




G.E.R.
CALDAS
G.E.R.
AMBULANCIA

OBLIGACION 7 Y 8

G.E.R.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO: 18-02-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO: 1336 | HORA ARRIBO AL SITIO:

CONDUCTOR AMBULANCIA: _____ PLACAS MOVIL: _____
PERSONAL DE ASISTENCIA: Katherine franco CARGO: AUX enfermeria
PERSONAL DE ASISTENCIA: _____ CARGO: _____
DIRECCIÓN DEL EVENTO: Bosque popular (parque didactico frente) RURAL ○ • URBANO ⊗

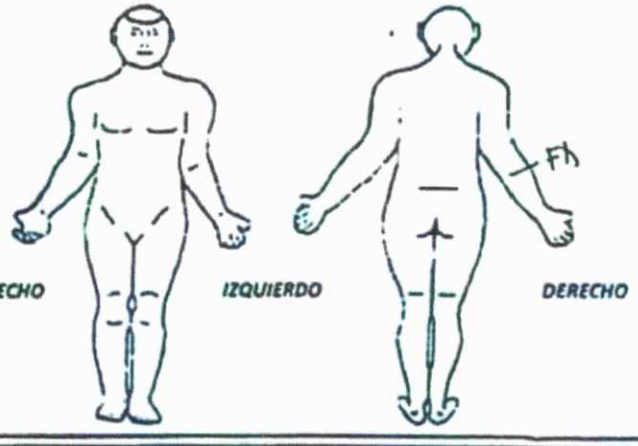
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO: arango 2DO. APELLIDO: ocampo NOMBRES: luciano
DOC. IDENTIDAD: — EDAD: 11 TELÉFONO: 3147266510
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO: Cuerpo bomberil QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO: _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	⊗ Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Conversiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	○ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual se encontrada montando bicicleta dentro del parque didactico y cae al arribo paciente consciente, alerta, orientado con posible fractura de olecranon epicondilo superior derecho, edema, deformidad, crepitacion se valora en el lugar se inmoviliza con carton y cristofix y se dan recomendaciones se traslada en carro particular hacia su eps, paciente sin mas signos de riesgo.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC: 70	FV: 18	T/A: 123/80
SPO2: 95%	T°: —	GLUCOMETRÍA: —

REFLEJOS	PUPILAS	PIEL
⊘ REF. PLANTAR	⊘ ISOCORIA	⊘ NORMAL
⊘ REF. FOTOMOTOR	○ ANISOCORIA	○ HUMEDA
⊘ REF. CONSENSUAL	○ MIOSIS	○ RUBICUNDEZ
⊘ REF. OCULAR	○ MIDRIASIS	○ CIANOSIS
	⊘ REACTIVAS	○ PALIDEZ

Powered by CamScanner

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
S	S	S	S	S

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA

15

15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Fenulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ R.C.C.P Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaríngea
- ◯ Cánula Nasofaríngea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laríngea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lt/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lt/min _____

NOTA

NO

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE
- ◯ MULTIGESTANTE
- ◯ ABORTO
- ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO
- ◯ NACIDO MUERTO
- ◯ PREMATURO
- ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomiendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO Alejandra Ocampo Gomez

FIRMA Alejandra Ocampo G DOC IDENTIDAD X 1053845098

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

Powered by CamScanner

G.R.U.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE URABÁ
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3713 DE 1984
NIT 800 055 833-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700107547

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | X POS

REPORTE APH No

DÍA - MES - AÑO 18-02-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 15:35 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Kathy Restrepo Salgado CARGO Auxiliar

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ○ • URBANO ●

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Gonzales 2DO. APELLIDO De Lemos NOMBRES Luis

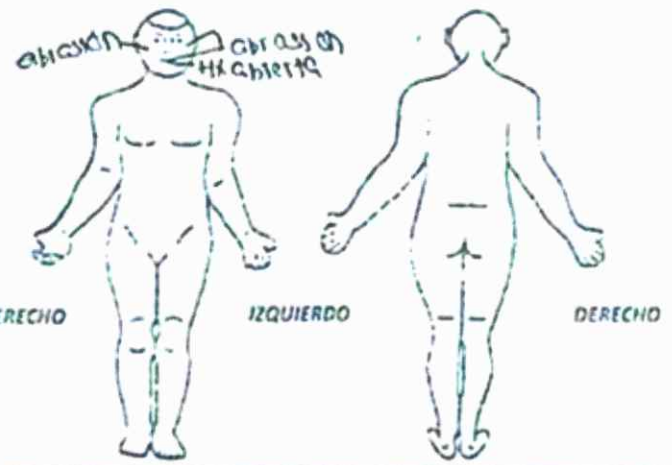
DOC. IDENTIDAD 24.20.478 EDAD 80 TELEFONO 315 5031597

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO Familia QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	● Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Convulsiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	○ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual se encontro caminando con la mascota y refiere caerda desde su propia altura al suelo paciente consciente alerta orientada con abrasion en labio superior, herida abierta labio inferior izquierdo interna, abrasión parpado derecho se valora paciente en su domicilio se realiza curación y se recomienda consultar paciente sin mas signos de trauma.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC	FV	T/A
SPO2	T°	GLUCOMETRÍA

REFLEJOS
- ⊘ REF. PLANTAR
- ⊘ REF. FOTOMOTOR
- ○ REF. CONSENSUAL
- ○ REF. OCULAR

PUPILAS
- ⊘ ISOCORIA
- ○ ANISOCORIA
- ○ MIOSIS
- ○ MIDRIASIS
- ⊘ REACTIVAS

PIEL
- ⊘ NORMAL
- ○ HUMEDA
- ○ RUBICUNDEZ
- ○ CIANOSIS
- ○ PALIDEZ

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	Ut (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	NO	NO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA

15

15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaringea
- ◯ Cánula Nasofaringea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laringea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R. Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lx/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lx/min _____

NOTA

NO

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE
- ◯ MULTIGESTANTE
- ◯ ABORTO
- ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO
- ◯ NACIDO MUERTO
- ◯ PREMATURO
- ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO X Jhon faber cardona C.

FIRMA X Jhon f.C.C. DOC IDENTIDAD X 1053774018

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

G.E.R.S.A.
GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE SALUD
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3013 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 18-02-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 15:35 | HORA ARRIBO AL SITIO 15:36

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherine Blanco CARGO Auxiliar de enfermería
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
DIRECCIÓN DEL EVENTO Barrio popular piscina recreativa RURAL ○ • URBANO ⊗

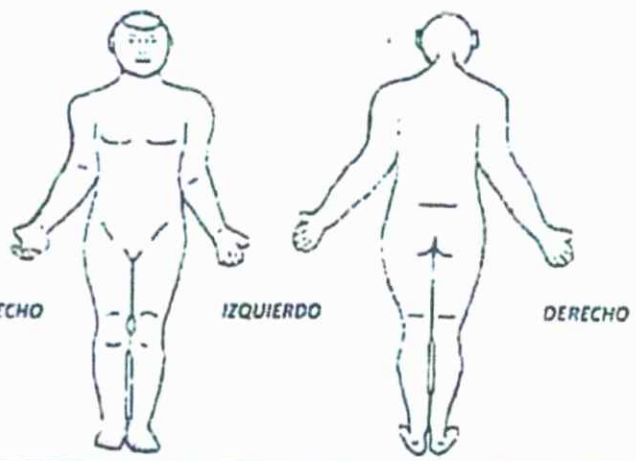
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO cardona 2DO. APELLIDO mosquera NOMBRES María elizabeth
DOC. IDENTIDAD 1056129917 EDAD 10 TELEFONO _____
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO salvavidas piscina QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO salvavidas

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	⊗ Enfermedad General
○ Accidente Casero	○ Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Convensiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	⊗ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual refiere que se encontraba nadando y se queda sin aire y con opresión en pecho su familia manifiesta que los labios estaban cianoticos al arribo paciente consciente, alerta, orientada con disnea, se ubicado en el sitio se traslada hacia la enfermería y se toman signos vitales se estabiliza y se dan recomendaciones a los papás

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 76	FV 18	T/A 123/80
SPO2 93%	T —	GLUCOMETRÍA —

REFLEJOS
⊘ REF. PLANTAR
⊘ REF. FOTOMOTOR
⊘ REF. CONSENSUAL
⊘ REF. OCULAR

PUPILAS
⊘ ISOCORIA
○ ANISOCORIA
○ MIOSIS
○ MIDRIASIS
⊘ REACTIVAS

PIEL
⊘ NORMAL
○ HUMEDA
○ RUBICUNDEZ
○ CIANOSIS
○ PALIDEZ

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
S	S	S	S	S

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontánea
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA: 15/15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaríngea
- ◯ Cánula Nasofaríngea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laríngea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R. Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lx/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lx/min _____

NOTA

100

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE ◯ ABORTO
- ◯ MULTIGESTANTE ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ NACIDO MUERTO ◯ SEXO _____
- ◯ PREMATURO

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a sí mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO [illegible] _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1.20.331.782

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

G.E.R.
GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERIA JURÍDICA 2013 DE 1585
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (X) | OTROS

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO: 24-02-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO: 10:30 | HORA ARRIBO AL SITIO: 10:40

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA: Katherin Franco Salgado CARGO: Aux enfermería

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO _____ RURAL ( ) • URBANO (X)

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO: Giraldo | 2DO. APELLIDO: Collado | NOMBRES: Angel Jonas

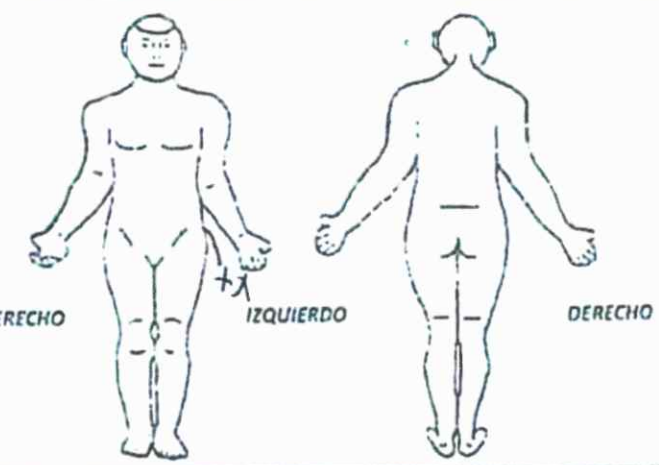
DOC. IDENTIDAD: — | EDAD: 14 | TELÉFONO: 3001564512

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO: Usuario | QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO: —

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

( ) Accidente en Vehiculo	( ) Lesión con Arma Blanca	( ) Aplastamiento	( ) Crisis Respiratoria
( ) Accidente en Motocicleta	( ) Inmersión	( ) Amputación	( ) Intento Suicida
( ) Peatón Atropellado	( ) Proyectil de Arma de Fuego	( ) Síncope	( ) Enfermedad General
( ) Accidente Casero	(X) Caída	( ) Lipotimia	( ) Intoxicación(Sustancia)
( ) Accidente Callejero	( ) Quemadura	( ) Crisis Convulsiva-Conversiva	( ) Gestante
( ) Accidente Laboral	( ) Mordedura-Picadura	( ) Crisis Cardiovascular	( ) Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta por la pista de downhill, el cual refiere que en un salto lo cogió un árbol traje z6 y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado en posición decubito supino con trauma en cresta iliaca izquierda, con movilidad reducida se inmoviliza en el lugar en camilla tipo fel y se traslada en la ambulancia del gcr hacia su eps paciente sin mas traumas aparentes

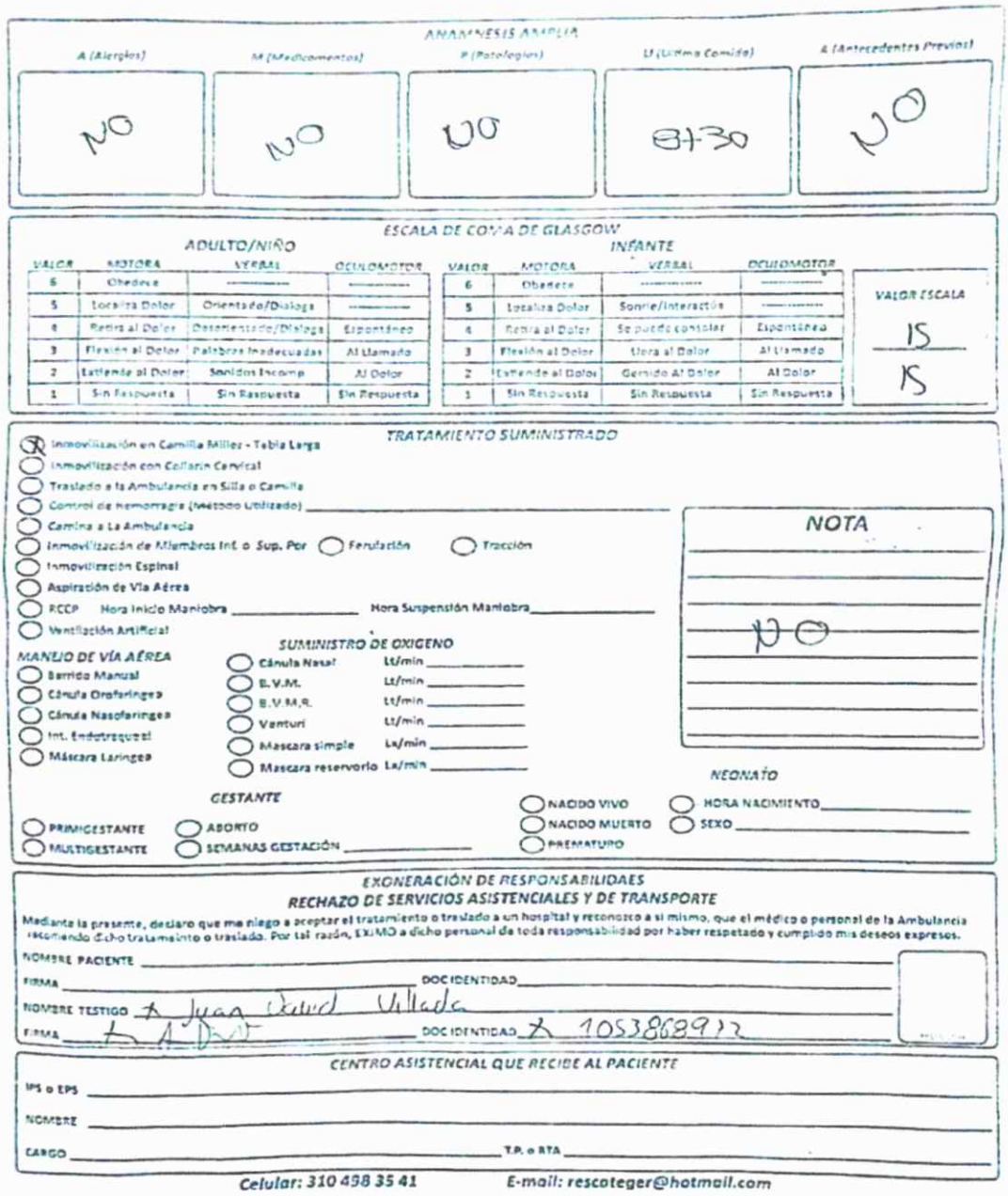
ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC: 75	FV: 18	T/A: 123/80
SPO2: 95%	T°: —	GLUCOMETRÍA: —

REFLEJOS
- (X) REF. PLANTAR
- ( ) REF. FOTOMOTOR
- ( ) REF. CONSENSUAL
- ( ) REF. OCULAR

PUPILAS
- (X) ISOCORIA
- ( ) ANISOCORIA
- ( ) MIOSIS
- ( ) MIDRIASIS
- (X) REACTIVAS

PIEL
- (X) NORMAL
- ( ) HUMEDA
- ( ) RUBICUNDEZ
- ( ) CIANOSIS
- ( ) PALIDEZ



ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	8:30	NO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontánea
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA: 15 / 15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- (X) Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ( ) Inmovilización con Collarín Cervical
- ( ) Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ( ) Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ( ) Camina a La Ambulancia
- ( ) Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ( ) Fenulación ( ) Tracción
- ( ) Inmovilización Espinal
- ( ) Aspiración de Vía Aérea
- ( ) RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ( ) Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA
- ( ) Barrido Manual
- ( ) Cánula Orofaringea
- ( ) Cánula Nasofaringea
- ( ) Int. Endotraqueal
- ( ) Máscara Laringea

SUMINISTRO DE OXIGENO
- ( ) Cánula Nasal Lt/min _____
- ( ) B.V.M. Lt/min _____
- ( ) B.V.M.R. Lt/min _____
- ( ) Venturi Lt/min _____
- ( ) Mascara simple Lt/min _____
- ( ) Mascara reservorio Lt/min _____

NOTA: NO

GESTANTE
- ( ) PRIMIGESTANTE
- ( ) MULTIGESTANTE
- ( ) ABORTO
- ( ) SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO
- ( ) NACIDO VIVO
- ( ) NACIDO MUERTO
- ( ) PREMATURO
- ( ) HORA NACIMIENTO _____
- ( ) SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____
FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____
NOMBRE TESTIGO Juan David Villada
FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1053868912

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____
NOMBRE _____
CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 458 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	
NOMBRE CONTRATISTA:	GRUPO ESPECIAL DE RESCATE GER / JUAN PABLO JIMENEZ ARBELAEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR:	
NOMBRE SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA BERNAL ARIAS