# REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

**INC81398 - ADS22108**

## DATOS DEL PERSONAL

| | |
|---|---|
| **Placa:** ZAB002 | **Código de traslado: 81398455** |
| **Prestador:** SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S. | **Nombre del Tripulante:** Estefania Rueda Morales |
| **Ocupación del Tripulante:** | **Nombre y Apellidos del Conductor:** |
| **Número de Documento del Conductor:** | |

## INFORMACIÓN DE INCIDENTE

| | |
|---|---|
| **Fecha de creación de incidente:** 21 de Noviembre de 2024 a las 08:43 | |
| **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:** 08:45 | **Hora de arribo:** |
| **Hora de ingreso de paciente a ambulancia:** | **Hora de salida del sitio de la emergencia:** |
| **Hora de llegada a urgencias:** | **Hora de entrega del paciente:** |
| **Observaciones:** | |

## DATOS LUGAR DE ATENCIÓN

| | |
|---|---|
| **Dirección del despachador:** ferrocarril entre 13 y 14 por el parque de la paz | **Dirección que confirma la móvil:** |
| **Departamento:** RISARALDA | **Ciudad:** Pereira |
| **Zona:** Urbana | |

## DATOS DEL PACIENTE

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** NAZLLY GISELLA NARANJO ARIAS | **Tipo de Documento:** Tarjeta de Identidad | **Documento:** 1023374735 |
| **Fecha de Nacimiento:** 2007-02-01 | **Edad:** 17 | **Sexo:** Femenino |

| | | |
|---|---|---|
| **Ocupación:** | **Dirección de Residencia:** | **Ciudad:** Pereira |
| **Número telefónico:** 3204846464 | | |

## DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|---|---|---|
| **Entidad:** | **Cual?:** | **Régimen:** |
| **ARL:** | **Póliza cubre atención:** APLICA | **Nombre de aseguradora de póliza:** Axa colpatria |
| **Número de póliza:** 3288939100 | **Vigente?:** SI | |

## 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. :** 113/73 | **P.A.M. :** 86.33333333333333 | **F.R. :** 22 | **F.C. :** 98 | **SaO2. :** 98 | **T. :** 36 | **GLUCO. :** |

## HALLAZGOS

Px femenina de 17 años de edad en calidad de parrillera, colisionan con un carro causandole contusion en miiz region de la rodilla

### 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: |

## PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Atención inicial, valoracion cefalocaudal, toma de signos vitales, inmovilización de miiz y traslado

## Signos Vitales Durante el Traslado:

No se registraron signos vitales durante el traslado.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **NAZLLY GISELLA NARANJO ARIAS** identificado(a) con **TI** n° **1023374735**, 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 **Estefania Rueda Morales** 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:** NAZLLY GISELLA NARANJO ARIAS

**TI:** 1023374735

**Acompañante:** Johanna Arias

**CC:** 1033709848

## DATOS DEL TESTIGO

## REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

**INC81398 - ADS22108**

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

### PERTENENCIAS

### DATOS DEL ACOMPAÑANTE

| | |
|---|---|
| **Documento de identidad:** CC 1033709848 | **Nombre del Acompañante:** Johanna Arias |
| **Parentesco:** Ti@ | **Teléfono:** 3205175621 |
| **Departamento:** RISARALDA | **Municipio:** Pereira |
| **Direccion de residencia:** Jose ilario lopez etapa 2 | **Observación:** |

### EGRESO

| | | |
|---|---|---|
| **¿El paciente tiene signos vitales?** si | **Hora de entrega de paciente a IPS:** 09:23 | **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:**