SERVICIO EN AMBULANCIA DE RISARALDA

NIT. 900611988-8
Cra. 9 # 25-25 Consultorio 529 Edif. Los Rosales
CEL: 302 2981440
Correo: servicioambulancladerisaralda@gmail.com

1452

BITÁCORA DE TRASLADO
FORMULARIO ÚNICO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y TRANSPORTE DE PACIENTES

Fecha D M A	Ciudad	Dpto	HR Llamada	HR Salida
No. Móvil	Placa móvil	Quien informa	HR de arribo	HR ingreso
Dirección del incidente				

CAUSA QUE GENERA ATENCIÓN

Enf. Común ☐	ARL ☐
Lesión x agresión ☐	Accidente rábico ☐
Accidente común ☐	Acc. Tránsito ☐
Les. Autoinfringida ☐	Otro ☐

PRIMER RESPONDIENTE / ZONA

Comunidad ☐	Urbano ☐
Socorristas ☐	Rural ☐
Policía ☐	
Tránsito ☐	

TIPO DE SERVICIO

Sencillo ☐
Redondo ☐

TIPO DE AFILIACIÓN

Particular ☐	Convenio ☐
Aporte social ☐	ARL ☐
SOAT ☐	
FOSYGA ☐	

Nombre del paciente:		Sexo M F	Edad	
Tipo documento:	No.	Fecha nacimiento D M A		
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:		
Ocupación:	Acepta transfusión	SI	NO	
Aseguradora:	No. Poliza:	EPS del paciente:		

HISTORIAL DEL PACIENTE

Síntomas	Medicamentos	Última comida
Alergias	Patologías	Eventos

SIGNOS VITALES

FC	FR	T/A	Tº	Sp2%	Glucometría	Llenado Capilar

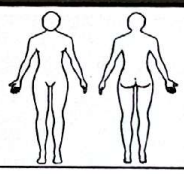
ESCALA DE GLASCOW

Parámetro	Descripción	Valor	Parámetro	Descripción	Valor	Parámetro	Descripción	Valor
APERTURA OCULAR		4	RESPUESTA VERBAL	Orientada	5	RESPUESTA MOTRIZ	Obedece	6
	Voz	3		Confusa	4		Localizada	5
	Dolor	2		Inapropiada	3		Retirada	4
	Ninguna	1		Sonidos	2		Flexión	3
TOTAL				Ninguna	1		Extensión	2
							Ninguna	1

TRIAGE	ROJO		AMARILLO	VERDE	NEGRO

DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA

Laceración	Deformidad
Contusión	Herida abierta
Trauma	Quemadura
Avulsión	Hemorragia



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

CINEMÁTICA DEL TRAUMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BAJO MI RESPONSABILIDAD AUTORIZO EL TRASLADO EN LA AMBULANCIA CONOCIENDO Y ACEPTANDO COMPLICACIONES QUE SE PUEDAN PRESENTAR.

SER TRANSPORTADO

FIRMA: C.C:

CONSENTIMIENTO NO INFORMADO

ME NIEGO A SER ATENDIDO O TRANSPORTADO POR SERVICIO EN AMBULANCIA DEL RISARALDA BAJO MI RESPONSABILIDAD Y EXONERANDO A LA EMPRESA DE CUALQUIER CONSECUENCIA QUE SE PUEDA PRESENTAR

FIRMA: C.C:

CONDUCTOR AMBULANCIA	CC:
TRIPULANTE	REGISTRO:
PACIENTE TRASPORTADO DESDE:	
DESTINO:	
¿SATISFECHO CON LA ATENCIÓN? SI ☐ NO ☐	

FIRMA DE QUIEN ENTREGA EL PACIENTE:	FIRMA DE QUIEN RECIBE EL PACIENTE:

Powered by CamScanner