0972

SERVICIO EN AMBULANCIA DE RISARALDA

NIT. 900611988-8
Cra. 9 # 25-25 Consultorio 529 Edif. Los Rosales
CEL: 302 2981440
Correo: servicioambulanciaderisaralda@gmail.com

BITÁCORA DE TRASLADO
FORMULARIO ÚNICO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y TRANSPORTE DE PACIENTES

Fecha	05	12	2024	Ciudad	Pereira	Dpto	Risaralda	HR Llamada	06:56
HR Salida	06:56								
No. Móvil	04			Placa móvil	OVH290	Quien informa	central	HR de arribo	07:01
HR ingreso	—								
Dirección del incidente	Vía Publica AV del rio frente al Antiguo Yumbo.								

CAUSA QUE GENERA ATENCIÓN

Enf. Común	☐	ARL	☐
Lesión x agresión	☐	Accidente rábico	☐
Accidente común	☐	Acc. Tránsito	☐
Les. Autoinfringida	☐	Otro	☒

PRIMER RESPONDIENTE / ZONA

Comunidad	☒	Urbano	☒
Socorristas	☐	Rural	☐
Policía	☐		
Tránsito	☐		

TIPO DE SERVICIO

Sencillo	☑
Redondo	☐

TIPO DE AFILIACIÓN

Particular	☐	Convenio	☐
Aporte social	☒	ARL	☐
SOAT	☐		
FOSYGA	☐		

Nombre del paciente:	NN		Sexo	X	F
Edad	NIA				
Tipo documento:	NIA.	No.	NIA	Fecha nacimiento	NIA
NIA	NIA				
Dirección:	NIA	Ciudad:	NIA	Teléfono:	
Ocupación:	NIA	Acepta transfusión	NIA	SI —	NO —
Aseguradora:	NIA	No. Poliza:	NIA	EPS del paciente:	NIA.

HISTORIAL DEL PACIENTE

Síntomas: NIA	Medicamentos: NIA	Última comida: NIA
Alergias: NIA.	Patologías: NIA	Eventos: NIA

SIGNOS VITALES

FC 105	FR 22	T/A 110/69	T° 36	Sp2% 90	Glucometría NIA	Llenado Capilar <2

ESCALA DE GLASCOW

Parámetro	Descripción	Valor
APERTURA OCULAR		4
	Voz	X
	Dolor	2
	Ninguna	1
TOTAL	14/15	

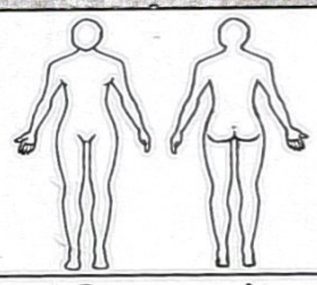
Parámetro	Descripción	Valor
RESPUESTA VERBAL	Orientada.	X
	Confusa	4
	Inapropiada	3
	Sonidos	2
	Ninguna	1

Parámetro	Descripción	Valor
RESPUESTA MOTRIZ	Obedece	X
	Localizada	5
	Retirada	4
	Flexión	3
	Extensión	2
	Ninguna	1

TRIAGE ROJO | AMARILLO X. | VERDE | NEGRO

DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA

Laceración	//	Deformidad	
Contusión		Herida abierta	
Trauma		Quemadura	//
Avulsión		Hemorragia	



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: al llegar al sitio se encuentra Paciente en colchoneta en Posición supino, Paciente bajo efectos de alucinógenos, con signos en los Parametros normales Paciente conciente, alerta., desorientado, Paciente habitante de calle, se realizo valoración cefalocaudal, se realiza toma de signos vitales, Paciente con una

CINEMÁTICA DEL TRAUMA: temperatura euterma., hemodinamicamente estable., Paciente con respuesta ocular, verbal. y motriz., se le comenta el estado del Paciente y se le dan recomendaciones al cuadrante de turno del 20 de julio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

SER TRANSPORTADO

FIRMA: C.C:

CONSENTIMIENTO NO INFORMADO

ME NIEGO A SER ATENDIDO O TRANSPORTADO POR SERVICIO EN AMBULANCIA DEL RISARALDA BAJO MI RESPONSABILIDAD Y EXONERANDO A LA EMPRESA DE CUALQUIER CONSECUENCIA QUE SE PUEDA PRESENTAR

FIRMA: NO firma. C.C:

CONDUCTOR AMBULANCIA: Hernan Dario Aguirre Vasquez CC: 1088284552

TRIPULANTE: Jhoanna Alejandra Valencia Morale REGISTRO: 38472

PACIENTE TRASPORTADO DESDE: Vía Publica AV del rio frente al antiguo yumbo

DESTINO: NIA

¿SATISFECHO CON LA ATENCIÓN? SI ☒ NO ☐

FIRMA DE QUIEN ENTREGA EL PACIENTE:

Jhoanna Valencia
1088301000

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL PACIENTE: