REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC81784 - ADS22205

DATOS DEL PERSONAL

Placa: DDG682	**Código de traslado: 81784256**
Prestador: EMERGENCIAS MEDICAS Y RESCATE S.A.S.	**Nombre del Tripulante:** DAYANA ANDREA LONDOÑO BETANCUR
Ocupación del Tripulante:	**Nombre y Apellidos del Conductor:**
Número de Documento del Conductor:	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 30 de Noviembre de 2024 a las 07:46	
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: 07:48	**Hora de arribo:** 07:54
Hora de ingreso de paciente a ambulancia:	**Hora de salida del sitio de la emergencia:** 07:57
Hora de llegada a urgencias:	**Hora de entrega del paciente:**
Observaciones:	

DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

Dirección del despachador: Subiendo a San Nicolás por la av sur	**Dirección que confirma la móvil:** Cra. 16 #25-34, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: ANGIE STHEFANY TREJOS GUTIERREZ	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 1006200821
Fecha de Nacimiento: 2003-07-05	**Edad:** 21	**Sexo:** Femenino

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. : None/None	**P.A.M. :** 0	**F.R. :**	**F.C. :**	**SaO2. :**	**T. :**	**GLUCO. :**

HALLAZGOS

Paciente en calidad de conductora de motocicleta la cual colisiona con vehiculo que la cierra

Antecedentes:

Antecedente	Cual?	Antecedentes Ginecopstetricos
Antecedentes Patológicos	Niega	No
Antecedentes Farmacológicos	Niega	Gestaciones:
Antecedentes Quirúrgicos	No	Partos:
Antecedentes Alérgicos	Niega	Cesareas:
Fecha de última menstruación:	---	Abortos:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoracion cefalo-caudal, monitereo, asepsia de lesiones

Signos Vitales Durante el Traslado:

No se registraron signos vitales durante el traslado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **ANGIE STHEFANY TREJOS GUTIERREZ** identificado(a) con **CC** n° **1006200821**, habiendo recibido la información por parte del personal asistencial respecto a los riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante el traslado NO ACEPTO y NO AUTORIZO a **DAYANA ANDREA LONDOÑO BETANCUR** 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.

Observación:

Firma Paciente:

Firma Acompañante:

Paciente: ANGIE STHEFANY TREJOS GUTIERREZ

CC: 1006200821

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:** 08:10	**Triaje hospitalario:** 3
Documento de quien recibe: 111033305	**Nombre de quien recibe:** Sebastian parra	**Cargo:** Aux enfetmeria
Hospital asignado: CLINICA LOS ROSALES S.A	**Hospital que recibe:** CLÍNICA DE FRACTURAS LTDA	**Observación:**

Firma Personal de IPS:

Nombre personal IPS: Sebastian parra
No. documento: 111033305