	Respuesta De Emergencias Inmediata Pereira S.a.s. DG 54 10 15 LC 1 BRR VILLA DEL CAMPO CEDROROJO 3007655387 facturas@reip.com.co NIT: 900851320 Codigo Prestador: .	**Número de Historia:** [redacted] **Seguros Comerciales Bolivar S.a** AV EL DORADO 68 B 31 3410077 FACTURASPROVEEDORES@SEGUROSBOLIVAR.COM
	Nro Autorización: **Paciente:** [redacted] **Documento:** C[redacted]5 **Teléfono:** [redacted] **Email:** **Acompañante:** **Teléfono:**	**Genero**[redacted] **Edad:** [redacted] **Fecha de Nacimiento:** [redacted] **Departamento:** Risaralda **Municipi**[redacted] **Dirección:** [redacted] **Estado Civil:** soltero**Responsable:** **Teléfono:** Acompañante **Ocupación:** Economista

HISTORIA CLÍNICA TAB

Fecha de atención: 23/03/2025, 9:26 am

Datos del servicio

HORA DE DESPACHO: 8:40 **HORA DE LLEGADA AL SITIO:** 8:45 **HORA DE SALIDA DEL SITIO :** 9:31 **HORA DE LLEGADA AL DESTINO:** 9:49

HORA DE ENTREGA: 10:00

DIRECCION DE OCURRENCIA: Vía pública Av del pollo después de puente cutimbres

ASEGURADORA RESPONSABLE DEL PACIENTE: SEGUROS BOLÍVAR **PÓLIZA O No CARNÉ**[redacted]

QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: Servicio de Emergencias [redacted] **NÚMERO DE PLACA**[redacted]

Causas de atención

ACCIDENTE TRÁNSITO:

CINEMATICA DE TRAUMA

Masculino de 23 años de edad en calidad de conductor de automóvil quién colisiona contra obra de desagüe debido a un micro sueño

SINTOMAS

Dolor a la palpación a nivel abdominal

ALERGIAS

Niega

MEDICAMENTOS

Niega

PATOLOGIAS

Niega

ALIMENTOS

Niega

EVENTOS

Niega

Examen físico

TRIAGE: AMARILLO

HORA: 8:54	**TA:** 150/79	**FC:** 127	**FR:** 18	**SaO2:** 94%	**Temperatura(C°):** 36.7
HORA: 9:00	**TA:** 138/73	**FC:** 118	**FR:** 16	**SaO2:** 95%	**Temperatura(C°):** 36.5
HORA: 9:20	**TA:** 119/78	**FC:** 89	**FR:** 16	**SaO2:** 96%	**Temperatura(C°):** 36.7

Reflejo Pupilar: Isocoricas normoreactivas **Llenado Capilar:** <2s

Indice	Valoración	Puntaje
Apertura Ocular	Espontánea	4
Respuesta Verbal	Orientado correctamente	5
Respuesta Motora	Obedece órdenes correctamente	6
	Total	15

Hallazgos

Laceración en miembro superior derecho cara anterior a nivel de cúbito y radio parte media, abrasiones múltiples en miembro superior izquierdo a nivel de las falanges, marca por cinturón de seguridad a nivel abdominal

Examenes realizados

Examenes:

MONITOREO TRANSPORTE

Atención Realizada

Al arribo de la escena observo masculino en posición de bipedestación en la orilla de la carretera junto al automóvil el cuál colisionó por la parte frontal contra una obra de desagüe debido a que el paciente sufrió un micro sueño, realizó contacto con paciente quién se encuentra consciente, orientado, alerta, niega pérdida del conocimiento, realizó revisión cefalocaudal encontrando l
aceración en miembro superior derecho cara anterior a nivel de radio y cúbito parte media, abrasiones múltiples en miembro superior izquierdo a nivel de las falanges, marca por cinturón de seguridad a nivel abdominal, se realiza monitoreo de signos vitales los cuáles se encuentran dentro de parámetros normales y se traslada a clínica de fracturas, paciente queda en silla de ruedas por orden del Auxiliar de enfermería Aimar Perez.

Traslado

Bajo mi responsabilidad en calidad de paciente o persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que el personal asistencial me ha explicado a cabalidad y adecuadamente el procedimiento a realizar, sus beneficios, recomendaciones, riesgos y contraindicaciones y confirmo que he entendido a cabalidad y en su totalidad el procedimiento a realizar, así comos implicación y riesgos de cada uno, confirmo que he tenido el espacio y tiempo para reflexionar sobre su

TRASLADADO A: CLINICA DE FRACTURAS **MOVIL Nº:** 01

contenido para preguntar Al personal de salud dudas e inquietudes en general y sobre el procedimiento a realizar los cuales me han sido resueltos en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. Manifiesto que está declaratoria es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

CONDUCTOR: [redacted] **DOCUMENTO CONDUCTOR:** [redacted] **TRIPULANTE:** [redacted]

DOCUMENTO TRIPULANTE: [redacted] **PLACA AMBULACIA** [redacted]

INSUMOS UTILIZADOS

2 tapabocas
2 par de guantes

ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE: VIVO

Nombre: [redacted] **Cedula:** [redacted] **Cargo:** Auxiliar enfermería



Persona que Recibe el paciente



Firma del Paciente



Firma de quien entrega

Consentimiento

Bajo mi responsabilidad en calidad de paciente o persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que el personal asistencial me ha explicado a cabalidad y adecuadamente el procedimiento a realizar, sus beneficios, recomendaciones, riesgos y contraindicaciones y confirmo que he entendido a cabalidad y en su totalidad el procedimiento a realizar, así comos implicación y riesgos de cada uno, confirmo que he tenido el espacio y tiempo para reflexionar sobre su contenido para preguntar Al personal de salud dudas e inquietudes en general y sobre el procedimiento a realizar los cuales me han sido resueltos en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. Manifiesto que está declaratoria es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

Profesional que atiende:

Erika Tatiana Rengifo Marín
T.P 1007192518
tecnóloga en atención prehospitalaria

[redacted]
CC [redacted]