REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC80501 - ADS21886

DATOS DEL PERSONAL

Placa: JEU603	**Código de traslado: 80501247**
Prestador: AMBULANCIAS CONEXION MEDICA S.A.S.	**Nombre del Tripulante:** Cristian Andres Castaño Rivera
Ocupación del Tripulante:	**Nombre y Apellidos del Conductor:** Camilo sagobal
Número de Documento del Conductor: 10883343177	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 31 de Octubre de 2024 a las 18:05	
Tipo de incidente telefónico (Despachador): Otras solicitudes en salud	**Tipo de incidente en campo (Tripulación):** Siniestro vial
Triaje telefonico: 2	**Triaje de campo:** 2
Hora notificación de la emergencia: 18:05	**Hora de arribo:** 18:07
Hora de ingreso de paciente a ambulancia:	**Hora de salida del sitio de la emergencia:** 18:49
Hora de llegada a urgencias:	**Hora de entrega del paciente:**
Observaciones:	

DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

Dirección del despachador: Después de la Dulcera al Terminalito	**Dirección que confirma la móvil:** Cl. 21 #848, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: EDILSON GONZALEZ CALDERON	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 9872885
Fecha de Nacimiento: 1982-02-14	**Edad:** 42	**Sexo:** Masculino

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC80501 - ADS21886

Ocupación:	**Dirección de Residencia:**	**Ciudad:** Pereira
Número telefónico: None		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	**Cual?:**	**Régimen:**
ARL:	**Póliza cubre atención:**	**Nombre de aseguradora de póliza:**
Número de póliza:	**Vigente?:**	

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. : 125/80	**P.A.M. :** 95	**F.R. :** 20	**F.C. :** 96	**SaO2. :** 93	**T. :**	**GLUCO. :**

HALLAZGOS

Traima a nivel fe dorso de mano d recha Trauma a nivvel de rodilla derecha con abracion

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:

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC80501 - ADS21886

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se valora se inmoviliza para trasladar a centro medico

Signos Vitales Durante el Traslado:

T/A. : 125/80	**P.A.M. :** 95	**F.R. :** 20	**F.C. :** 93	**SaO2. :** 96	**T. :**	**GLUCO. :**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **EDILSON GONZALEZ CALDERON** identificado(a) con **CC** n° **9872885**, 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 **Cristian Andres Castaño Rivera** 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: EDILSON GONZALEZ CALDERON

CC: 9872885

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

INC80501 - ADS21886

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

EGRESO

¿El paciente tiene signos vitales? si	**Hora de entrega de paciente a IPS:** 18:36	**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: