Uperation VISITA POST-OPERATORIO Changing Lives One Smile at a Time □ 1 Semana □ 6 Meses □ 1 Año Marris Ciudad: FARRA Lugar: Nombre de Evaluador: POR FAVOR LLENA TODA LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE! Original H. Apellidos y nombres del paciente: Diagnostico ANTES de la cirugia: Actual H. Clínica # Clínica # (si aplicable) □ FLU □ FLB ☐ FLPB ☐ FLPU \Box FP ☐ Quem. Fecha nacimiento: ☐ Otro: Sexo: □ M □ F PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES No Complicaciónes Fisura Labial □ Infección ☐ Dehisceneia ☐ Carece de integridad muscular 1 cra cirugía ☐ Ausencia del surco labial superior (solo en FLB) □ 2^{da} cirugía ☐ Otro: ☐ Fisura Palatina ☐ No ☐ Dehiscencia Dibuja localizacion de fistula: Localizacion de Fístula: □ lera cirugía Complicaciónes □ No Fistula □ 2^{da} 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 ☐ Posibilidad de cirugía ☐ T. Lenguaje ☐ Dental ☐ Obturador ☐ Pediatria 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 □ NO

Si es SI, cuántas sesiones por mes?

Si es SI, con que frecuencia uso el obturador?

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

PROGRAM PARA POLOPOPATRA PRIMAR X FLPU IZGNICHA

VISITA POST-OPERATORIO



□ 1 Semana	□ 6 Meses	□ 1 Año		·	Changi	ng Lives One Smile at a Time
Ciuduu.			F Nombre de Evalu	echa:	Ed	
POR FA	VOR LLEI	NA TODA I	LA INFORM	ACIÓN C	OMPLE	TAMENTE!
Original H. Clínica #	Actual H. Clínic (si aplicable)	Fecha nacii Sexo: □ M	miento : 1\ /	fle 1/n	□ FLU □ FLP	
PROCEDIMIENTO			COMPLIC	ACIONES		
☐ Fisura Labial 1 ^{era} cirugía ☐ 2 ^{da} cirugía	Omplicaciónes	□ Infección	□ Dehiscencia %	☐ Ausenci		muscular abial superior (solo en FLB)
□ Fisura Palatina □ 1 ^{era} cirugía □ 2 ^{da} cirugía	□ No Complicaciónes	☐ Dehiscencia% ☐ Infección ☐ Otro:	Localiza No Fístula Pre-Alveolar Post-Alveolar Union de palada Paladar Duro Paladar Blando Union de palada	r duro con pala	ecundario idar blando	Dibuja localizacion de fistula:
☐ Injerto Piel	□ No Complicaciónes	☐ Infección	xmm □ Pérdida injerto	Sintor	nática	
☐ Colgajo	□ No Complicaciónes	☐ Infección	—————————————————————————————————————	Otro:		
☐ Otro Proc:	□ No Complicaciónes	☐ Infección	☐ Orto compliació	nes o comentar	rios:	
DISPOSICION	☐ Posibilidad o	0	0 3	□ Dental □ Genética	☐ Obtura	
Información Post-	-Operatoria T. L	enguaje	Inform	nación Odont	ológica	
Ha recibido tratamie cirugía?? □ SI Si es SI, cuántas sesi	□NO	e después de la	Si e El paci	o una placa obto s SI, con que fr ente ha tenido p s SI, cual probl	ecuencia uso problemas co	ISI NO el obturador? SI NO





NOTA OPERATORIA

Op. Sonrisa No. Ciudad: Ol O(201) Fecha:

PELLIDOS		NOMBRES	
NESTESIA	GENERAL	LOCAL	LOCAL / SEDACIO
		and all the commission of the security and all and an applying the security of the security of the security of	CIEDDE CICTULA DALATIE
PERACION	QUEILOPLASTIA 12	PALA! OPLASTIA 1a	CIERRE FISTULA PALATINA
	QUEILOPLASTIA 2a	PALATOPLASTIA 28	EXCERESIS DE TUMOR
	RETOQUE LABIO	ESFINTER ORTICOCHE	EA INJERTO CUTANEO
	INJERTO	PROCEDIMIENTO CRA	NED F. C.R QUEMADURA
TRO.			
) OEUS	
	NOMBRE	/ FIRMA CIRUJANO:	
COMPLICAC	CIONES: NINGUNA	OBSTRUCCIÓN VIA AEREA	HIPOTENSION
OTDA	HEMORRA	IGIA	MUERTE
(IIKO,			
	,		



FIRMA:

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 e
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.
Caracas, a los ol días del mes de del año ol del año
PACIENTE: TESTIGO: Geraldin Sevila

C.I

(1)	operación (p. 301115a
Nombre 1ero y 2d	o: Montilla Sevilla #Operacion Sonrisa: 017 Ciuda 1: Cagua Fecta: 12-03-2011
Асотрайадо рог	Geraldin Sevilla Relacion con el Paciente: Mama
Dirección: El de Hay Ciudad: Va Pais: Vene	
Localizacion del Tel	
1	kms / horas (encierre en un circulo) En burro/caballo 🗆 Bus 🗗 Taxi 🗀 Bicicleta 🗀 Carro 🗀 Avion 🗀 Bote
Escribir el mos en lebra Fecha de Nacimiento: N Edad: <u>DG MOSSa</u> r	Examinado previamente: OSH 120 tro Pediciones: Junio da: 10 ano: 2002) Nex: 69 Dia: 05 Ano: 2000 Nos / meses (encierre en un circulo) Tipo de Cirug a: Complicaciones: Ol rugala Complicaciones:
Miembros de I	a familia con labio o paladar hendido: Madre Fadre Hermano Hermana
	ta Iomando; 🗆 Ninguno 🗆 Anti-malaria 🗆 TBC 🗆 Otro;
Vacunes: Alergias;	□ Ninguna □ Polio □ DPT □ MMR □ Otro:
Embarazada?	□ NKA □ Otro: □ Perdio el bobé, Explique: □ Perdio el bob
Infeccion:	□ Ninguna □ Infeccion Respiratoria Superior □ Her atitis □ Malaria □ TB □ Otro:
CNS:	☐ Negativo ☐ Convulsiones ☐ Otro:
Lungs:	□ Negativo □ Otro
Corazón:	☐ Negativo ☐ Hipertension ☐ Soplo ☐ Otro:
LABORATORIO:	Hernatocritos: % Otros Examenes:
7	Hemoglobina: g/dL

g/dL

EVÁLUACIONES

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (1 de 3)



Apellido 1ero y 2do:			•	risa:
DIAGNOSTICOS DE	LABIOS:			
O I Cabio normal				
10 2 trq Undark Incompleto	Complete Si	☐ 6 Blat, tzq completo, Der Incompleto	Incomplete the second	(dibu
O 3 Der Undat Incompleto	tols Der Unibe Completo	() 7 Blast Der Complete, Ltq Incomplete	O 9 8	1444
PROCEDIMIENTO DE realizara en esta mis	E REPARACION DE LABIGION)	0 (Circule ui	nicamente el pr	ocedimiento que se
🗆 Ninguno 🕒 Labio Uni	lateral O Labio Bilateral O F	Revision de Cic	atriz 🛘 O ra nepara	ocion de labio
Notas de Evaluacion:				
DIAGNOSTICOS DE	PALADAR:			
13 Paladar normal				
O 14 trq Unitat Alveotat Incomplete	to 18 Der Under Competto con Fistura Alveolar		() 22 Subri sucoso	O 26 Der Unitatiera Completo Dure y Sumve
O 15 Izq Unitat Complete con Fisura Alveolar	tra moompleto		() 23 Suave	27 Blat Complete Dury y Surve
Der Incompleto	C) 20 Blat. Incomplete	R	CI 24 Prisoterior duro y sueve	☐ 28 Oro Paladar (dbujc)
D 17 Der Undet Alveolar Incomplete	Correcteto	SH	☐ 25 tzq U sibstoral Crimpleto dura y surive	
1 29 Paladar Unitat Reparado	O 30 Paladar Bilat Reparado	() 31 F	suficiencia Velotaringea	гермгадо
PROCEDIMIENTO DE se realizara en esta r	E REPARACION DE PALA mision	NDAR:Circul	e unicamente e	l procedimiento que
Dilinguno DiRevision de pa	ladar Dorticochea DColgajo Fari	ngeo O.Cologio	de Vomer DOtra rep	aracion paladar
Notas de Evaluacion;	I weiloplasti	a pm	naug ()	Maturel

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE Y PLAN QUIRURGICO (2 de 3)



	Apellido 1ero y 2do:	# Operacic n Sonrisa:						
		Ciudad:						
	Nombre 1ero y 2do:	Fecha:						
	DIAGNOSTICOS DE FISTULAS:	C 38 tran Der C 141 Du						
÷	Labbin Labbin	Alto solution						
	D 33 kg Alveolar Alveolar	O 39 izq f der Alveolar y anterior O 42 Junet d Ouro y Surv						
(Ose tog alreoby y enterior y enterior	O 40 lzq y Der Alveolar, as terior y i neciso O 43 palada Suzvi						
	(dbuje)							
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE FISTULA (Marque unicamente el procedimiento que se realizará en esta misión)							
•	ONinguno Of	Reparación de fistula						
	Notas de Evaluacion;	·						
`	DIAGNOSTICOS DE NARIZ:							
		48 Deficiencia de Cillumella						
		49 Desviacion Septid 50 Otra Nariz (dibujis)						
	PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE NARIZ: Marq realizará en esta misión							
		Reparación de Disviacion Septal						
		čnoplastia (hues o y cartilago)						
		Otra reparación de nariz						
	Oliviecto de Cartilago							
	Notas de Evaluación:							

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	Explicacion:	
☐ Hemangioma		
☐ Microtia/ oreja en copa		
☐ Nevo/ tumor/ quiste/lesser		
☐ Ptosis Ocular		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Cicatriz por quemadura		
☐ Otro tipo de cicatriz:		
☐ frenillo		
□ Otro: Ex		
PROCEDIMIENTO PARA ES		
☐ Ninguno		
☐ Liberacion de Contractura + In	njerto de piel de espesor completo	
☐ Liberacion de Contractura + In	njerto de piel de espesor parcial	
☐ Liberacion de Contractura con	zetoplastia	•
☐ Craneofacial		
☐ Excision de nevo/ tumor/ quist	e/ lunar	
☐ Frenulectomia		
☐ Excision de Hemangioma		
☐ Otoplastia		
☐ Polidactilia/ Sindactilia		
☐ Injerto de piel de espesor total	I	
☐ Injerto de piel de espesor parc		
☐ Excision de Cicatriz con zetop		·
☐ Injeccion de cicatriz		·
7 Otro		

EVALUACION DENTAL



Apellidos:	# Operacion Sonrisa:
Nombres:	Ciudad:
Edad: 6 Representante: 600 div	Southa.
EVALUACION:	
Dientes ausentes:	Dientes cariados:
Paladar: HP Complet	0
Labios: #/ Dui Tz	9
Alvéolo: 4103	
Patología:	
Otro:	
TRATAMIENTO RECOMENDADO:	
No se necesita de tratamiento	
	zarse en consultorio A realizarse en el Quirófano
☐ Referido a Sigma dental: ☐ Operate	
□ Referido a la consulta de OFM:	
Otros: (Rayos X, biopsia):	
TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEI	DIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:
TO THE STATE OF TH	AAT ONG OWNE DE EGO III/OND INCES.
Fecha inicio del tratamiento:	de el nacimiento 🔲 Otra fecha :
	o de aparato: Roca Sencillo
Пр	de aparato.
C. Eltratamianta da OCM	
☐ El tratamiento de OFM se realiza por	
	otra Institución H.C. Valencia
☑ Tratamiento regular ☐ Tr	atamiento no regular
Comentario final: So se comique	rda Cingía
Nombre y Firma del odontólogo: Tomic	Me Horono / Vanueris





HISTORIA PEDIATRICA

EDAD: 6m Peso 8KS.

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

Avenida Sun Juan Bosco, Edificio Excelsior, piso 5, apartamento 55. Altamira. Caracas - Venezuela Telefax: (58312) 257 0255. Email: operaciónsoneisa(e)cante net

HABLA

Diagnostico:

L'abio heudido: bilateral bilateral			
Paladar hendido: duro y blando _ duro _ bla	ando <u>v</u> compl	etoincompleto	operadono opera
Fistula Alveolar Palatal ¿Sospecha de problemas Auditivos?: si no	ot Evaluación	ros: ı:sino. Rel	「erencia:sín
Sección I: (Llenar solo una de las dos secciones) Labio Hendido pre-locutivo, con riesgo de pres Paladar Hendido pre-locutivo, con riesgo de pres	entar retardo entar retardo	en la adquisición del en la adquis ición del	lenguaje. lenguaje.
Sección 2: Patrones de articulación: Dentro de los límites de lo esperado para su edad Procesos fonológicos (no esperados para su edad Emisión Nasai en fonemas de alta presión oral. Articulaciones compensatorias: Oclusivo: g Otros: Fricativa: N	o estimado /	reportado nivel de de	esarrollo.)
Habilidad para mejorar el habla al repetir:	buena	regular	pobre
Inteligibilidad del habla:	buena	regular	pobre
Resonancia Oral / Nasal: Hipernasalidad Nasalidad combinada	Hipon	asalidad otras:	
Destrezas Oral-Motoras:Dentro límites normales Dificultad:	_Leve	moderada a severa	a severa
Alimentación: Regurgitación Nasal: ninguna problemas con sólidos problemas con líquidos solamente		problemas con sólid problemas con líquio	os y líquidos dos solamente
Desarrollo de Lenguaje: Comprensión: dentro de los límites normale	ec nara su edad	t retardad	o para su edad
Expresión: dentro de los límites normale			
Comunicación en lo pragmático y en lo social: _	_dentro de u	Trango aceptable	no aceptable
Interacción con sus compañeros: ade	cuada	inadecua	da
Rendimiento Escolar:atento(a) nivel educativo adecuac Apoyo de Terapia del Lenguaje: si no. R	io B	ajo rendimiento	
Trabaja: sí no M/E	70	adacuada	
Ayuda Familiar: adecuada Potencial estimado para mejorar el habla así como o	otras destrezas	relevantes: buen	o _regular _ pobi
Potencial estimado para mejorar el habla así como o Hospital Central de Valneia		Days. 1 1	Joans 120/2011.



FICHA PSICOPEDAGOGICA

JORNADA: Pagua 12/03/2011.

I - IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre completo: Susej Sarau Montalla Sevilla. Lugar y Fecha de Nacimiento: Valencia 05/09/2010. Edad: O Mess Sexo: Fem - Escolaridad:
El paciente trabaja:
II DATOS DEL REPRESENTANTE:
 Nombre Completo: Geral din Zuleyka. Sevilla. Alweida Nexo: Mady. Edad: 19 C1. 22. 744.072. Grado de Instrucción: T.S.D. Informatica. Profesión u Oficio: Del hosar. Domicilio: El Roble Anglación da Alegnar 20 de Hays easa#15 Valencia. Teléfonos (241)5/17659 (416) 1099827 (0426) 2429963. Observaciones (Integración Familiar):
III ANTECEDENTES: • Embarazo: 42. pemanas.
2 Maria de la companya del companya de la companya della companya
Desarrollo Psicomotor: "Voucal.
• Lenguaje:
Alguna vez ha convulsionado:
Toma algún medicamento: TO
Presenta alguna deficiencia visual, motora, auditiva u otra: Vioninal.

Manejo del paciente en el hogar: nuna adaplada	
al hozer	
Cómo define a su hijo: tranquela no elora se	
grada ante la porgan.	
Rendimiento Escolar:	
Adaptación Escolar, a la Comunidad:	_
Presenta emociones como angustia, tristeza, alegría, seguridad, entre otras, en situaciones?	 1n
Considera Usted que el paciente se adaptará con facilidad al momento de separación, cuando ingrese al Área de Transición. Explique conductas que pu manifestar. Si tiene apego a algún objeto, puede llevarlo en ese momento:	
Actitud del Representante: fontira y dispuesta hacer	
El paciente ha sido evaluado y tratado por algún especialista: Juap Louguay	e
Acuerdos: hace le piegos visuales y anditoro.	
	~ -
Solana Joves (that Social Cagras)	
PSICOPEDAGOGA	

