REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC82200 - ADS22319

DATOS DEL PERSONAL

Placa: ABP702	**Código de traslado: 82200265**
Prestador: servicio en ambulancia de risaralda s.a.s	**Nombre del Tripulante:** JUAN PABLO BETANCOURT IDARRAGA
Ocupación del Tripulante: Auxiliar de Enfermería	**Nombre y Apellidos del Conductor:** Mateo ramirez restrepo
Número de Documento del Conductor: 1004753727	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 8 de Diciembre de 2024 a las 14:55	
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: 14:57	**Hora de arribo:** 15:00
Hora de ingreso de paciente a ambulancia:	**Hora de salida del sitio de la emergencia:** 15:06
Hora de llegada a urgencias:	**Hora de entrega del paciente:**
Observaciones:	

DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

Dirección del despachador: Avenida del Río con calle 7	**Dirección que confirma la móvil:** Cra. 9 #2b-2, Comuna Oriente, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: JULIAN ANDRES VALENCIA GRAJALES	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 1088025005
Fecha de Nacimiento: 1995-12-28	**Edad:** 28	**Sexo:** Masculino

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC82200 - ADS22319

Ocupación: Empleado	**Dirección de Residencia:** Manzana 1 casa 4 hernando velez pereira	**Ciudad:** Pereira
Número telefónico: 3127669061		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS	**Cual?:** Asmet salud	**Régimen:** Contributivo
ARL:	**Póliza cubre atención:**	**Nombre de aseguradora de póliza:** Compañia mundial de seguros
Número de póliza: 88062643	**Vigente?:** SI	

ESTADO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Glasgow:

O : Espontáneo	**V :** Localiza el Dolor	**M :** Orientado y conversando	**=** 14/15			

Signos Vitales al Recibir el Paciente:

T/A. : 125/56	**P.A.M. :** 79	**F.R. :** 19	**F.C. :** 62	**SaO2. :** 96	**T. :** 35.8	**GLUCO. :**

HALLAZGOS

Al arribo paciente masculino consciente alerta y orientado, sobre via publica con trauma y deformidad en mano izquierda y laceracion en rodilla izquierda

Antecedentes:

Antecedente	Cual?	Antecedentes Ginecopstetricos
Antecedentes Patológicos	Niega	No aplica
Antecedentes Farmacológicos	Niega	Gestaciones:
Antecedentes Quirúrgicos	Niega	Partos:
Antecedentes Alérgicos	Niega	Cesareas:

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC82200 - ADS22319

Fecha de última menstruación:	---	Abortos:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se realiza asepsia en rodilla izquierda por laceracion
Se inmoviliza mano izquierda con inmovilizador y venda elastica

Signos Vitales Durante el Traslado:

T/A. : 145/72	**P.A.M. :** 96.33333333333333	**F.R. :** 19	**F.C. :** 62	**SaO2. :** 97	**T. :** 36	**GLUCO. :**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **JULIAN ANDRES VALENCIA GRAJALES** identificado(a) con **CC** n° **1088025005**, 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 **JUAN PABLO BETANCOURT IDARRAGA** 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: JULIAN ANDRES VALENCIA GRAJALES

CC: 1088025005

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC82200 - ADS22319

DATOS DEL TESTIGO

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

PERTENENCIAS

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento de identidad:	**Nombre del Acompañante:**
Parentesco:	**Teléfono:**
Departamento: RISARALDA	**Municipio:** Pereira
Direccion de residencia:	**Observación:**

EGRESO

¿El paciente tiene signos vitales? si	**Hora de entrega de paciente a IPS:** 15:13	**Triaje hospitalario:** 3
Documento de quien recibe:	**Nombre de quien recibe:**	**Cargo:**
Hospital asignado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA	**Hospital que recibe:** CLÍNICA DE FRACTURAS LTDA	**Observación:**

Firma Personal de IPS:

Nombre personal IPS:
No. documento: