

18

SEÑORES
SUPERINTENDENTE DELEGADO DE LEGADO DE PROPIEDAD
BOGOTA D.C.
E.S.D.

①

REF: RESOLUCION 10953
EXPEDIENTE No 5-16239

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
Rad: 05-016239- -00003-0000
Fec: 2006-06-13 12:58:14 Dep. 2020 NUECREACIONES
Tra. 3 MODELO
Eve: 1 REGDEPOSITO
Act 412 REPOSPRESRECU Folios: 31

JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA, mayor de edad, vecino y residente de esta ciudad, identificado con la C.C. No 79.315.438 de Bogotá, y quien actúa en nombre propio por medio del presente escrito me permito interponer dentro del término de Ley **RECURSO DE REPOSICION** contra la Resolución No 10953, notificada por Edicto de fecha 6 de Junio del año en curso, el cual dispuso:

ARTICULO PRIMERO.-Declarar Abandonada solicitud de privilegio de La PATENTE de Modelo de Utilidad contenida en el expediente de la Referencia.

HECHOS

1.-Ante la Superintendencia de Industria y Comercio de esta ciudad, con fecha **2005-02-22** radique la solicitud de Patente de Modelo de utilidad, la cual correspondió el número **05016239**.

2.- Por motivos de Fuerza Mayor, en los que mi Menor Hija de nombre **ISABELLA DOMINGUEZ CEPERO** de tan sólo un (1) año de edad, 3 días después de la fecha de radicación de la Patente "**02 02-2005**" debió ser internada en la Clínica **SALUD y ESTETICA** de esta ciudad, en forma Urgente, ya que padecía o presentaba un **TUMOR AXILAR DERECHO** con diagnostico presuntivo de **CANCER** y Sangrante en ese momento.

3.-En vista de este acontecimiento que afectaba la Salud de mi Menor Hija, se hicieron estudios patológicos los cuales determinaron que se trataba de un **LINFANGIOMA "TUMOR VASCULAR Y LINFATICO AGRESIVO"**, que tendía a expandirse y hacer invasivo en nervios y vasos sanguíneos, pudiendo causar parálisis y deformidades notorias en su humanidad.

4.-Posterior a esta situación mi hija sufrió una Hemorragia que tenía que ser nuevamente intervenida para detener el sangrado y colocar un drenaje, el cual se infecto y formo una **FISTULA "Orificio originado en la Piel"**, drenando Sangre y Linfa durante meses, en cantidad de 15 Centímetros Cúbicos diarios y requiriendo antibióticos para su reestablecimiento durante largo tiempo, con el peligro de padecer infecciones.

5.-Dada la falta de ingresos que tenía para afrontar todas y cada una de las atenciones que generaban la recuperación médica de mi hija menor, tuvo que acudir a la ayuda del Gobierno de Los Estados Unidos, ello en vista de que **ISABELLA** es ciudadana Norteamericana y el suscrito también lo es.

(2)

6.-Esta ayuda fue facilitada por dicho Gobierno para el cual en el mes de Febrero del 2006, viaje en compañía de mi Cónyuge, mi menor hija al estado de Montana "**U.S.A**" en donde se le realizaron controles, y toda la atención Medica para el caso que afrontaba, determinado finalmente que el **TUMOR** no se siga Reproduciendo y por el momento se encuentra fuera de peligro.

7.- Por tal circunstancia de la cual debía disponer toda mi atención y mis pocos recursos económicos, desafortunadamente abandone todas mis actividades con respecto a labor cotidiana que como Médico realizo y en especial a la de no atender por la Emergencia que ello ameritaba "**La Salud de mi Menor Hija**", el continuar con el tramite que la Superintendencia de Industria y Comercio en un momento determinado me exigía para llevar a cabo el tramite de la Patente que había solicitado ante dicha entidad.

Aunado a lo anterior el estado Psicológico de mi familia y el mío, se vieron transgredidos ante la desafortunada aparición de este flagelo "**TUMOR**" en la humanidad de mi menor hija, del cual Gracias a Dios y a la ayuda del Gobierno Norteamericano en la actualidad disfruta en forma estable y confiable.

PETICION

Solicito ante dicha corporación que el Artículo Primero de La Resolución No 10953 sea **REVOCADO** en su totalidad, por las razones y/o manifestaciones que anteriormente he descrito, pues requiero de la Aprobación de dicha Patente, ya que reúno los requisitos exigidos por ustedes para su eventual estudio y adjudicación.

PRUEBAS

Con el fin de sustentar los hechos narrados me permito allegar las siguientes Pruebas.

.- Copia Informal de La Historia Clínica "Procedimiento Quirúrgico de la menor **ISABELLA DOMINGUEZ CEPERO**" dada por El Programa de Cirugía de la Clínica **SALUD Y ESTETICA** de fecha **25-02-2005**.

.- Fotocopia Simple de los Pasaportes de la menor **ISABELLA**, y **JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA**, con fecha de salida de Colombia y entrada a los U.S.A.

.-Fotocopia simple del Carné de salud del estado de Montana (U.S.A), en donde figuro como asociado.

Atentamente.



3

JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA

C.C. No 79.315.438 de Bogotá

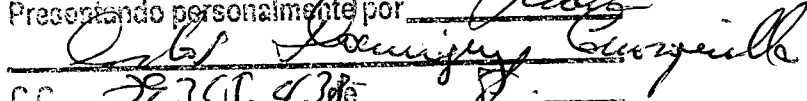
Dirección. Calle 129 Bis No 6 A-40 Apto 305 EDIFICIO URBIBOSQUES

Tel:2553730

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

Santafé de Bogotá, **13 JUN. 2006**

Presentando personalmente por



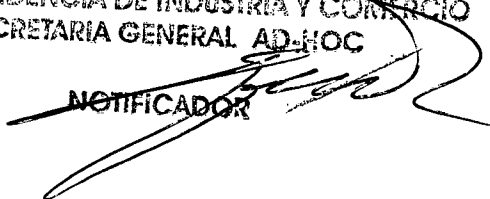
C.C. 79.315.438

T.P. _____

Notificador Secretaría General

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
SECRETARIA GENERAL AD-HOC

NOTIFICADOR



4

25 02 2005

HORA: 7 :00

a.m. ☒ p.m. ☐

LUGAR: Clínica Salud y Estética

Dr. Jorge Hernán Domínguez Carrasquilla

En mi calidad de médico requiero los servicios de salas de cirugías para la intervención quirúrgica de mi paciente Isabella Domínguez Cepero identificado con la c.c. No. Registro Civil 146-2003-073218 para realizar el procedimiento de Resección linfático

Solicito a la Clínica SALUD Y ESTETICA los servicios de salas de cirugías junto con el personal paramédico necesario para la realización del procedimiento antes mencionado, con plena autonomía e independencia tanto de la Clínica SALUD Y ESTETICA como de mi parte y asumo la responsabilidad que se desprenda de mi actividad médica debido a que no existe ningún tipo de relación legal o contractual, ni de subordinación entre dicha clínica y mi parte. Asimismo, el paciente es conocedor de mi calidad de profesional independiente y mi contratación ha sido en forma directa y exclusiva con el paciente.

Dr. Jorge H. Domínguez C.H.D.
CLINICA SALUD Y ESTETICA
Argentina - USA

Firma y Número de Registro

1. IDENTIFICACIÓN: 146 - 2003 - 073218. HC: 146 - 2003 - 073218

Nombres y apellidos: Isabella Dominguez Fecha de ingreso: 25 - 02 - 05.

Edad: 1 año. Fecha de egreso: 25 - 02 - 05

Empresa: Estancia hospít: NO.

2. DX INGRESO:

Linfangioma

RESUMEN DE HC.

paciente de años quien presenta masa en region axilar posterior derecha de mas o menos 10 cm de consistencia blanda movil no adherida a planos profundos, estudios preliminares muestran dicha masa como un linfangioma. Se pasa paciente a ox y bajo anestesia general se realiza incision a nivel de la linea axilar posterior derecha que compromete piel tejido celular subcutaneo, se realiza hemostasia y reseccion de dicha masa, se deja dren y cierre por planos no complicaciones se envia tejido a patologia.

5. DX de EGRESO:

Linfangioma

6. CAUSA DE EGRESO:

Mejoría: X

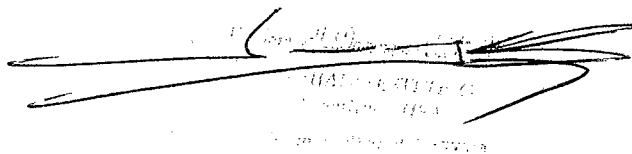
Igual:

Otra:

7. MÉDICO TRATANTE

Jorge Hernan Dominguez Carasquilla.

8. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE


Jorge Hernan Dominguez Carasquilla
C.R. 146 - 2003 - 073218

NOMBRES Y APELLIDOS		SEXO	EDAD
Isabella Dominguez		X	1 año.
HISTORIA CLÍNICA		SERVICIO	
146-2003-073218.		CX.	
FECHA	HORA		
7 + 00		ingresa paciente al servicio de Qx despierta, alerta, orientada en compañía de su padre. #C: 138 Sat: 99%. TA: 120/82 Dr. tapicha inicia induccion con sevoflurane se canaliza MII con yelco # 22 se realiza lavado post-Qx 7+	
	7+	se inicia procedimiento se administra 9 ml de dexantona #C: 146 Sat: 99%.	
	8+10.	Se termina procedimiento Sale paciente en compañía de su padre para recuperación LEV. permeables H&O cubierta recibe andrea leon. Ofra Diaz	
	8+30.	Se rehíran LEV. bajo orden medico se administra y tolera v.o.	
	9+00	Salen paciente en compañía de su padre. Andrea leon.	

Escribir el nombre de paciente en letra de imprenta. Anotar siempre condiciones del paciente. Estado físico y emocional. Dolor, escalofrío, fiebre, sudor, vómitos, evacuaciones, condiciones de heridas, baños, llamadas a los médicos, etc.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA 196-2003-073218

IDENTIFICACIÓN

1er. Apellido	2o. Apellido	Nombre	FECHA
DOMINGUEZ	CEPERO	ISABELLA	No. C.C. - T.I. Del paciente RCN 146-2003-073218
FECHA NACIMIENTO	1 12 2003	SEXO X	EDAD 18 AÑOS
DIAGNOSTICO PREQUIRÚRGICO linfangioma.			
INTERVENCION Reseccion linfangioma.			
DIAGNOSTICO POSTQUIRÚRGICO linfangioma.			
CIRUJANO	Jorge Dominguez	INSTRUMENTADORA	Astrid Rodriguez
AYUDANTE	Oscar Cuervo	CIRCULANTE	Gloria Diaz
ANESTESIOLOGO	Ricardo Tapicha.	TIPO DE ANESTESIA	General
LLAZGOS OPERATORIOS			

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA (especificar técnica usada)

Previo Asepsia antisepsia se incide transversalmente a nivel de linea axilar posterior, piel y TCS se disecciona con electro bisturi, masa amorfa con aspecto tumoral marcado de mas o menos 12 cm de diametro que compromete musculos intercostales, se colocan puntos de anclaje con vicril 4.0 y se deja dren de penrose y vendaje compresivo
Cierre por planos.

[Firma]
Dr. Jorge Dominguez

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

Se envia en solucion Salina masa de mas o menos 12 cm de diametro obtenida de hemitorax derecho Linea axilar posterior quinto espacio intercostal

SANGRE PERDIDA	NO	DRENES	SI
COMPLICACIONES	NO		

[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS DEL
PROFESIONAL QUE PRACTICA
EL PROCEDIMIENTO

Dr. Jorge Hernan Dominguez

NOMBRES Y APELLIDOS
DEL PACIENTE

Isabella Dominguez Cepero

HISTORIA CLÍNICA No.

146 - 2003 - 073218

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA

Reseccion linfangioma

TRATAMIENTO MEDICO

PROCEDIMIENTO ESPECIAL

TIPO DE ANESTESIA PARA
EL PROCEDIMIENTO

GENERAL

X

LOCAL

REGIONAL

CALIDAD CON QUE SE OTORGA
ESTE CONSENTIMIENTO

COMO PACIENTE

COMO RESPONSABLE DEL PACIENTE: Padre o Madre si es
menor; representante legal, familiares u otras personas que figuren
como tales en la historia clinica

NOMBRES Y APELLIDOS

JUAN CARLOS DOMINGUEZ CORRAZUELA

Yo, JUAN CARLOS DOMINGUEZ CORRAZUELA identificado (a) como aparece al pie de mi
firma, obrando en la calidad arriba indicada, en desarrollo del artículo 15 de la ley 23 de 1.981, que dice: "(...) pedirá
su consentimiento para practicar los procedimientos medicos y quirúrgicos que consideren indispensables y que
puedan afectarlo física o psíquicamente, (...)", hago las siguientes declaraciones:

1. Declaro que la información que he suministrado al médico es cierta, no he callado nada en relación con mi
salud y me hice practicar todos los exámenes solicitados por el médico.
2. Que el diagnóstico clínico preliminar es el siguiente, que corresponde a la siguiente enfermedad, patológica
o condición de PAIDRE DE ISABELLA DOMINGUEZ CEPERO

y por medio de
la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, en forma libre otorgo mi
autorización para que se practique la siguiente intervención quirúrgica, tratamiento o procedimientos
diagnósticos y/o terapéuticos: RESECCION DE LINFANGIOMA

el cual podrá ser
modificado en caso de que se haga un diagnóstico diferente al anterior, al momento de la actividad médica.

3. Que se me ha informado adecuadamente sobre los siguientes aspectos:
 - a. Del procedimiento quirúrgico, terapéutico y/o diagnóstico que se va a practicar:

- b. Que se me advierte de la existencia y posible ocurrencia o no de los riesgos o complicaciones
inmediatas o tardías de carácter general y/o específico.
- c. Que se me ha explicado que existen riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o
tardíos de imposible o difícil prevision, los cuales por esta razón no pueden ser advertidos y en
consecuencia declaro expresamente que los asumo por haber entendido que la medicina no es
una ciencia exacta.
- d. La presente autorización se refiere al médico tratante y se hace extensiva a los médicos delegados
suyos, que conforman el equipo de trabajo, así como a los demás profesionales de la salud que se
requieran en el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad.

4. Declaro que he recibido satisfactorias y claras explicaciones sobre el particular por parte de mencionado profesional, y que han sido aclaradas las dudas que he manifestado al respecto. XXXXX XXXXXXXX XXX
5. Reconozco que no me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad médica de médico, pero no de resultados. XXX XXX
6. La entidad asistencial, el médico cirujano y el médico tratante, según el caso, quedan autorizados para llevar a cabo o requerir la práctica de conductas o procedimientos médico quirúrgicos que puedan llegar a ser necesarios y justificados como consecuencia imprevisible del procedimiento que mediante este documento autorizo y de no ser realizados generarían efectos adversos para mi salud o vida. XXXXXXXX
7. En caso de ser necesario, igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia general sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo, quien queda autorizado para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero. XXXXXXXX XXX
8. La Clínica SALUD Y ESTÉTICA queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos, cuya práctica solicite a mi costa. A mis expensas el tejido excedente será incinerado o sepultado, con cargo a mi cuenta o bajo mi responsabilidad. XXXXXXXX XXXXXXXXXXXX
9. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención y manifestado igualmente por escrito. XXX
10. Autorizo para que la historia clínica, los exámenes de laboratorio, de patología, radiografías y fotografías y demás anexos de la historia clínica, puedan ser revisados con fines de auditoría científica y médica interna o externa. XXX
11. Me obligo con la clínica y con el personal médico o paramédico en la terapia o tratamiento de mi enfermedad a cumplir las citas médicas, prescripciones, dietas, instrucciones y controles periódicos. XXXXXXXXXXXXXXX
12. Certifico que el presente documento ha sido leído y he entendido en su integridad la información requerida y la asumo en su integridad. También manifiesto que los interrogantes que he formulado han sido contestados mediante explicaciones entendibles sobre los asuntos o temas de mi interés. Asimismo que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío. XXX
13. Autorización de sangre y hemoderivados. XXX

Ciudad: BOGOTA

Fecha: 25/02/05 Hora: 7:00 PM

Nombre y firma del paciente o persona
que otorga el consentimiento
C.C. 79315438

Nombre y firma del médico cirujano
C.C. 79.372.125

Testigo
C.C.

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que habiendo recibido la información mencionada, he decidido no dar mi consentimiento

Nombre y firma de paciente o persona que
niega el consentimiento
C.C.

Este documento debe incorporarse a la Historia Clínica del paciente

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACION		Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	EDAD	SEXO
INTERVENCION QUIRURGICA		DOMINGUEZ	CEPELO	ISABELLA	3 años	F
		RESECCION DE LINFANGIOMA			FECHA	FEB 25/05
ALERGIAS						
MEDICAMENTOS ACTUALES						
EXAMENES DIAGNOSTICOS						
GRUPO SANGUINEO		PT	11.9.		RX	
HEMOGLOBINA	14.1	PTT	43.5.		EKG	
HEMATOCRITO	41.1	GLICEMIA	104.6.			
LEUCOCITOS	8.150.	CREATININA	0.83.			
LAQUETAS	336.000	OTROS				
RESERVA SANGUINEA		CUANTAS UNIDADES?				
SI						
NO						
PREPARACION PREOPERATORIA						
ENEMAS		RASURADO (AREA)				
SNG		DESINFECCION PIEL		Isodine.		
S. VESICAL		LEV CLASE	2 inger.	CANTIDAD	500 cc.	
TRANSFUSION		C. CENTRAL				
PREMEDICACION		C. PERIFERICO				
ANTIBIOTICOS						
OTROS PROCEDIMIENTOS						
REVISION PARA PASAR EL PACIENTE A LA SALA						
DENTIFICACION	SI	✓	NO	PROTESIS RETIRADA	SI	✓
BATA QUIRURGICA	SI	✓	NO	JOYAS RETIRADAS	SI	✓
CONSENTIMIENTO FIRMADO	SI	✓	NO	UÑAS DESPINTADAS	SI	✓
AREA PREPARADA	SI	✓	NO	DESMAQUILLADA	SI	✓
AYUNO	SI		NO	RESERVA SANGUINEA CONFIRMADA	SI	NO
PREMEDICACION	SI		NO	MICCION	SI	NO
OBSERVACIONES						
PERSONA QUE PREPARA						
Gloria Diaz				HORA EN QUE SE PASA A LA SALA	7:00	PM

Clínica
Salud & Estética

LLENE EN LETRA IMPRENTA

HISTORIA CLÍNICA
No.

12

IDENTIFICACION

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
DOMINGUEZ	CEPERO	ISABELLA	No. C.C. O.T.I. del paciente 146-2003-073228
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL
2003 DIC 1	X	1 año	
Año Mes Día	F	M	DIRECCION ACTUAL
2003 DIC 1	X		KIS #61-10
			CIUDAD
			BOGOTA
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: (Nombre y Teléfono)			
JUAN CARLOS DOMINGUEZ CORRAQUILLA Tel: 2-553730 3108087439			
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			

ANTECEDENTES

FAMILIARES

Negativos

PERSONALES

PATOLOGICOS

Negativos

QUIRURGICOS

Negativos

TRAUMATICOS

Negativos

TRANSFUSIONALES

Negativos

GINECO
OBSTETRICOS

Negativos

URINARIOS

Negativos

ALERGICOS

Negativos

TOXICOS Y
FARMACOLOGICOS

Negativos

HABITOS Y
FACTORES
DE RIESGO

SI NO

No. DE CIGARRILLOS AL DIA

SI NO

OBSERVACIONES

TABAQUISMO

X

OBESIDAD

X

ALCOHOLISMO

X

DROGADICCION

X

REVISION POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS

Normal

ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

Normal

NEURO SENSORIAL

Normal

CARDIOVASCULAR

Normal

RESPIRATORIO

Normal

GASTRO
INTESTINAL

Normal

GENITO URINARIO

Normal

ENDOCRINO

Normal

OSTEOMUSCULAR

Normal

LINFATICO

EXAMEN FISICO
APAR EN CIA GENERAL

Tc 36. 100/60 Sentado Acostado PC PT
FR F.C. 80 PESO TALLA
PIE

CABEZA OJOS Normal

OIDOS Normal
NARIZ Normal
BOCA Normal

QUELLO

TORAX CARDIO

VASCULARES

PULMONARES

GLANDULA

MAMARIA

Nota ⇒ masa de mas o menos 12 cm. hemitorax
derecho Quinto espacio intercostal linea axilar
posterior.

ABDOMEN Normal

GENITARIO Normal

EXTRE MIIDADES Normal

NEUROLOGICO Normal

OSTEOMUSCULAR Normal

INFANTIL

IMPRESION DIAGNOSTICA

Infanjioma.

PARACLINICOS SOLICITADOS E INTERCONSULTA

CH, PT, KPTT, Glicemia, Creatinina.

CONDUCTA

Reseccin Infanjioma.

AYUDAS DIAGNOSTICAS

S NO CUALES?

IDENTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE

Primer apellido

Segundo apellido

Nombres

R.M.

Dominguez

Carasquilla

Jorge Hernan.



Jorge A. Dominguez C.M.D.

CIRUJANO PSITICO
Argentina - USA

CLINICA SANIDAD Y ESTETICA

FIRMA, SELLO Y No. de REGISTRO

13

Clínica
Salud & Estética

ANEXO VALORACION PREANESTESICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
LLENE EN LETRA IMPRENTA

FECHA:

25 02 05

Yo, JUAN CARLOS DOMINGUEZ C con C.C. No. 79315438 en uso de mis facultades mentales, en calidad de PADRE certifico que el Médico Anestesiólogo me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos y las complicaciones de la anestesia así como de la monitoría invasiva que se necesita para la realización de mi intervención o procedimiento, ya sea dicha anestesia general, regional o local asistida. Del mismo modo certifico que me ha contestado todas mis inquietudes e interrogantes satisfactoriamente.



Firma paciente o tutor

Certifico que he explicado los riesgos de la anestesia, incluyendo los propios de la monitoría invasiva a (Paciente, Pariente o Tutor) y que comprenden todo lo que he explicado.


Firma del Anestesiólogo

NOMBRE Isabella Dominguez EDAD 1 1/2 OCUPACION Maestra FECHA VI 24/05
CIRUGIA PROGRAMADA Resecion Linfaticas FECHA VI 24/05 HORA 7:00
MEDICO TRATANTE Dr. Dominguez E.CIVIL C S'UL UL HOSP H AMB A

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS

Displasia Caudal

QUIRURGICOS

FACE
COMPLICACIONES

ANESTESIA

FACE
COMPLICACIONES

ANESTESIA

FACE
COMPLICACIONES

ANESTESIA

FACE
COMPLICACIONES

ANESTESIA

GINECOLOGICOS

P: C: A:

ALERGICOS

FARMACOLOGICOS

PIPERTERMIA MALIGNA

TOXICOS

TRANSFUSIONALES

FACE

COMPLICACIONES

REACCION POR SISTEMAS

RESPIRATORIO

HEMATOLOGICOS

HEMATOLOGICOS

HEMATOLOGICOS

HEMATOLOGICOS

EXAMEN FISICO

SENSORIO SENSORIO

T.A. 100/60

F.C. 130 /Min F.R. 18 /Min PESO 13 Kg.

PROTESIS DENTAL: FIJA MOVIL

MALLANPA TI: D.M.T.

CUELLO:

CARDIOPULMONAR:

ABDOMEN:

COLUMNA Y EXTREMIDADES:

LABORATORIOS

Hb. Gr.% Hto % PT PTT
Glicemia Mgr.% BUN Mgr% Creatinina Mgr.%

EKG

TORAX

OTROS

ASA: I

TIPO DE ANESTESIA:

RECOMENDACIONES

-
-
-
-
-

Historia clínica

Diagnostico:
Intervencion:
Cirujano:
Anestesiologo:

Resección linfaganglionar
Dr. Dominguez
Dr. Topich

ASA: *I*
Ayudante: *Dr. Lino*
Auxiliar: *Olivera*

31
REGISTRO

NOMBRES Y APELLIDOS	Isabella Dominguez	EDAD	1 1/2	SEXO	F	SALA	1	FECHA	VI-24-05
---------------------	--------------------	------	-------	------	---	------	---	-------	----------

VENTILACION	E	✓	→	→						
	VT	FR	26	→	→					

MANTENIMIENTO	O ₂	lit/min	40	2L	→	→				
	Sonair		48	3.08	2.58	→				

MONITORIA	SAT	98%	→	→						
	ETCO ₂									
	DIURESIS									

1.40 (8) 30 (9) 30

HORA

PREMEDICACION

MEDICACION HORA

PLW

MONITORIA

T.A. ✓
F.C. ✓
F.R. ✓
SATO₂ ✓
ETCO₂
Diuresis

200

150

100

50

L.E.V. 01

TECNICA

GENERAL ✓ REGIONAL BLOQUEO SEDACION

COMPLICACIONES Y MANEJO *Sin complicaciones*

1.

2.

SIGLAS

✕ PRESION ARTERIAL
● FRECUENCIA CARDIACA
✕ INDUCCION
▲ INTUBACION-EXTUBACION
● INICIO CIRUGIA

ESTESICO

AYUNOS SOLIDOS 12 huer HRS.
 AYUNOS LIQUIDOS HRS.

HORA INICIO: 7:40
 HORA FINAL: 8:20

No.	MEDICAMENTO	DOSES
1	atropina 150 mg	(15)
2	Morona 0.4 mg	
3	lefolbun 250 mg	
4	Dexametazone 4 mg	
5		
6		
7		
8		
9		
10		

LIQUIDOS ADMINISTRADOS

CRISTALOIDES	200 CC
COLOIDES	CC
SANGRE AUTOLOGA	CC
INFILTRADO	CC
TOTAL	CC
PERDIDAS APROXIMADAS	
ORINA	CC
SANGRADO	CC
P.I.	40 CC
AYUNO	150 CC
LIPOSUCCIONADO	CC

BALANCE

+10 CC

INTUBACION NT OT
 TUBO No.
 ML No.

ML 3

C. INTUBACION D I

POSICION QUIRURGICA

DS DP DL F T L

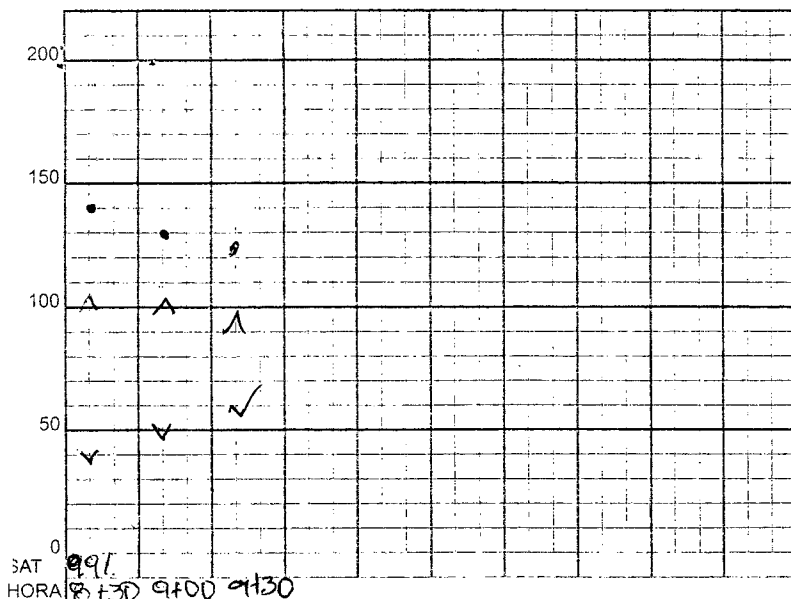
AGUJA No. ESPACIO NIVEL

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

- Oxigeno
- Electrocardiograma
- Signos vitales

Ricardo Tapia

FIRMA Y NOMBRE
 ANESTESIOLOGO



RECUPERACION

HORA DE INGRESO:

830

HORA DE SALIDA:

9:30

TIEMPO DE RECUPERACION:

16.

SIGNOS VITALES	TA	100/40	mmHg
	FC	140	/min
	FR	20	/min

Medicamentos	Dosis	Vía	Hora	Firma	Liq. administrados	Vol (cc)	Liq eliminados	Vol (cc)
					Total	Total		
OBSERVACIONES DE INGRESO								
OBSERVACIONES DE EGRESO								

ESCALA DE ALDRETE

HORA					
ACTIVIDAD MUSCULAR	Mov. Volunt. de las 4 extremidades	2	✓		
	Mov. Volunt. de 2 extremidades	1			
	Inmóvil	0			
RESPIRACION	Respiraciones profundas	2	✓		
	Disnea	1			
	Apnea	0			
CIRCULACION	PA a 20% preanestesia	2	✓		
	PA a 20-50% preanestesia	1			
	PA a 50% preanestesia	0			
CONCIENCIA	Despierto	2	✓		
	Se despierta al llamarlo	1			
	No responde	0			
SATURACION	Mayor de 95		✓		
	Entre 90 - 95				
	Menor de 90				
NAUSEA Y/O VOMITO					
TOTAL					

- PARA LA SALIDA DEL PACIENTE DE RECUPERACION A LA CASA, ESTE DEBE CUMPLIR CON TODOS LOS CRITERIOS DEL CUADRO ADYACENTE.
- PARA LA SALIDA DEL PACIENTE DE RECUPERACION A LA HOSPITALIZACION, ESTE DEBE CUMPLIR CON TODOS LOS CRITERIOS DE LA COLUMNA ADYACENTE, O COMO MINIMO CON UN ALDRETE DE 10 QUE CORRESPONDE A LOS CINCO PRIMEROS PUNTOS.

FIRMA DE QUIEN DA LA SALIDA

17

Toda alteración en este pasaporte implica su invalidez.
Any alteration to this passport will render it invalid.

Reemplaza el Pasaporte NoXXXXXXXXXX

Expedido en

Ampliado por

PRIMERA VEZ

Roger Taboada
Consul General of Colombia

Toda alteración en este pasaporte implica su invalidez.
Any alteration to this passport will render it invalid.

REPUBLICA DE COLOMBIA 2
DAS-AEROPUERTO ELDORADO
ID-272003 20:54:42
ME Y3N025017 AI990073
Adas951852430723-205510800
MIGRACION
Feb102006 06:49:25
ME Y3N025017 AI990073
Adas3875-56510364

REPUBLICA DE COLOMBIA 1
DAS-AEROPUERTO ELDORADO
MIGRACION
ID-272003 20:54:42
ME Y3N025017 AI990073
Adas951852430723-205510800
MIGRACION
Feb102006 06:49:25
ME Y3N025017 AI990073
Adas3875-56510364



PASAPORTE
PASSPORT

REPUBLICA DE COLOMBIA

TIPO / TYPE P COD. PAIS / CODE COUNTRY COL PASAPORTE N° / PASSPORT No. NUIP Y3N 025017

APELLIDOS / SURNAME

DOMINGUEZ CEPERO

NOMBRES / GIVEN NAMES

ISABELLA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO / DATE AND PLACE OF BIRTH

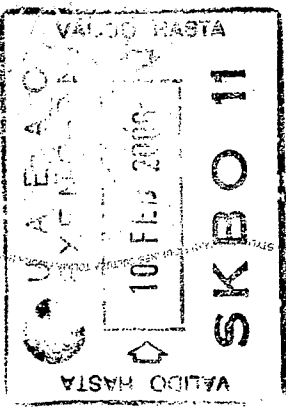
DICIEMBRE-01-2003 WALLA WALLA, USA
SEXO / SEX F LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION / PLACE AND DATE OF ISSUE

DICIEMBRE-23-2013
FECHA DE VENCIMIENTO / DATE OF EXPIRY

SAN FRANCISCO CA, DIC-23-2003
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION / PLACE AND DATE OF ISSUE

Roger Taboada
Consul General of Colombia

MODIFICACIONES



35

61

REPUBLICA DE COLOMBIA 1
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 2
EMIGRACION
D-6132003 08:27:08
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-201632266

REPUBLICA DE COLOMBIA 1
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 2
EMIGRACION
D-6132003 08:27:08
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-201632266

REPUBLICA DE COLOMBIA 5
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 1
EMIGRACION
D-6132003 20:53:58
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-203264266

Any alteration to this passport will render it invalid.
Toda alteración en este pasaporte invalida su validez.

REPUBLICA DE COLOMBIA 1
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 2
EMIGRACION
D-6132003 14:06:32
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-203264266

REPUBLICA DE COLOMBIA 1
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 2
EMIGRACION
D-6132003 14:06:32
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-203264266

REPUBLICA DE COLOMBIA 3
DAS - AEROPUERTO EL DORADO 1
EMIGRACION
D-6132003 06:52:38
CC 79315438 A1060205
dss315993395939-203264266

MODIFICACIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA

PASAPORTE PASAPORTE
TIPO / TYPE P COD. PAIS / CODE COUNTRY COL PASAPORTE Nº / PASSPORT No. CC 79315438

APELLIDOS / SURNAME DOMINGUEZ CARRASQUILLA

NOMBRES / GIVEN NAMES JUAN CARLOS

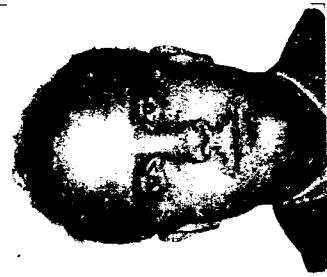
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO / DATE AND PLACE OF BIRTH 21 AGO 1964 CHICAGO

SEXO / SEX M

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION / PLACE AND DATE OF ISSUE BOGOTA CEDRITOS 27 JUN 2001

FECHA DE VENCIMIENTO / DATE OF EXPIRY 1102 NOV 22

AUTORIDAD / AUTHORITY AREA PASAPORTES



JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA
AREA PASAPORTES

20



21
38



Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

DELEGATURA PROPIEDAD INDUSTRIAL
División de Nuevas Creaciones

SOLICITUD
PATENTE DE MODELO DE UTILIDAD

21. EXPEDIENTE No. _____

54. TITULO CUCHARA DOSIFICADA CON MANGO BAJALENGUAS.

51. CLASIFICACION INTERNACIONAL _____

71. SOLICITANTE JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA.

DOMICILIO BOGOTA.

74. APODERADO JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA.

22. BOGOTA, D.C. Febrero 22 de 2.005

PETITORIO

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

SUPERINDUSTRIA Y COMERCIO
Radicación : 05016239 00000000 Folios: 8
Fecha (AMB): 2005-02-22 12:26:35
Trámite : 003 PATENTES D 1 REGISTRO/ 411 PRESENTAC
Dependencia: 2020 DIVISION DE NUEVAS CREACIONES

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PATENTE 2000-3

SOLICITUD DE :

①

☐ Patente de Invención.

☒ Patente de Modelo de Utilidad.

②

SOLICITANTE
(71)

Nombre: JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRAS-
QUILLA.

Dirección: Cra. 15 No. 61-10

Teléfono: 2553730 Fax: 2553730

E-mail: diplastic@hotmail.com

Domicilio: BOGOTA.

IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ NIT ☐

C.E. ☐ Otro ☐

Número 79315438

③

REPRESENTANTE
O APODERADO
(74)

Nombre: JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRAS-
QUILLA

Dirección Cra 15 No. 61-10

Teléfono: 2553730 Fax: 2553730

E-mail: diplastic@hotmail.com

IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ NIT ☐

C.E. ☐ Otro ☐

Número 79315438 TP

④

INVENTOR (ES)
(72)

Nombre: JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRAS-
QUILLA

Dirección Cra 15 No. 61-10

Teléfono: 2553730 Fax: 2553730

E-mail: diplastic@hotmail.com

Domicilio BOGOTA.

IDENTIFICACIÓN

C.C. ☐ Otro ☐

C.E. ☐

Número 79315438

⑤ Título (54)

CUCHARA DOSIFICADA CON MANGO BAJA LENGÜAS.

⑥ Clasificación Internacional (51)

⑦ Prioridad

SI ☐

NO ☐

(33) País de Origen

(32) Fecha

(31) Número de Solicitud

⑧ Para publicar a partir de la fecha de la presente solicitud a los:

6 meses ☒

12 meses ☐

18 meses ☐

Otro ☐

⑨ Comprobante de pago No. 05-13619

Fecha 21.02.05

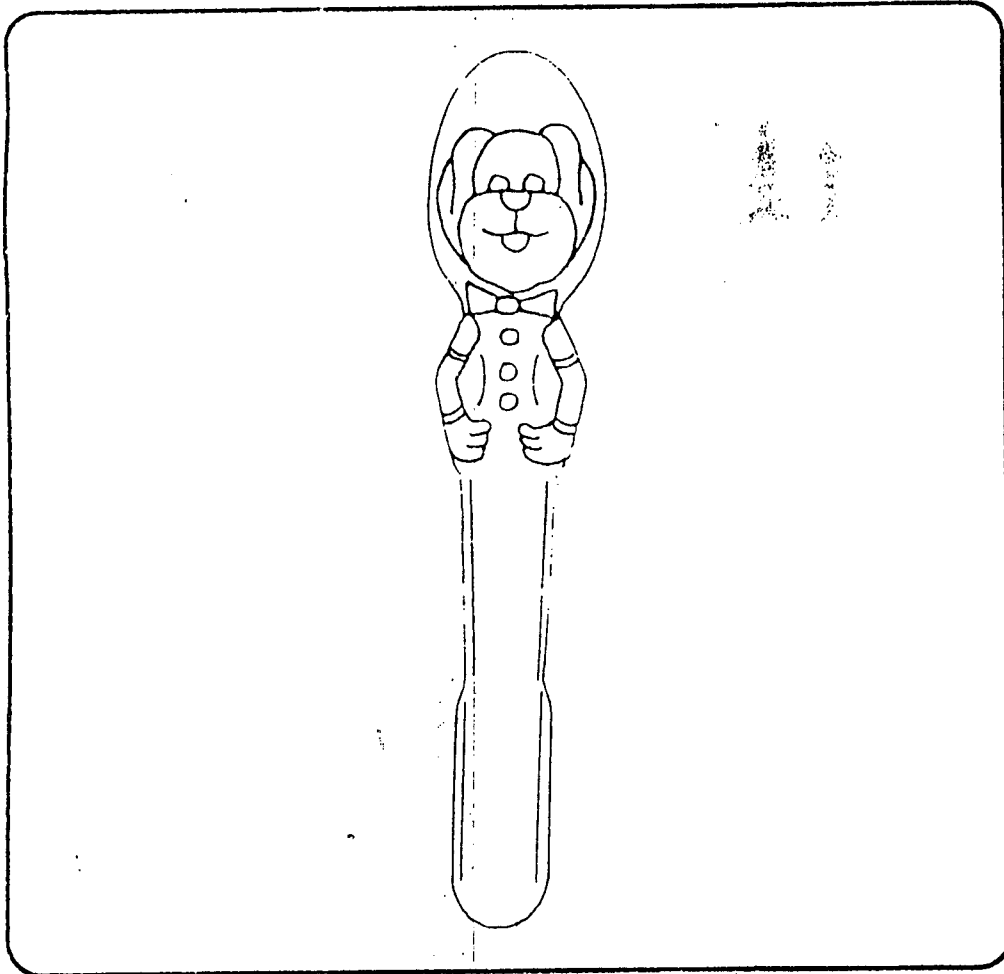
10

ANEXOS

- ☒ Comprobante de pago de la tasa de presentación de la solicitud.
- ☐ Comprobante de pago de la tasa por concepto de excedente de palabras en la publicación.
- ☐ Comprobante de pago por reivindicación de prioridad.
- ☐ Certificado de existencia y representación legal cuando el solicitante sea persona jurídica.
- ☐ Poderes, si fuere el caso.
- ☐ Copia certificada de la primera solicitud, si se reivindica prioridad.
- ☐ Traducción simple de la primera solicitud, si se reivindica prioridad.
- ☐ Documento de cesión del inventor al solicitante o a su causante.
- ☒ Descripción de la invención.
- ☒ Una o más reivindicaciones.
- ☒ Dibujos y/o planos necesarios.
- ☐ De ser el caso, copia del contrato de acceso.
- ☐ De ser el caso, documento que acredite la licencia o autorización de uso de conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas.
- ☐ De ser el caso, certificado de depósito del material biológico.
- ☐ Arte final 12x12.

11

FIGURA CARACTERÍSTICA:



12

NOMBRE: JUAN CARLOS DOMINGUEZ CARRASQUILLA

FIRMA: 

C.C. 79315438 T.P.

24

1. 1. CUCHARA DOSIFICADA CON MANGO BAJA LENGUAS.

2. RESUMEN:

5. El presente modelo de utilidad, Cuchara dosificada con mango baja lenguas, está conformado por una cavidad convencional dosificada, unida a un cuello y luego a un mango o asa alargado, este mango aromatizado presenta varias formas geométricas y muestra tallas o relieves a lo largo de sus superficies tanto frontal como posterior. Esta cuchara de material plástico, o cualquier otro material, para ser usada como cuchara dosificada de líquidos o bebidas medicinales; el mango alargado y aromatizado como baja -
10. lenguas de niños y también adultos.

3. ANTECEDENTES:

15. En la actualidad existen diversos baja lenguas conformados por una pieza rectangular alargada y redondeada en los extremos, por lo regular de madera, un poco frágil y desechable. La Cuchara aquí propuesta y mostrada en los dibujos que se acompañan; además de tener la cavidad dosificada en ml, está conformada por un mango alargado saborizado o aromatizado, para deleite
20. especial de los niños o infantes. También presenta varias tallas y relieves con dibujos o figuras de animalitos o personajes reconocidos por los niños, para facilitar así su uso y aplicación para hacer el examen de la cavidad orofaríngea en los mencionados
25. niños o adultos.

4. DIBUJOS:

Las siguientes ilustraciones del modelo de utilidad, Cuchara dosifica con mango baja lenguas, que se presenta gráficamente en los dibujos que se acompañan, en el cual el Dibujo No.
30. 1, corresponde a la vista posterior, según diseño del presente modelo de utilidad.

El Dibujo No. 2, corresponde a la vista lateral, según diseño del presente modelo de utilidad, y

35. El Dibujo No. 3, corresponde a la vista anterior o frontal, según diseño del presente modelo de utilidad.

5. DESCRIPCION DE LOS DIBUJOS:

El Dibujo No. 1, corresponde a la vista posterior de la Cuchara dosificada con mango baja lenguas, en la cual tenemos en la parte posterior de la cavidad (21) o sea, la cara convexa muestra una figura de un animalito amigable en alto relieve (16), luego viene el cuello en forma de corbatín (20) y de este cuello sale el mango alargado el cual mango conforma

(25)

1. mado por tres secciones: la primera porción del mango (19) a manera de romboide donde los lados simulan brazos con mangos enguantadas, hacia el centro vemos los pliegues a manera de camisa con botones. Luego la segunda porción o sección (18) de forma triangular alargada, cuyos lados están demarcados con líneas en alto relieve y crean un espacio para marcas de nombres o datos. Y la tercera sección (17) también en forma rectangular alargada y redondeada en los extremos y demarcada también con líneas de alto relieve y la superficie central para publicidad o detalles fármacos, etc.

10. El Dibujo No. 2, corresponde a la vista lateral de la Cuchara dosificada con mango baja lenguas, en la cual podemos observar en la parte superior la cavidad (21) que por su lado convexo presenta la figura o carita en alto relieve (16); luego vienen la secciones (20) el corbatín y (19) los brazos y luego las secciones (18) y (19) que unidas presentan una superficie alargada a manera de mango o asa.

20. El Dibujo No. 3, corresponde a la vista frontal o anterior de la Cuchara dosificada con mango baja lenguas, en la cual podemos observar la cavidad (21) que lleva impresas las medidas o cantidades a usar, unida a esta cavidad el cuello (20) liso y de este cuello sale el mango alargado, el cual cuello está conformado por tres secciones a manera de figuras geométricas alargadas: la primera sección (19) como un romboide recortado en sus extremos superior e inferior con líneas paralelas a sus lados. Luego la sección del medio (18) de manera triangular alargada y su superficie con lleva dibujos o figuras en bajo relieve de animalitos o muñequitos (15). Y la tercera sección también en forma rectangular alargada (17) y redondeada en el extremo inferior, esta sección crea el mango baja lenguas aromatizado.

6. DESCRIPCION DEL MODELO DE UTILIDAD:

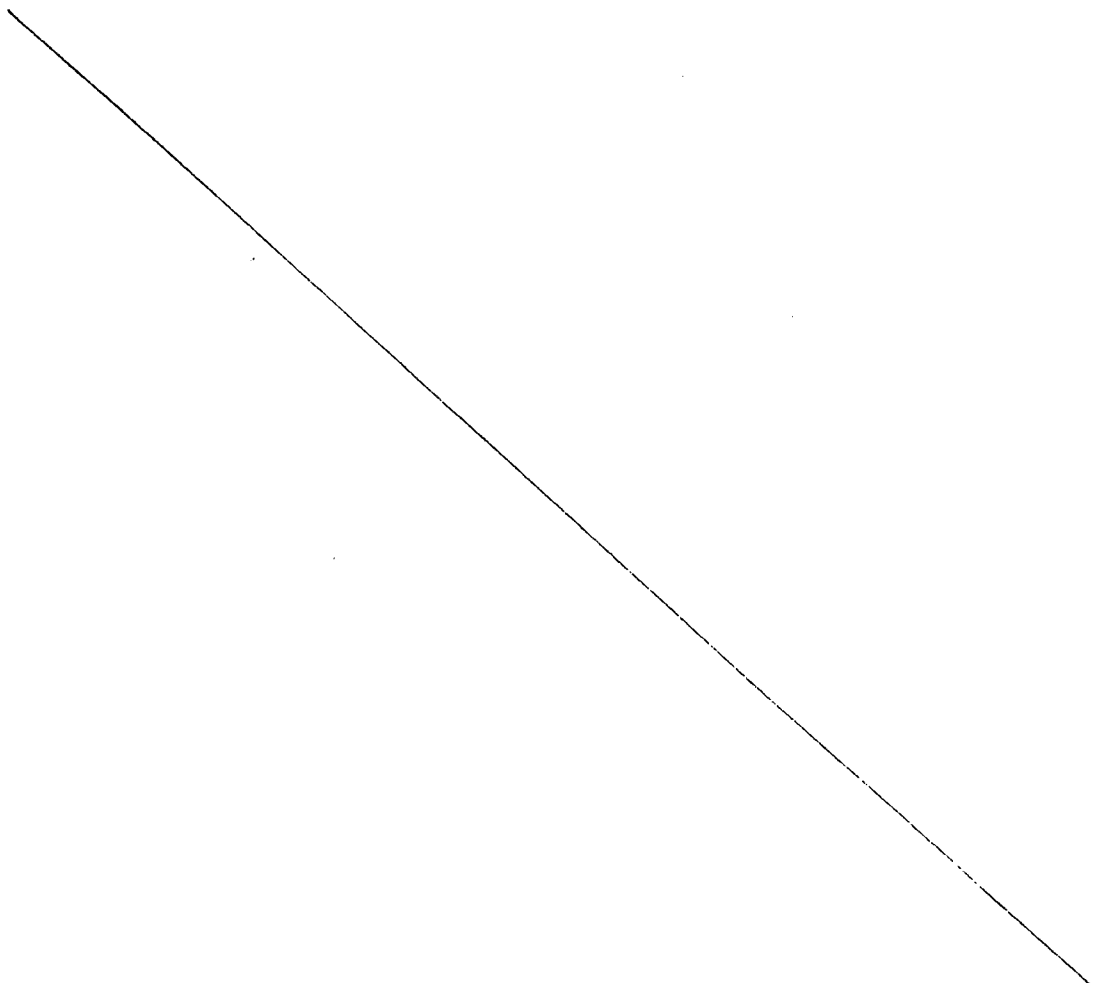
35. El presente modelo de utilidad, Cuchara dosificada con mango baja lenguas, está conformada por una cavidad y un mango convencionales, que en nuestro caso la cavidad presenta regladas o talladas en mililitros. En la cara posterior o superficie convexa presenta una figura o carita amigable de un animal, u objetos vegetales tallados en alto relieve. El cuello unido a esta cavidad es frontalmente liso y su cara posterior en forma de corbatín. A continuación tenemos el mango o asa alargado en tres secciones o partes y en forma general rectangular alargado, el cual tiene varias aplicaciones, puede usarse como mezclador de bebidas, líquidos con sólidos, o mango baja lenguas para examinar la cavidad orofaríngea en niños o adultos, entretenedor de niños por

(26)

1. sus formas y figuras, además de su sabor y aromas o como guía para dibujos o tareas de infantes. La primera sección del referido mango alargado, frontalmente está diseñado a manera de romboide y sus lados demarcados con líneas cóncavas y la superficie central para datos de compañías o propagandas. Su cara posterior naturalmente conserva la forma de romboide y cuyos lados semejan unos brazos con manos enguantadas en alto relieve, hacia el centro los pliegues de la camisa o chaleco con botones. La sección por la cara frontal en forma triangular alargada, con muñecos -
5. tallados en la superficie en varias posiciones decorativas. La cara posterior conlleva líneas demarcadas en alto relieve para reforzar la estructura, hacia el centro un espacio para nombres o dibujos publicitarios. La tercera sección puede ser aromatizada o saborizada, en forma rectangular alargada y finalmente redondeada; la cara posterior conlleva una superficie para nombres o
10. figuras, su lado posterior con líneas demarcadas en alto relieve y hacia el centro el espacio para publicidad.

- Este modelo de utilidad, Cuchara dosificada con mango baja lenguas, puede ser fabricado en
20. madera, plástico o cualquier otro material, este mango alargado con formas y tallas puede ser saborizado o aromatizado con olor a frutas ácidas o dulces, chocolates, fluor o saborizados de fluor, de acuerdo con los gustos o necesidades de los terapeutas, o madres para el manejo de los niños.

25.



(27)

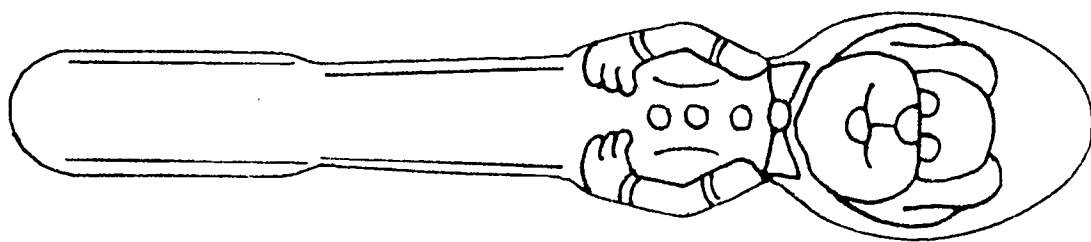
1. REIVINDICACIONES.

Reivindicamos:

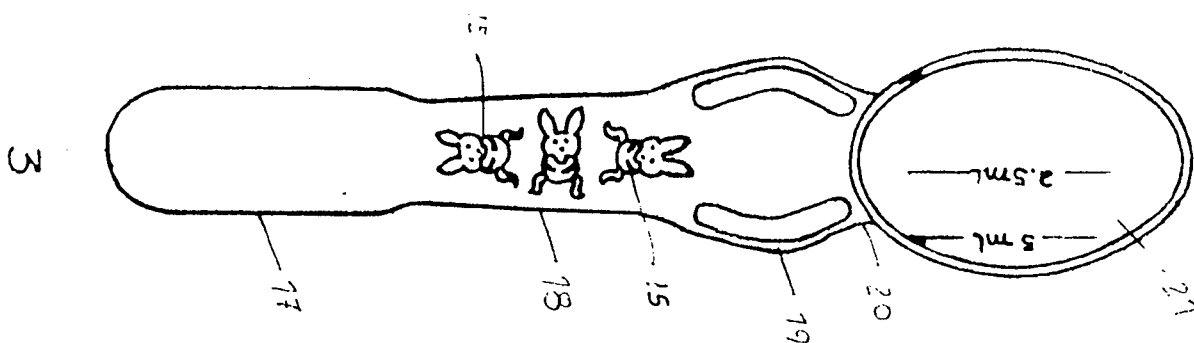
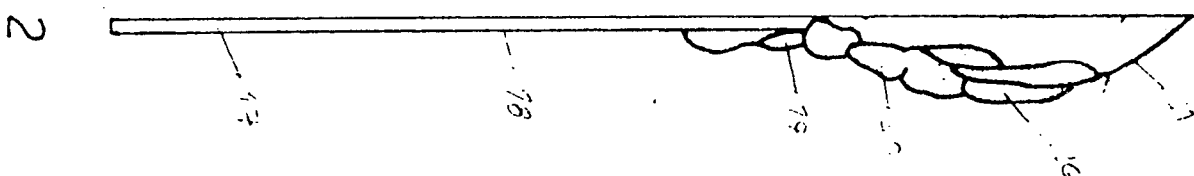
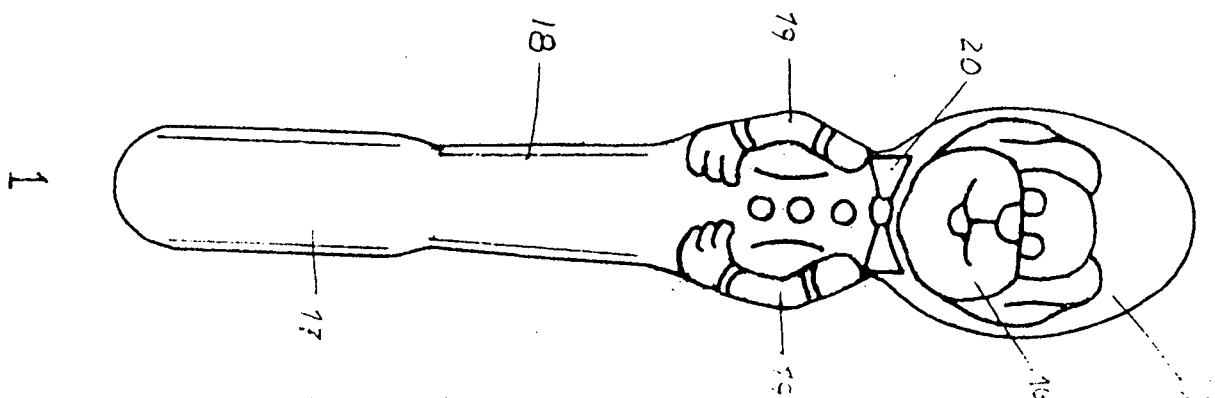
- Una Cuchara dosificada con mango
5. bajalenguas, caracterizada porque dicho modelo de utilidad, está conformado por una cavidad convencional que conlleva medidas dosificadas y por su cara posterior muestra en formas de talla unas figuras representativas de personajes u objetos infantiles; esta cavidad unida a un cuello que por su lado anterior o frontal es liso y por su cara posterior muestra en alto relieve una
10. figura de corbatín. Luego tenemos el mango o asa alargado conformado por tres secciones: la primera de ellas en forma romboidal, que por su cara frontal o anterior y por los bordes lleva demarcadas líneas cóncavas y hacia el centro la superficie lisa para ser usada con frases explicativas, y por la cara posterior igualmente por los lados y demarcados en alto relieve presenta los brazos con manos enguantadas y hacia el centro las plegaduras de una camisa con botones a manera de chaleco. La segunda
15. sección del medio del referido mango, en forma triangular alargada y presenta por su cara anterior o frontal figuras de animalitos infantiles en diferentes posiciones; la cara posterior demarcada por líneas en alto relieve y hacia el centro una superficie lisa para ser utilizada en publicidad, y por último la
20. tercera sección aromatizada o baja lenguas propiamente dicha en forma rectangular alargada y su cara anterior de superficie lisa, y la cara posterior conlleva dos líneas laterales en alto relieve a manera de refuerzo y hacia el centro con superficie lisa o plana.
- 25.

