Historia Clínica

Medical 911 assist

Versión: 02 | Página: 1 de 2 | Actualización: Enero de 2023

FECHA DIA	MES	AÑO	CIUDAD	DPTO	HORA LLAMADA

No MÓVIL	PLACA MÓVIL	QUIEN INFORMA	HORA DE ARRIBO	HORA DE ENTREGA

DIRECCIÓN DEL INCIDENTE

Nº 1052 M

CAUSA QUE GENERA ATENCION	PRIMER RESPONDIENTE	TIPO DE SERVICIO
☐ ENF Común ☐ Lesión x Agresión ☐ Accidente Común ☐ Les. Autoinfligida ☐ ARL ☐ Accidente rábico ☐ Acc. Transito ☐ Otro_____	☐ Comunidad ☐ Socorrista ☐ Policía ☐ Transito	☐ Urbano ☐ Rural ☐ Sencillo ☐ Redondo ☐ Particular ☐ Aporte Social ☐ Soat ☐ ARL ☐ Fosyga ☐ Convenio

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD ☐☐ DOC. IDENTIDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO / /

SEXO M☐ F☐

RH ☐

TIPO DE DOCUMENTO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD_____ TELÉFONO_____

OCUPACIÓN_____ EPS PACIENTE_____

ACEPTA TRANSFUSIÓN SI ☐ NO ☐

ASEGURADORA_____

N° DE POLIZA _____

HISTORIA SAMPLE

SINTOMAS	PATOLOGÍAS
MEDICAMENTOS	EVENTOS
ALERGIAS	ULTIMA COMIDA / TIPO DE DISCAPACIDAD

SIGNOS VITALES	FC	FR	T/A	SO2	TEMP°C	GLUCOMETRIA
	LLENADO CAPILAR		GLASGOW:			

TRIAJE: ROJO | AMARILLO | VERDE | NEGRO

DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA

LACERACIÓN

CONTUSIÓN

TRAUMA

AVULSIÓN

DEFORMIDAD

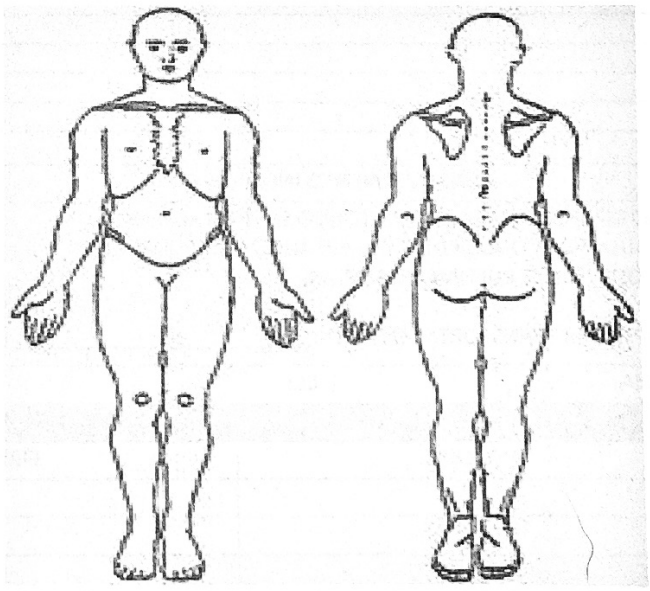
HERIDA ABIERTA

QUEMADURA

HEMORRAGIA

POLITRAUMATISMO

OTROS



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OXIGENACIÓN	☐	ASPIRACIÓN	☐	VENTILACIÓN	☐	INTUBACIÓN	☐
RCP	☐	DESFIBRILACIÓN	☐	MONITOREO	☐	HEMOSTASIA	☐
SUTURA	☐	VENDAJE	☐	INMOVILIZACIÓN	☐	COLLAR CERVICAL	☐
APOYO PSICOLÓGICO	☐	ASEPSIA	☐	LÍQUIDOS	☐	MEDICACIÓN	☐
PARTO	☐	OTROS ☐ _____					

Mz 38 - Casa 30 Corales, Pereira 321 344 2672 / (606) 346 90 77

VIGILADO Supersalud

medicalassist911

Historia Clínica

Medical 911 assist

Versión: 02	Página: 2 de 2	Actualización: Enero de 2023

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICOS

	CIE - 10				

Transportado a:	**Recibido por:**
Estado de Entrega: Vivo ☐ Muerto ☐	**Hora:**

OBSERVACIONES

CODIGO SEM: **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

CONSENTIMIENTO INFORMADO	NEGACIÓN DE ATENCIÓN Y/O TRASLADO
BAJO MI RESPONSABILIDAD AUTORIZO EL TRASLADO EN AMBULANCIA CONOCIENDO Y ACEPTANDO COMPLICACIONES Y RIESGOS QUE SE PUEDAN PRESENTAR. ACEPTO SER TRANSPORTADO HASTA: _____	ME NIEGO A SER ATENDIDO O TRANSPORTADO POR AMBULANCIA MEDICAL ASSIST 911 BAJO MI RESPONSALIDAD Y EXONERANDO A LA EMPRESA DE CUALQUIER CONSECUENCIA QUE SE PUEDA PRESENTAR.
FIRMA: **CC:**	**FIRMA:**

RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN

NOMBRE	FIRMA	REGISTRO MED Ó C.C

INSUMOS MÉDICOS

INSUMOS	CANTIDAD	INSUMO	CANTIDAD