FECHA: D M A	ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MÉDICAS NIT 901414396-7 3192157598 BITÁCORA DE TRASLADO	ARUM Asistencia Regional de Urgencias Medicas	INFORME No
MOVIL			
PLACA			

ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN (Marque con una x)			P. RESPONDIENTE	QUIEN INFORMA
INDÍGENA ☐	INMIGRANTE ☐	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ☐	COMUNIDAD ☐	SEM ☐ COMUNIDAD ☐
AFROCOLOMBIANO ☐	PRIVADO DE LA LIBERTAD ☐	¿Cuál?	SOCORRISTA ☐	CENTRAL ☐
DESPLAZADO ☐	HABITANTE DE CALLE ☐	NO APLICA ☐	POLICÍA ☐	OTRO: ☐

CAUSA DE LA ATENCIÓN		TIPO DE AFILIACIÓN		
ACCIDENTE DE TRÁNSITO ☐	ACCIDENTE LABORAL ☐	PARTICULAR ☐	P. ESTUDIANTIL ☐	PÓLIZA SOAT ☐
ENFERMEDAD COMÚN ☐	OTRO ¿Cuál?	APORTE SOCIAL ☐	ARL ☐	NEGACIÓN ATENCIÓN ☐
LESIÓN AUTOINFRINGIDA ☐		CONVENIO ☐	ADRES ☐	

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN:	DEPARTAMENTO:	H.LLAMADO	H ARRIBO	H.RECEPCIÓN
	MUNICIPIO:			

DATOS ATENCIÓN DE LA VICTIMA

NOMBRE PACIENTE:			GENERO:	EDAD:	RH:
D. IDENTIDAD N°			FECHA DE NACIMIENTO: D M A		
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELEFONOS:		
ASEGURADORA:	N ° POLIZA:		VENCIMIENTO PÓLIZA:		EAPB:

PACIENTE EN CALIDAD DE: CONDUCTOR ☐ PARRILLERO ☐ OCUPANTE ☐ PEATÓN ☐ CICLISTA ☐ PLACA VEHÍCULO SINIESTRADO:

ACOMPAÑANTE:	PARENTEZCO:	TELÉFONO:
CONDUCTOR DEL VEHÍCULO:	IDENTIFICACIÓN DEL CONDUCTOR:	
DIRECCIÓN DEL CONDUCTOR:	TELÉFONO DEL CONDUCTOR:	

CINEMÁTICA DE TRAUMA

DATOS CLÍNICOS Y ANTECEDENTES

PATOLOGICOS	QUIRÚRGICOS	ALÉRGICOS	MEDICAMENTOS

EXAMEN FÍSICO

PUPILAS: Isocoricas_____Anisocoricas_____Mióticas_____Midriáticas _____

SIGNOS VITALES

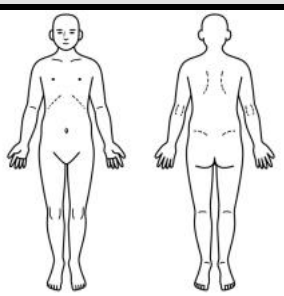
HORA:_____T_____FC_____FR_____TA_____SPO2_____
GLUCOMETRIA_____

HORA:_____T_____FC_____FR_____TA_____SPO2_____
GLUCOMETRIA_____

GLASGOW (/ 15)		
Ocular	Verbal	Motora

TRIAGE		
I	II	III
IV	V	N/A

LESIONES



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	INSUMOS UTILIZADOS
	-
	-
	-

NOTA PARAMÉDICO:

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR TRASLADO ASISTENCIAL

Yo, identificado(a) con numero en calidad de bajo mi responsabilidad AUTORIZO _____ NO AUTORIZO _____ a **ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S** el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse en su desplazamiento. Asi mismo asumo el costo del traslado asistencial siempre y cuando no este cubierto por el POS- ARL - SOAT - MP o demás. Finalmente autorizo que si en algun momento durante el traslado presento deterioro en mi estado de salud el paramédico podra realizar tratamientos o tomar medidas adicionales que conduzca a la mejoria de mi salud por medio del ejercicio legal de su profesión.

FIRMA CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

PERSONAL RESPONSABLE DEL TRASLADO		IPS RECEPTORA
CONDUCTOR:	ID:	
PARAMÉDICO:	ID:	

FUNCIONARIO QUE RECIBE EN LA IPS		
NOMBRE COMPLETO:		
ID:		ESTADO DE LA ENTREGA. VIVO__ MUERTO__
CARGO:		HEMODINAMICAMENTE. ESTABLE__ INESTABLE__

FIRMA Y/O SELLO PARAMÉDICO

FIRMA