(28)

1



29



SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT : 800174089-2

RECIBO OFICIAL DE CAJA : 05 - 13.619
FECHA : FEBRERO 21 DE 2005

XXXX CONSIGNACION XXXX

DEPOSITANTE	TIPO PAGO	BANCO	CUENTA	Nº. PAGO	FECHA PGO	Vr. PAGO
JUAN C DOMINGUEZ	CONSIGNACION	BANCO POPULAR	050-00110-6	32654462	21/02/2005	260.000.00

XXXX CONCEPTO XXXX

CANT.	CONCEPTO	TOTAL CONCEPTO
1	50005-01-01 SOLICITUDES	260.000.00
5	TRAMITES DE SOL. DE MODELO DE UTI	260.000.00
	TOTAL :	260.000.00

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS

RESPONSABLE :

RECIBO DE CAJA APLICADO AL EXPEDIENTE No.

(31)

CÓMO PRESENTAR LOS ANEXOS

10. **Dibujos, planos y figuras.** Los dibujos, planos, figuras y representaciones gráficas tienen como finalidad contribuir a una mejor comprensión y divulgación de la invención, por lo tanto deberán tener ciertas características:

- Deben tener una relación directa con la descripción.
- Deben permitir visualizar las formas de ejecución descritas.
- La relación entre la descripción y los dibujos se debe hacer por medio de signos de referencia que se encuentren en ambos elementos y guarden una correspondencia.
- Si dentro de la descripción han sido mencionadas algunas figuras necesariamente deben ser incluidas.
- No deben incluirse figuras o dibujos que no se encuentran descritos.
- No deben ser realizados a mano alzada.
- No deben aparecer símbolos o números no mencionados en la descripción.
- No deben incluir textos o letreros.

Los diagramas esquemáticos y de flujo así como las fórmulas químicas o matemáticas que no sean mecanografiadas o impresas dentro del texto de la descripción, se consideran dibujos.

Las gráficas, figuras y dibujos de que trata la Decisión 486, deberán ser elaboradas siguiendo las reglas del dibujo técnico con tinta negra indeleble, numeradas individual y consecutivamente, y presentadas exclusivamente en papel tamaño oficio por una sola cara, sin la inclusión de marcos en su contorno.

Unidad de invención. Cuando un grupo de invenciones es reivindicado en una misma solicitud, el requisito de unidad de invención de conformidad con el artículo 25 de la Decisión 486, se cumplirá sólo si existe entre estas invenciones una relación técnica especial que contribuye a entrelazar como un todo el objeto de la invención, con características que sólo pueden ser obtenidas en su conjunto.

Descripción. Para que la descripción divulgue la invención de manera clara y completa para su comprensión deben utilizarse términos técnicos reconocidos en el ámbito técnico correspondiente, si son términos técnicos poco conocidos se deben definir correctamente.

En la descripción no será adecuado el uso de nombres propios o marcas registradas o similares para designar productos.

Solicitudes biotecnológicas. En relación con las solicitudes de patentes en áreas biotecnológicas que se refieren a secuencias de nucleótidos o aminoácidos, la solicitud debe contener una lista de éstas, la cual debe presentarse de manera separada a la descripción y llevar el título "LISTADO DE SECUENCIAS". A cada secuencia divulgada se le asignará un número de identificación descrito como "SEQ ID NO." (Estándares de presentación de listados de secuencias de aminoácidos. Circular PCT 633/PCIP12314, Noviembre 12 de 1997 OMPI). El número de secuencias deberá indicarse en el listado.

En la descripción y en las reivindicaciones, las secuencias se indicarán por su número de identificación.

Las secuencias corresponderán a una secuencia de nucleótidos, una secuencia de aminoácidos o una secuencia de nucleótidos junto con su correspondiente secuencia de aminoácidos según sea el objeto de la invención.

Capítulo Reivindicatorio. Las reivindicaciones deben ir numeradas consecutivamente en números arábigos. Para mayor claridad, las reivindicaciones deben constar de dos partes: Un preámbulo y una parte característica. El preámbulo define el objeto de la invención y sus características técnicas, indicando aquello que forma parte del estado de la técnica. La segunda parte, se refiere a las características técnicas del producto o procedimiento que se desea proteger y debe ir precedida de la expresión "caracterizada por" u otra similar.

Una reivindicación independiente debe contener todas las características esenciales de la invención. Toda reivindicación independiente puede ir seguida de una o más reivindicaciones dependientes que hagan referencia a los modos concretos de realización de la invención.

Una reivindicación dependiente contiene todos los elementos de la reivindicación de la que depende y debe hacer referencia a dicha reivindicación y precisar a continuación las características técnicas adicionales que se quieren proteger.

Aun cuando las reivindicaciones deben ser congruentes con la descripción, no es adecuado hacer referencias a la descripción y a los dibujos, si los hubiere, a menos que sea absolutamente necesario. No obstante, con el fin de dar claridad a las reivindicaciones las referencias de los dibujos deberán ir entre paréntesis.

Con el fin de definir la materia que se desea proteger mediante la patente, las reivindicaciones deben ser claras y concisas, no deben definir la invención mediante los resultados que se quieren obtener, y no deberán contener expresiones ajenas al propósito de fijar las limitaciones del privilegio que se desea obtener, ni opiniones personales de tipo comparativo tales como "más ventajoso que" o "más económico que".

Cuando la invención sea un producto químico debe definirse por su fórmula química.

11. **Figura Característica:** Para efecto de la publicación, los dibujos que sean necesarios deberán presentarse en dos ejemplares de tamaño de 12x12 cm., cumpliendo con las condiciones para ser reproducidos por medio de scanner o ser digitalizados para su correspondiente publicación.