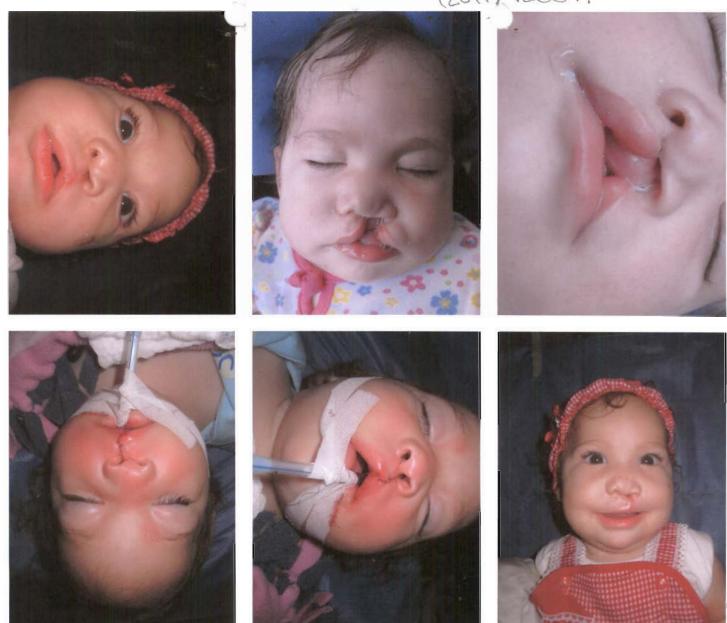
AUTORIZACIÓN

Nosotros, Geraldon, Sevolla, venezolanos, mayores de edad, de este
domicilio, titulares de las cédulas de identidad Nos. 22. 444. 072, y
Representantes Legales de nuestro menor hijo Susaj Montella, de
Obmosonios 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. July Standa.



Nº55 Susey Montilla

(5011) 150011





SECUENCIA DE TRATAMIENTO			
Tenter a lun server	toflandes	04	
	į.		
			·
·			

EN CASO DE CIRUGIA:

- SUTURA REQUERIDA
- TUBO ENDOTRAQUEAL REQUERIDO

SONDA DE ASPIRACION (Tipo)

Sury dimidle

HISTORIA DE ANESTESIA

TATE TROUBLES			
	Hardida	OPERAGION BEAGIERDA	· ·
Quello plenles		L KOYA SUENA INED	
~ ~ ~ ~ ~ ~	* x x	AWEATERIOLOGY: A	
De Bruardo V	oga Dre. Harrely	Du May	y Sonoldah
Siviene		YECHICAI	& Balaresado
12		E-ANESTE BIGO	
IN INSTRUMENTAL STATES	819	Militerate: allestanis.	STADA:
(11)	30 (10)		
nous sur			P MIENTO
			Judusen whole
0 1 1			suduction of
AT .			tru a Es cured
XV			012-3
19 19	++++++		saletyen de vic
V 100			perfere \$ 22
TA(X) EIG			Twhose 809 +54
P		▗ ▗ ▗ ▗ 	B2.1, my
Ause)recida(D)			Feelends gry
Angalos olisti			cours o Verletur
0 P E 1001			would an cara 6.4
4444			ward an care
ValDats Pat-ability			
· NA	TANALAN III		·
16 -			
110/97			CONTINUE REPORTED
1100			Celylone 300g
			Adminfor 375 12
			, when day
		THE RELIEF	guen well and
		111111111111111111111111111111111111111	de rempues.
JANGRAMIENTO:	THE MOSTASIA V	The Culture:	
,	Bewer	H226	

RECUPERACIÓN

PROCEDIMIENTO Labio	Paladar	Fistula	Hemangioma Ligadura Art.	otros:
ANESTESIA: General	Local C	tra:		
ALERGIAS:				
gr vege B.	me	200	Yun	
Nombre del Cirujano.	Nom	bre del A	inestesiólogo.	

M de Historia.

01-04-2011

Sitlo y Fecha.

Sury Martille

Nombre y apellidos.

(6 Music)

Edad:

	ገ
RESPIRATORIO: NORMAL Disnea Estridor Roncus	IT
SITIO DE	} [
LA CIRUGIA: NORMAL S. Ingrado Sangrado Dehiscencia Iento Activo	н
HIDRATACIÓN:	
IVF P/W . Gtas/Mgotas:	Temp
MEDICAMENTOS:	F
Cataflan: Supo:Mg Suspensióngr	Т
Кеторгоfело: IV	}
Doricum: IV	F
Nubain: IV	Sat
ESCALA DEL DOLOR:	L
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ITEMS	INGRESO	CONTROL	2 CONTROL	EGRESO
Hora	11:25	11.45	11.5	
Temperatura				
F.C	126 ×	Pox		
T.A	/			
F.R			·	
Sat 02	100%	100>.	1001	

FIRMA DE EGRESO Y NOMBRE SEGIBLE.

		·
		
bsirvaciones:		
		1 P



AUTORIZACION ANESTESIA

Mediante la presente autorizo al personal médico integrante del departamento de anestesiología de Operación Sonrisa					
con sede en Carque.					
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"					
Susej Montella					
Paciente:					
CIV:					
Representante Legal: Geraldin Sewilla CIV: 22.744.012					
CIV: 22.744.012					

Fundación Operación Sonrisa Venezuela

CUESTIONARIO F LA EVALUACION PREANESTES. JA DE NIÑOS

MENORES DE 12 AÑOS Nombre: No Historia: Cirugla Propuesta: Cirulano: I.M.C. Edad: (2) OW 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? Toma algún otro medicamento? Usa gotas para los ojos o para la/nariz? Usa ientes de contacto? 4. Tiene dientes flojos, astillados o con caries? Cuantos dientes tiene? 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? 7. Requirio observacion en incubadora y/o oxigeno? Requirio intubacion y ventifacion mecanica? Quedo alguna secuela de lo anterior? Presento Ictericia? Tratamiento 8. El desarrollo pondoestatural ha sido normal? El desarrollo intelectual ha sido nomal? 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 sena durante una anestesia o una operación? ~ 11. Edad de la monarquia: 12. Ha sufrido o sufre de alguna de estas enfermedades Ulcera, Gastritis, Vomitos. Anemia/Leucemia Hemia hiatal, Reflujo Anemia drepanocitica Enfermedad tiroidea Indigestion persistente 4 Bronquitis, Neumonía Diabetes Enfermedad Pulmonar Tto con esteroides Flema, Mucosidad Problemas de columna Asma/Bronquiolitis Artritis Dificultad para respirar Problemas para caminar Enfermedad cardiaca Debilidad, desmayos Soplos cardiacos Vértigo, Mareos **Palpitaciones** Ceguera, sordera Fiebre Reumatica Convulsiones, Epilepsia Problemas renaies Meningitis, Polio Trastomos nerviosos Dolores de cabeza a edad. Problemas de coagulación Vacunes _____ ACA Hematoma o sangrado fácil Otras enfermedades Hepatitis, Enf. Hepatica 12. Hay alguna pregunta que desee hacer? Si. no

anch gratuacion preamestesica de adultos gambro: Cingano: flo illatoria: Cirugla Prophosta: Edad: /Clia: Peso: Hora: Triin: : Es elérgico a sigún madicamento, climento o el polvo? Telefonos: a Bia teredo recientemento tou, gripo o dolor de gergana; y S. Pia tomado Aspirina (o similar) un top últistos 10 elect (iv) U Hallomado alguna vez diparona? F ... Toma algún otro medicamento? 100 $\overline{\Xi}$ usa gotas para los ojos o para la nariz? ra Usa lentus de contacto? 2 s it are plancha o puento? no one corones en sus digitus frontalus? [42] [25] rana diantas flojos, estiducios o con carbor alguna dificulted pare inover of paulicy 110 [00] Tiens ciguna dificultad para abrir la becay 1 Medida Tiromentonearia. Distancia Interdentario... 70 v ingiere alguna bebide sicohòlica inas de una voz al diu? Fuma o to hizo algune vod en su vida? 110 Cuanto fuma (fumaba) y per cuanto tiempor 3 Realiza algun dapone o ejerdicie? e má tenido o stoún pariento signo oligina complicación •1 [2] sens durante una anestazia o una operación? 🖰 Ha sido operado antua? no co han dedo enestecia local? 1.0 on tan dado anestekia gotikrat? [r.a ue han hacho alguna trassi topion pengulnon? [بدن] . Pistra de la eltima regió. Esta enibaracieda ectuel hart.co il. Ha sulado o suiro do alguntir do estas ontenhodados: 7 112 Clears, Gastritis, Vornitori Problemus de opequisación Sernis hicial, Rollejo Homescale o temprado fácil heigestön persistonta America, Lancencia Eminated's Neumenta Anstern evaluation willien Erfisəmə Ent Pulmonur Eddonnoded thelasa Pena Mutasidad Diabetos -೨೧೯೭, ಕಟರೆಲು Tto con diteroldes Esticulted para respirar Pierais hinchodes, Varices Lidemmedad cardiaca Problemes de columba Consider actional alto Ashia ansion attental paja Production dera carninar magus cardiaca Disblishe, duarnayor poste reumanda Vertigo, Marries scosioned soldos. Cagnera, Enrdera ್ ಬ್ರಾಟಕರಾಶಗಳಿತ Convulsion of Epilopsia ಿ ಆದ್ವಾಂತಿ ಕರ್ನಾ Medingula, Pelio niginal Deletida pactica Original le ne local Problemmer rendies Giecon... respatition, Ent. Hopatica Vestians Trastornos nemigada Ottas emericadades L. Esta intervención sero concelede por algun seguro o pionsa Ud. podir un reempo, "c? no) it hay alguna pregunta que llaute hacein ii 1:15

Sonrișa

EVALUACION PRE-ANESTESI

PARA USO DEL DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGICI

	Veneznela				
N	CMBRE DEL PACIENTE Dusel Montil	la	·		
55	XC F EDAD COM. PESO	8Kg	7. TALLA	fa.	, IMC
;;		- 11	ENCION PROPL		eleplastia
N1	EDICO IRATANTE				
D	AI()S P()SITIVOS DE LA ENCUESTA Y DEL EXAMEN FISICO	Hol	- P.		
		and the second			
Г				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
-	DATOS POSITI	VOS DE	LEXAME	N FISICO	
-	lc mmHg: f	r	fc X':		Temp
-	ASPECTO DE LA PIEL holmal.		Edo DE C	ONCIENCIA	
-	CABEZA-CUELLO: # # L P	A		· ·	
-	COLUMNA VERTEBRAL.	1	<u> </u>		<u> </u>
-	EVALUACION PULMONAR Land en J.	S/5/0	ESPIROME		2 2 2 2 1 - 10
	ABDOMEN OSTEO-MUSCULAR Marina	-		GR= 4.85	11201
111	Hb 11,4191-4, H10 3613%. GHC 83,	+	9592.000		10.00
1	PN 28"/28,2" Fibri HIV (-) VD	RL (-)	Creat.	4 mg (Ureo 25, 7 mp)
'	Otros. H(t) Hecen + N)				
-	EVALUACION CARDIOVASCULAR TA = 99 52 FOR RX DE TORAXSILLETA	C=1204MII	N FR= 18X M	in	fecho:
إ	RX DE TORAXS LUETA CARDIACO NORMAL	- WA L	- 12024-	1.	: :
	EVALUACION. Mallampati 1) 2 3 4 D	istancia tiron	mentoniana		Cts.
	Number of the second of the se	Moviliand Ce			11 67
		Close 11	Clase III	Close IV	Noth
	TOTAL ((==>		ya Recibio
		العنف	Jarra	(Sural	He para
		an			By menuliti
	(7 7) ()	Yi Y	(\\ \)	18 11	Burg
	Y Y	V	1		Wistolius
		\	\/ .		
	INDIC	ADORE:	S DE RIESO	30	
	A.S.A.				V E
	JOHNS HOPKINS:	11	111 121	IV	V
	VIA AEREA:	11)11	IV	V
	I.M.C. P(kilos) / A (en metros al cuadrado)	,,	,,,		v
	IECNICA ANESTESICA SUGERIDA		OBSERVACIONES	Pend	cente le.
	121		de lah	1 ev	~ por
				1.6	Molatora
	MEDICACION PRE-ANESTESICA		SAPRelue	elment	EC/Bon
			nin	shited	. /
	MEDICO ANESTESIOLOGO		TECHA!	1.1.1	1
	12 Marie	2	12/	3/11	•
		(1		