REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC80767 - ADS21970

DATOS DEL PERSONAL

Placa: RCX967	**Código de traslado: 80767465**
Prestador: ASISTENCIA MEDICA PREVIMED S.A.S.	**Nombre del Tripulante:** KAREN TATIANA CARMONA TRIANA
Ocupación del Tripulante:	**Nombre y Apellidos del Conductor:**
Número de Documento del Conductor:	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 7 de Noviembre de 2024 a las 09:21	
Tipo de incidente telefónico (Despachador): Siniestro vial	**Tipo de incidente en campo (Tripulación):** Siniestro vial
Triaje telefonico: 2	**Triaje de campo:** 2
Hora notificación de la emergencia: 09:25	**Hora de arribo:** 09:27
Hora de ingreso de paciente a ambulancia:	**Hora de salida del sitio de la emergencia:** 09:32
Hora de llegada a urgencias:	**Hora de entrega del paciente:**
Observaciones:	

DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

Dirección del despachador: 30 de agosto con 23	**Dirección que confirma la móvil:** Av. 30 de Agosto #23 73, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: VIVIANA CORREA LOPEZ	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 1088002081
Fecha de Nacimiento: 1989-04-30	**Edad:** 35	**Sexo:** Femenino

Ocupación:	**Dirección de Residencia:** VDA CANCELES LA ANGARILLA	**Ciudad:** Pereira
Número telefónico:		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	**Cual?:**	**Régimen:**
ARL:	**Póliza cubre atención:** APLICA	**Nombre de aseguradora de póliza:** Axa colpatria
Número de póliza: 3291567000	**Vigente?:** SI	

ESTADO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Glasgow:

O : Espontáneo	**V :** Orden Verbal Obedece	**M :** Orientado y conversando	**=** 15/15			

Signos Vitales al Recibir el Paciente:

T/A. : 118/78	**P.A.M. :** 91.33333333333333	**F.R. :** 20	**F.C. :** 76	**SaO2. :** 99	**T. :** 36	**GLUCO. :**

HALLAZGOS

Laceracion en mano izquierda rodilla izquierda cuello de pie izquierdo

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

Valoración cefalocaudal protocolo de trauma toma de signos vitales traslado basico

Signos Vitales Durante el Traslado:

T/A. : 118/79	**P.A.M. :** 92	**F.R. :** 19	**F.C. :** 75	**SaO2. :** 98	**T. :**	**GLUCO. :**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **VIVIANA CORREA LOPEZ** identificado(a) con **CC** n° **1088002081**, 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 **KAREN TATIANA CARMONA TRIANA** 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: VIVIANA CORREA LOPEZ

CC: 1088002081

DATOS DEL TESTIGO

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

PERTENENCIAS

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

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

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC80767 - ADS21970



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

EGRESO

¿El paciente tiene signos vitales? si	**Hora de entrega de paciente a IPS:** 09:44	**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: