultad con la "R". Se le entrende
Alguna vez ha convulsionado:      No -
Toma algún medicamento:      NO.
Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra:

# **AUTORIZACIÓN**

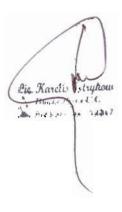
Nosotros, Jusubry Coseres, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 2077/292 y
5 , respectivamente, actuando en éste acto en nuestros caracteres de
Representantes Legales de nuestro menor hijo Moiner Bez, de
años de edad, por medio del presente documento 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:
Firmas. Jusmary caceres

## PAEZ KAIKER JOSE

## SEGMENTADOS: 76% LINFOCITOS: 22% EOSINOFILOS: 2%

### RESULTADOS

FECHA: 23/03/2011 HORA:08:04 Nro. PROC.: 4180 Mro. SEC.: 7 Alarm. PLT: LEU : 10.9 H 103/mm3 ( 5.0 - 10.0 ) VCM : 77 B um3 ( 80 - 97) ERI: 4.72 104/mm3 (3.80 - 5.80) HCM : 24.2 B pg < 25.9 - 33.5 > HB : 11.4 B a/dl (11.5 - 16.5) CCMH: 31.3 q/dl ( 30.0 - 33.0 ) HTC : 36.5 B % ( 39.0 - 50.0 ) IDE : 16.1 H % ( 10.0 - 15.0 / PLT: 497 H 103/mm3 ( 150 - 390 ) VPM: 9.2 um ( 6.5 - 11.0 ) .460 % (.100 - .500) FTC 2 IDF : 12.8 % ( 10.0 - 18.0 ) Alarm, LEU: G1 G2 DIFF : (17.0 - 48.0 ) #LIN: 1.5 10<sup>-10</sup>/mm<sup>-10</sup> (1.2 - 3.2 ) (4.0 - 10.0 ) #MDN: 1.0 H 10<sup>-10</sup>/mm<sup>-10</sup> (0.3 - 0.8 ) (43.0 - 76.0 ) #GRA: 8.4 H 10<sup>-10</sup>/mm<sup>-10</sup> (1.2 - 6.8 ) %LIN: 13.9 B % %MON: 9.5 % %GRA: 76.6 H % LEU ERT F1. T 500 400 100 200





LABORATORIO CLIN' O GENOLAB, C. A
Centro Médico Cagua, calle Pichiricina
Cagua Edo. Aragua
Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax: Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
4294	PAEZ KAIKER JOSE	5 Años		23/03/2011	11:40:21 a.m.
	Remitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Reportado: FERRER DIANA Secuencia: 0			

Referido por: OPERACION SONRISA

**VALOR DE REFERENCIA** 

TIPIAJE:

GRUPO SANGUÍNEO:

"o"

FACTOR Rh:

POSITIVO

Mc. Kareli Cstrykow Smanet Calle 2 123.7

Realizado: 23/03/2011 11:49 a.m. Lic. María Elena Subero 03-601-7916 \_\_\_

## LABORATORIO CLINICO GENOLAB C.A CENTRO MEDICO CAGUA

NOMBRE PACIENTE: PAEZ KAIKER

DOCTOR:

ID: 4180

COD DOCTOR:

DIRECCION:

CREATININA

EDAD: SEXO: CUARTO:

ID MUESTRA: 4180 FLUIDO: SUERO POSICION MUESTRA: 4 GRADILLA 2 PRIORIDAD: RUTINA

PRUEBA RESULTADO Rango Refer. Normal LO 71. mg/dL LO 11.8 mg/dL LO .4 mg/dL 74. - 106. 15.0 - 42.9 .7 - 1.5 GLUCOSA UREA

FECHA INICIO TEST: Mar 23 11 08:20:17

## LABORATORIO CLINICO GENOL'7, C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua

Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
4190	PAEZ KAIKER JOSE	5 Años		23/03/2011	07:11
	Remitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Repor	tado: Rusalkis	Flores Silva Secuencia	0

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

TIEMPO CONTROL: 12,0 seg. TIEMPO PACIENTE: 12,2 seg.

RELACION P/C: 1,02 (0,8 - 1,2)

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)

TIEMPO CONTROL: 28,0 seg. TIEMPO PACIENTE: 29,7 seg.

(+/-6)DIFERENCIA P-C; 1,70 seg.



## LABORATORIO CLINICO GENOL' , C. A

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

Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
4180	PAEZ KAIKER JOSE	5 Años		23/03/2011	07:11
	Remitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Repor	ado: Rusalkis	Flores Silva Secuencia	: 0

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

V.D.R.L:

NO REACTIVO

HIV (PRUEBA RAPIDA):

NO REACTIVO

Biographic Cstrykous Biographic C.C. RN 53-152 12317

## LABORATORIO CLINICO GENOL ', C. A

Centro Médico Caqua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua

Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
4180	PAEZ KAIKER JOSE	5 Años		23/03/2011	07:11
Ren	nitido: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Repor	lado: Rusalkis	Flores Silva Secuencia	0

X Ç X €

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

EXAMEN DE ORINA COMPLETO

EXAMEN FISICO ASPECTO: COLOR: DEPOSITO:

OLOR:

Lig. Turbio Amarillo Escaso Suigeneris

DENSIDAD: pH: CANTIDAD:

1010 Acida

EXAMEN BIOQUIMICO

PROTEINAS: Negativo GLUCOSA: Negativo CUERP. CETONICOS: Negativo BILIRRUBINA: Negativo UROBILINOGENO; HEMOGLOBINA: NITRITOS:

Normal Negativo Negativo

EXAMEN MICROSCOPICO

LEUCOCITOS: 2-3 CEL, EPITELIALES PLANAS; ESCASAS FILAMENTOS DE MUCINA: Ausente HEMATIES: 0 X C BACTERIAS: Moderadas X C

Kartis Cstrykow RNC - . 52 12317

## LABORATORIO CLINICO GENOL ', C. A

Centro Médico Cagua, calle Pichincha Cagua Edo. Aragua

Teléfonos: (0244) 3963617 - Fax:

Email:

No.	PACIENTE	EDAD	C.I.	FECHA	HORA
4180	PAEZ KAIKER JOSE	5 Años		23/03/2011	07:11
Rem	fildo: 2 CMC PARTICULARES Ambulatorio	Repor	lado: Rusalkis	Flores Silva Sequencia	: 0

Referido por:

VALOR DE REFERENCIA

EXAMEN DE HECES

EXAMEN MACROSCOPICO:

ASPECTO: CONSISTENCIA: MOCO: OLOR: Heterogeneo Pastosa Ausente Fétida COLOR: REACCION: SANGRE: Marrón Alcalina Ausente

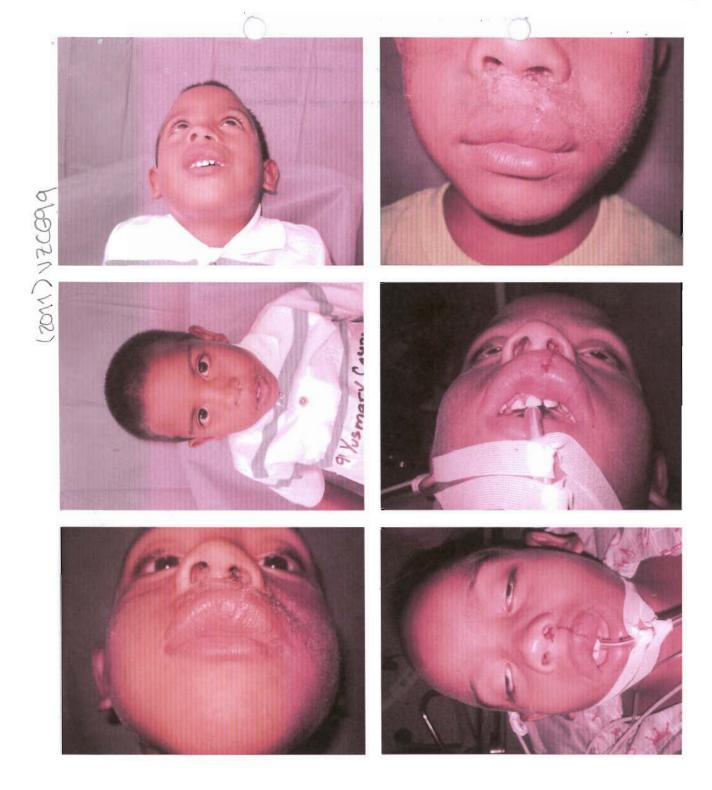
EXAMEN MICROSCOPICO: En la muestra analizada no se observaron formas parasitarias

LEUCOCITOS: Ausentes HEMATIES: Ausentes BLASTOSPORAS: Ausentes

METODOS UTILIZADOS:

Directo (SOLUCION SALINA Y LUGOL)

Lie Karelis C. Yryhou P. G. Ringardisco U.C. RN 63-152 12317





SECUENCIA DE TR	ATAMIENTO		
2000-000			
20.000.00			

## **EN CASO DE CIRUGIA:**

- SUTURA REOUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)



SECUENCIA DE 1	TRATAMIENTO			
			· · · · ·	
		 	·	

## EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

• SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

HISTORIA DE ANESTESIA Karte	A. PRI
10 10 11 1 1 10 m de Jelso brates de Jelso bra	
ASA TO BE BENEATHED.	
TOTATO Voga & Die Oule Mind Herrisolost Roche	x 5
RESUMEN PRE-AMESTE SIGO	
	STADA:
-out 30 30 8 20	y VMIENTO
	t 1
	she Ce tone e
	who le love
	() countre o.T,
	C) Concessor /
	1,7.3
TAIL	conteligen de des
PAMIŞI CA-	nutiuse 12 776
	Lano
Respirecida(D)	Freeling Long
Or(100)	2-2-74
\ <del>\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\</del>	15.0 4
1100 110 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	
1/4	
on ship and the same of the sa	CONTINUE DE L'AMBRETALE
M	
	Maleline 703
	Discoulem one
	o Califlan 14
	an a sile
	Office -
	ortulas as and
IANGAMIENTO. VENCLIBIE:	Spira asoll alulas al area au renference

# RECUPERACIÓN

RECUPERACIÓN			N de	Historia.	-/-
ANESTESIA: General Local Otra:  ALERGIAS:  Nombre del Cirujano.  Paladar Fistula Hemangio Ligadura  Local Otra:  Nombre del Cirujano.  Nombre del Anestesiologi	Dov. LABIA	2	Sillo Sillo Karken Nombre	7 /01 y Fecha.	041 B
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus SITIO DE	ITEMS	INGRESO	COMROL	2 CONTROL	EGRES
LA CIRUGIA NOBMAL S:Ingrado Sangrado Dehiscencia lento Activo  HIDRATECIÓN:	Hora	9:00	915	9 h	
IVF Gti-s/Mgotas:	Temperatura	1.	v1		
MED/CAMENTOS:	F.C	606 X	80%	722	
Catallan: SupoMg Suspension:gr	T.A		:		
Ketoprofeno: tv		-1.	/		
Doricum: IV	F.R	27.	17x	15x	
Nubain: IV	Sat 02	100)	98%	97.1.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		•			
Otros  Medicamentos:					<del>-</del>
				,	
Observaciones:					
			/)//4	7	- - -
		/	////	1/1/	

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 lergus.
۵
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"
Railer Paez Pacienie:
CIV:
Gusmany Caceres
Representante Legal:
CIV:

