Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión: 1 | Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

.Fecha: 22/11/2024	Acta No: 02	Hora Inicio: 11+50	Hora Fin: 12+36
Tema: Verificación incidente 81437. con Asistencia Medica Preimed. SAS			
Responsable: Lady Chunza		Elaborado por: Lady Chunza	
Proceso / Subproceso / Actividad: Promoción del Desarrollo Social – Salud Pública y Seguridad Social – Salud Publica Programa Gestión en Salud del Riesgo de Desastres			
Lugar: Cra 7 # 42B-37 Edificio Doncr Sede Administrativa Asistencia Medica Preimed. SAS			

AGENDA	
1.	Verificacion Incidente 81437
2.	/ /
3.	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se realiza desplazamiento inmediato a Sede del Prestador Asistencia Medica Preimed SAS para la verificacion de un incidente gestionado por el SEM numero 81437, se realiza desplazamiento por TAPH lady chunza para la verificacion.
Recibe la visita personal administrativo stephania Velez y Alejandra Castro a las wates se les socializa motivo de la visito, y se solicita registro de atencion de la paciente identificada con CC.39266546
Entregan historia clinica impresa y se envia al correo semregionalpereira.gov.co

Se cierra acta de verificacion a las 12+36

Alejandra Castro B.
stephania Velez G.

Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión: 1

Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

Tema: Verificación Incidente 81437 con Asistencia Medica Previmed SAS		Fecha: 22/11/2024		Acta No: 02	
NOMBRE	PROCESO O ENTIDAD	CARGO	TELÉFONO OFICINA/ CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1 Stephania velez.	Previmed	Aux administrativa	3245527249	velezgiraldastefania@gmail.com	Stephania
2 Alejandra Castro B.	Previmed	Aux administrativa	3155817306	alejandracastro27072003@gmail.com	Alejandra C.
3 lady Chunga Loza	SSP y SS Pereira	TAPH JUC SEM	3146079941	leidychunga@gmail.com	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

00004778

ACTUALIZACIÓN: 30-06-2022

FECHA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	ZONA			TIPO DE SERVICIO		
22/11/2024	PEREIRA	RISARALDA			RURAL		X	SENCILLO
				X	URBANA			DOBLE

HORA DE LLAMADA: 8:33:00 | HORA DE LLEGADA AL SINIESTRO: 8:45:00 | No. MÓVIL: 004 | No PLACA: OQF272

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: CRA 15 # 29-18

TRIPULANTE: LAURA VERONICA ESPINOSA LOPERA | REGISTRO: 3970588 | CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA: John Nayib Galvis Piedrahita | DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL CONDUCTOR: 1088297247

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: AVEIDA ISABEL DÍAZ PÉREZ	**SEXO:** FEMENINO	**FECHA DE NACIMIENTO:** 19/11/1954	**EDAD:** 70
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**TIPO:** CC	**No.** 39266546	**ACEPTA TRANSFUSIÓN:** SI	**CIUDAD:** Pereira
TELÉFONO: 3136490229	**OCUPACIÓN:** Hogar		**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** CRA 15 # 29-18 san Nicolás	

CAUSA QUE GENERA LA ATENCIÓN				PRIMER RESPONDIENTE		TIPO DE AFILIACIÓN				ESTADO CIVIL: Casada
	ENF COMÚN		ARL	X	COMUNIDAD		SOAT		CONVENIO	ASEGURADORA:
	LESIÓN POR AGRESIÓN		ACCIDENTE RÁBICO		SOCORRISTAS		PARTICULAR		ARL	No. PÓLIZA:
	ACCIDENTE COMÚN		ACCIDENTE DE TRÁNSITO		POLICÍA	X	APORTE SOCIAL			EPS DEL PACIENTE: Salud total
	LESIÓN AUTOINFRINGIDA	X	OTRO		TRÁNSITO		FOSYGA			

HISTORIAL DEL PACIENTE

ANTECEDENTES	
PATOLÓGICOS	Hipertensión
QUIRÚRGICOS	Niega
ALÉRGICOS	Niega
MEDICAMENTOS	Terbonafina, cardeprex, aceite de lavanda

ULTIMA COMIDA: 08+00

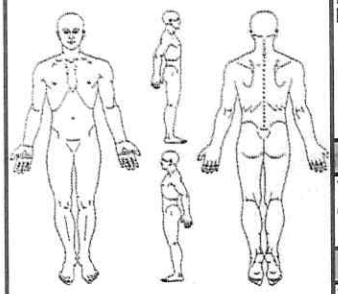
SÍNTOMAS: Asintomatica

EVENTOS: No

SIGNOS VITALES		
FC:62	GLUCOMETRÍA: No	SpO2: 97,00 %
FR:16	TEMPERATURA: 36.1	
T/A:116/62	LLENADO CAPILAR: -2 S	

ESCALA DE GLASGOW		
APERTURA OCULAR	4	TOTAL: 15/15
RESPUESTA VERBAL	5	
RESPUESTA MOTRIZ	6	

TRIAJE	
ROJO	
AMARILLO	X
VERDE	
NEGRO	



DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA:

Paciente de pie consciente orientada alerta manifiesta hace 25 minutos la ingesta excesiva de medicamentos homeopáticos suministra tableta de aceite de lavanda y Cande prex.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Valoración cefalofaudal, toma signos vitales, Se dan recomendaciones, signos y síntomas de alarma, refieren entender y niegan traslado en ambulancia.

CINEMÁTICA DEL TRAUMA:

Toma de medicamentos cantidad no controlada

PLACA VEHÍCULO SINIESTRO N/A

DATOS DE LA ENTREGA

FECHA DE ENTREGA:	22/11/2024	HORA DE ENTREGA:	8:56:00	INSTITUCIÓN QUIEN RECIBE PACIENTE:	N/A	CIUDAD:	PEREIRA
SERVICIO A:	URGENCIAS	NOMBRE DE QUIEN RECIBE PACIENTE:		Na		CARGO:	OTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BAJO MI RESPONSABILIDAD AUTORIZO EL TRASLADO EN AMBULANCIA CONOCIENDO Y ACEPTANDO COMPLICACIONES QUE SE PUEDAN PRESENTAR

ACEPTO SER TRANSPORTADO A: N/A

NOMBRE Y FIRMA:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 43.343.162
PARENTESCO (EN CASO DE SER ACOMPAÑANTE):

DESISTIMIENTO DE ATENCIÓN

ME NIEGO A SER ATENDIDO O TRANSPORTADO POR ASISTENCIA MÉDICA PREVIMED BAJO MI RESPONSABILIDAD Y EXONERANDO A LA EMPRESA DE CUALQUIER CONSECUENCIA QUE SE PUEDA PRESENTAR

NOMBRE Y FIRMA

Gliada

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 43343162
PARENTESCO (EN CASO DE SER ACOMPAÑANTE): Vecina

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE LA IPS PREVIMED QUE ENTREGA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE LA IPS QUIEN RECIBE