REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC81253 - ADS22075

DATOS DEL PERSONAL

Placa: HZT353	**Código de traslado: 81253497**
Prestador: RESPUESTA DE EMERGENCIAS INMEDIATA PEREIRA S.A.S.	**Nombre del Tripulante:** VALERIA OSORIO JIMENEZ
Ocupación del Tripulante: Auxiliar de Enfermería	**Nombre y Apellidos del Conductor:** CARLOS GUALTEROS
Número de Documento del Conductor: 89005921	

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

Fecha de creación de incidente: 18 de Noviembre de 2024 a las 08:01	
Tipo de incidente telefónico (Despachador): Enfermedad general	**Tipo de incidente en campo (Tripulación):** Enfermedad general
Triaje telefonico: 2	**Triaje de campo:** 1
Hora notificación de la emergencia: 08:04	**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: Cra 28 72-146 Cuba por la Independencia después del retorno del éxito hacia corales_	**Dirección que confirma la móvil:** Av. de las Américas #77-19, Pereira, Risaralda, Colombia
Departamento: RISARALDA	**Ciudad:** Pereira
Zona: Urbana	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente: MARIA MARGARITA MEJIA DE VANEGAS	**Tipo de Documento:** Cédula de Ciudadanía	**Documento:** 24949532
Fecha de Nacimiento: 1949-04-19	**Edad:** 75	**Sexo:** Femenino

Ocupación: Ama de casa	**Dirección de Residencia:** Cra 28 #72 -146 cuba la independencia	**Ciudad:** Pereira
Número telefónico: 3166253143		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS	**Cual?:** Nueva eps	**Régimen:** Contributivo
ARL:	**Póliza cubre atención:** APLICA	**Nombre de aseguradora de póliza:**
Número de póliza:	**Vigente?:**	

ESTADO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Glasgow:

O : Dolor	**V :** Ninguna respuesta	**M :** Ninguna Respuesta	**=** 4/15			

Signos Vitales al Recibir el Paciente:

T/A. : 140/80	**P.A.M. :** 100	**F.R. :**	**F.C. :** 81	**SaO2. :** 69	**T. :** 38	**GLUCO. :** 0

HALLAZGOS

Al arribo se encuentra femenina 75 años de edad en posicion supino soportada con canula de oxigeno simple el familiar refiere a 4 litros, a la valoracion femenina sin respuesta verbal, sin respuesta motora, pupilas anisocoricas reactivas al dolor, se monitorean signos vitales con spo2 de 69%, femenina con presencia de cianosis distal, se administra oxigeno a 4litros durante el traslado, con oxigenación sube saturacion a 85% y se monitorean signos vitales, se deja ingresada en el hospital de san joaquin en compañia de familiar y del personal de salud.

Antecedentes:

Antecedente	Cual?	Antecedentes Ginecopstetricos
Antecedentes Patológicos	EPOC - HTA	Se desconoce
Antecedentes Farmacológicos	Se desconoce	Gestaciones: si
Antecedentes Quirúrgicos	Se desconoce	Partos: si
Antecedentes Alérgicos	Se desconoce	Cesareas:

Fecha de última menstruación:	---	Abortos:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se coloca oxigeno, se monitorean signos vitales y se traslada a centro asistencial.

Signos Vitales Durante el Traslado:

T/A. : 138/90	**P.A.M. :** 106	**F.R. :** 12	**F.C. :** 80	**SaO2. :** 65	**T. :** 38	**GLUCO. :** 0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **MARIA MARGARITA MEJIA DE VANEGAS** identificado(a) con **CC** n° **24949532**, 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 **VALERIA OSORIO JIMENEZ** 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: Familiar autoriza traslado asistencial basico.

Firma Paciente:



Firma Acompañante:

Paciente: MARIA MARGARITA MEJIA DE VANEGAS

Acompañante: ALBA NURY VANEGAS

CC: 24949532

DATOS DEL TESTIGO

REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL SEM

INC81253 - ADS22075

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

PERTENENCIAS

Sin pertenencias

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento de identidad: CC	**Nombre del Acompañante:** ALBA NURY VANEGAS
Parentesco: Otro	**Teléfono:** 3166253143
Departamento: RISARALDA	**Municipio:** Pereira
Direccion de residencia: Cra 28#72- 146 cuba la independencia	**Observación:** Hija

EGRESO

¿El paciente tiene signos vitales? si	**Hora de entrega de paciente a IPS:** 08:37	**Triaje hospitalario:** 1
Documento de quien recibe: 10131242	**Nombre de quien recibe:**	**Cargo:** Medico
Hospital asignado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	**Hospital que recibe:** HOSPITAL SAN JOAQUIN	**Observación:** Se deja paciente en compañia del personal de salud .

Firma Personal de IPS:

Nombre personal IPS:
No. documento: 10131242