CUESTIONARIO PA EVALUACION PREANESTESIC. DE NIÑOS

## MENORES DE 12 AÑOS

Nombre: Kaiku Palay No Historia:	Fecha: 12.03.201/Hora:
Cirujano: O Cirugia Propuesta:	teumina atom
Edad: 64 Peso: 9600 Talla: 106 cm 1.M.C.	Telefonos: 04/2-7607/50-
Representante: Yugman Calane.	
Es alérgico a algun medicamento, atimento o al polvo?	
2. Ha tenido recientemente tos, gripe o dolor de garganta?	- Nacio en Valletone
3. Ha tomado Aspirina (o similar) en los últimos 10 días?	
Ha tomado alguna vez dipirona?	In The operado por
Toma algún otro medicamento?	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Usa gotas para los ojos o para la nariz?	e e lu de
Usa lentes de contacto?	De Dr. Ortece 2006 R
4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries?	
Cuantos dientes tiene?	Dallo imeres.
<ol><li>Tiene alguna dificultad para mover el cuello?</li><li>Tiene alguna dificultad para abrir la boca?</li></ol>	E E Sin combicacione
Medida Tiromentoneana Distancia Interdentaria	- Jam Conference
6. Nacio de parto normal?	E E E E E E E E E E E E E E E E E E E
Nacio de parto instrumental o cesarea?	- Cuestaria
Cual fue la causa? Cuanto peso al nacer?	- No proprie de com
•	
7. Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno?	- Jacobs
Requirio intubacion y ventilacion mecanica?	DE On Ste 3th Nivel de
Quedo alguna secuela de lo anterior?	- + ov 19
Presento Ictericia? Tratamiento	prescolar.
8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal?	Jacques Complets
El desarrollo intelectual ha sido normal? Que grado estudia?	- Haran Haran
9. Ha sido operado antes?	- Mexico of the social
Le han dado anestesia local?	- medicas (m promptes
Le han dado anestesia general?	
Le han hecho alguna transfusión sanguínea?	u ~
10. Ha tenido o algun pariente suyo alguna complicación	
sena 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	
Hernia hiatal, Reflujo	
Indigestión persistente Enfermedad tiroidea	
Bronquitis, Neumonía Diabetes	
Enfermedad Pulmonar Tto con esteroides	
Flema, Mucosidad Problemas de column	
Asma, Bronquiolitis Artritis	Dr. Adolfo Oshov
Dificulted para respirar Problemas para camir	nar adolfo 03.507, saa7
Enfermedad cardiaca Debilidad, desmayos	Dr. K.1.5.30 c.M.D.E. 10
Soplos cardiacos Vértigo, Mareos	5.A.S. 380°
Palpiteciones Ceguera, sordera	
Fiebre Reumatice Convulsiones, Epilep:	sia 📄
Problemas reneles Meningitis, Polio	in l
Trastomos nerviosos Dolores de cabeza	il l
Problemas de coagutación Vacunas	H .
	H1
Hematoma o sangrado fácil Otras enfermedades	
Hepatitis, Enf. Hepatica	
12. Hay alguna pregunta que desee hacer?	i no

dad:			Cipuntaria	ilstoria:		FLA:	
	Peso:	Telin:	Cirugla P.				Hora:
: Es elèrgi	o reciontamento to	-		LM C.		Telefonos:	
סווזט: פרו -	o recientamento to o recientamento to do Aspiñna (o sim	monto, chiment	o o ol polvo?		e i		
ii ii torna:	to Aspinga to sim	1.0.000.0.0000	. จุง กลเอสนก: ภ				
To ICM	00 Blouna vas	. St. 15th Oilling	.05 10 dige?		10 12		
	JUN OUR PROFESSION					a	
- 60/6	as bata los oiss ci	pere la noriz?			回河	<u> </u>	
	oucha o brieuto.					3 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
one ce	cours on and distri				(i)	20	
						5)	•
	iclas Rojos, estitus juna dificultad part					<u> </u>	
Trone etg	runo dificultad pers	E TROVER 6: WITH	57			<u> </u>	
a colore at	Quna bebida sico	Dist Dist	ancio Interder	lanc	E	•	
Fuma o t	puna bebida sicot	ionea inas do u	03 yez al diu7		[J] ]ii	<b>a</b>	
						<u>s</u> ]	
i Realiza a	ima (fumaba) y po ima (fumaba) y po	r cuanto tiempo	7		ے رہ		
-,a :euige	2 5 5 000 000 -		Mplicación		<u>.</u>		
2 ria sigo r	operado antua?	o o nue charac	Sn?			¬ (	
- 6 han dr	oporado antog? Bdo enestoeia loca						
or han de	edo anerros	:17				] [	
ac han is	and cheotomic obs	97017				릭 [	
ាក់ នៅជា ៧/	scho alguna tracci s la ultima region	dulan sanguiria	27				
รีสมาสาก	aracedo actuel no				ا لت	:U	
בריים ביו	in action of the first	M.67			u );	<b>a</b>	
ವಿಚೀಕ ೧	ie e suire de signi iastrilis, Verritori	nti da astas onti	unnodutus		تا ك	ਗੁ <b> </b>	
	cial, Rollejo	!	Problem.ca d	ი ივნტი[დი]ტი	n 1 <sup>-</sup>	· ¬	
				ಾಣಾಯಿ 15		<del>-</del>	
	in persistents		Paradu, Co.	Carrie	٠" [	닉	
	s Neumenta	; <u> </u>	Anadan Cap		Ĭ		
21 โรฮเทย	Ent Pulmoner	;~			[	J	
	lucosidad		Littlemoded	arciosa.	1	]	
-5012, 38	(Ctx)	;J	Dichetos		ĺ	<u>ב</u> ו (	
		<u>i_</u> ]	Tto con date	oldos	r	-5	
	para raspirin		Pismus hine			≒(	
	ded cardiaca	(	Problemes a		٠. ٢	<del></del>	
i ensièn e	ens tairona	, <del></del>	Atrias	C (20,011) &	Į	<u> </u>	
მონანო გ	arterial paja				. [		
er"ಡಿದ್ದರೂ ಧ್ಯ			Problemas o		. 1		
Solle rec		<u></u> ,	Madimina, d.		i		
ಕ್ಷಂಭೀರಿಕ ರಾ			Venigo, Man	Kis	ŗ	51	
•		1)	Cagnera, Ch	rdera	1	$\tilde{\gamma}$	
<sup>ន</sup> ែករភេឌខែ		$\Gamma$	Conversion		(	<del></del>	
	505	1			Ĺ	71	
בחיבי ה	Dolor dy pactry	;	Medingula 1		]		
	Mirenzies		Orionou Jelo	Liverse	<u></u>	7	
		:	$G(\omega \omega \omega n)$		ï	$\supset$ ]	
	Ent. Hophica		∨ಶಿವಲಾಗುತ		ī	5 .	
	is neminades	:)	Citan Service	adades	-	7	
- Esta into	Mencion sera san	Settaba por athi-	in topicon =		1, .	-J	ř
		V. 10 /	ar arguic n		<u></u>	<b>a</b> (	
: Hay alou	ina pregunta gui-	area been				io)   .	
					[ii] 1.	<u>a</u>	

## **Uperacion** EVALUACION PRE-ANESTESI PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI Veneznela NOMBRE DEL PACIENTE 19600 THAS INCISING . ANDERVENCION PROPUESTA FOL MEDICO IRAIANTE DAIOS POSITIVOS DE LA ENCUESTA y DEL EXAMEN FISICO DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FÍSICO Fc X': ASPECTO DE LA PIEL Edo. DE CONCIENCIA CABEZA CUELLO COLUMNA VERTEBRAL EVALUACION PULMONAR ESPIROMETRIA: ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR HIO PIT 7 FIDA HIV VDRL Creot. Otros. EVALUACION CARDIOVASCULAR Rx DE TORAX EVALUACION: Mallampati/ Cts. Distancia Tiromentoniana VIA AEREA Apenuro Orol Movilidad Cervical Clase i Close 11 Clase III Close IV INDICADORES DE RIESGO ٤ A.S.A. ľV JOHNS HOPKINS: ١V

# A.S.A. JOHNS HOPKINS: UI III IV V VIA AEREA: II. III IV V VIA LECNICA ANESTESICA SUGERIDA OBSERVACIONES

Fuducción Lubel Jone.	Se policita banen.
MEDICACION PRE-ANESTESICA	SAP
MEDICO ANESTESIOLOGO  Dr. Adolfo Ochod  Dr. Adolfo Ochod  Ochod  Dr. Adolfo Ochod  Och	12.03.20 / v