REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC81115 - ADS22055

DATOS DEL PERSONAL

Placa: ZAB002	**Código de traslado: 81115455**
Prestador: SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S.	**Nombre del Tripulante:** Estefania Rueda Morales
Ocupación del Tripulante:	**Nombre y Apellidos del Conductor:**
Número de Documento del Conductor:	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 15 de Noviembre de 2024 a las 03:31	
Tipo de incidente telefónico (Despachador): Siniestro vial	**Tipo de incidente en campo (Tripulación):**
Triaje telefonico: 2	**Triaje de campo:** 2
Hora notificación de la emergencia: 03:34	**Hora de arribo:**
Hora de ingreso de paciente a ambulancia:	**Hora de salida del sitio de la emergencia:**
Hora de llegada a urgencias:	**Hora de entrega del paciente:**
Observaciones:	

DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

Dirección del despachador: Av principal cuchilla de los castro por Villa ligia	**Dirección que confirma la móvil:** Cra. 25 #78, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: LAURA CAMILA GARCIA RENDON	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 1004734778
Fecha de Nacimiento: 2002-06-18	**Edad:** 22	**Sexo:** Femenino

Ocupación:	**Dirección de Residencia:**	**Ciudad:** Pereira
Número telefónico:		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS	**Cual?:**	**Régimen:**
ARL:	**Póliza cubre atención:** APLICA	**Nombre de aseguradora de póliza:** Compañia mundial de seguros
Número de póliza: 87720826	**Vigente?:**	

ESTADO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Glasgow:

O :	**V :**	**M :**	**=** 0/15			

Signos Vitales al Recibir el Paciente:

T/A. : /	**P.A.M. :** 0	**F.R. :**	**F.C. :**	**SaO2. :**	**T. :**	**GLUCO. :**

HALLAZGOS

No se realizaron hallazgos.

Antecedentes:

Antecedente	Cual?	Antecedentes Ginecopstetricos
Antecedentes Patológicos	No	No
Antecedentes Farmacológicos	No	Gestaciones:
Antecedentes Quirúrgicos	No	Partos:
Antecedentes Alérgicos	No	Cesareas:
Fecha de última menstruación:	---	Abortos:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

No se realizaron procedimientos adicionales.

Signos Vitales Durante el Traslado:

No se registraron signos vitales durante el traslado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **LAURA CAMILA GARCIA RENDON** identificado(a) con **CC** n° **1004734778**, habiendo recibido la información por parte del personal asistencial respecto a los riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante el traslado ACEPTO y AUTORIZO a **Estefania Rueda Morales** a realizar el traslado en ambulancia hasta el centro asistencial asignado por el CRUE.

Nota:

En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, y decreto reglamentario 1377 de 2013, que desarrollan el derecho de habeas data, solicitamos su autorización para que la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social, en calidad de responsable, pueda realizar el tratamiento de sus datos personales, con fines estadísticos del SEM (Sistema de Emergencias Médicas), y la Secretaría de Salud pública y seguridad social.

¿El paciente acepta el tratamiento de datos? si

Observación:

Firma Paciente:

Firma Acompañante:

Paciente: LAURA CAMILA GARCIA RENDON

CC: 1004734778

DATOS DEL TESTIGO

Documento de identidad:	**Nombres y Apellidos:**
Teléfono:	**Firma:**

PERTENENCIAS

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento de identidad:	**Nombre del Acompañante:**
Parentesco:	**Teléfono:**

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC81115 - ADS22055

Departamento: RISARALDA	**Municipio:** Pereira
Direccion de residencia:	**Observación:**

EGRESO

¿El paciente tiene signos vitales? si	**Hora de entrega de paciente a IPS:** 04:21	**Triaje hospitalario:** 2
Documento de quien recibe:	**Nombre de quien recibe:**	**Cargo:**
Hospital asignado: CLINICA LOS ROSALES S.A	**Hospital que recibe:** CLÍNICA DE FRACTURAS LTDA	**Observación:**

Firma Personal de IPS:

Nombre personal IPS:

No. documento: