RESCATE DEL EJE

PROCESO TRASLADO DE PACIENTES

CODIGO: RCT-HC-FO 005
VERSION: 1
FECHA: ENERO 2024

REGISTRO TRASLADO DE PACIENTES Nº 401

ID:

FECHA DIA MES AÑO	HORA LLAMADA	PLACA MOVIL	# MOVIL
	HORA EN SITIO		
QUIEN INFORMA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	
SITIO DE ATENCION CALLE CARRERA	RADICADO SIRAS		

CIUDAD DEPARTAMENTO U R

TIPO DE ATENCION		ENFOQUE DIFERENCIAL		PRIMER RESPONDIENTE
ACCIDENTE DE TRANSITO	SENCILLO	INDIGENA	COMUNIDAD	TRANSITO
ACCIDENTE LABORAL	DOBLE	AFROCOLOMBIANO	POLICIA	BOMBEROS
APORTE SOCIAL	PRIMARIO	DESPLAZADO	PRIVADO DE LA LIBERTAD	
CONVENIO FOSYGA	SECUNDARIO	INMIGRANTE	HABITANTE DE CALLE	
PARTICULAR	TERCIARIO	DISCAPACIDAD	CUAL?	

ASEGURADORA No. POLIZA F.V.

NOMBRE CONDUCTOR DOCUMENTO

DIRECCION Y TELEFONO PLACA

NOMBRE DEL PACIENTE EPS

TIPO DE DOCUMENTO RC TI CC OTRO NUMERO

FECHA DE NACIMIENTO	D M A	TIPO RH	EDAD

DIRECCION DE RESIDENCIA CIUDAD/DPTO

OCUPACION TELEFONOS

SIGNOS VITALES FC FR T/A So2 °C GLUC

SINTOMAS MEDICAMENTOS ULTIMA COMIDA

ALERGIAS PATOLOGIAS EVENTOS

TRIAGE	PUPILAS	LLENADO CAPILAR	ESCALA DE COMA GLASGOW
ROJO	NORMOREACTIVAS		OCULAR 4 3 2
AMARILLO	MIDRIATICA	> DE 2 SEGUNDOS	VERBAL 5 4 3 2
VERDE	MIOTICAS	<DE 2 SEGUNDOS	MOTORA 6 5 4 3 2
	ANISICORICAS		/15

CINEMATICA DEL TRAUMA

DIAGNOSTICO

MOTIVO DEL TRASLADO

PROCEDIMIENTOS Y OBSERVACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO CON CC EN CALIDAD DE AUTORIZO A

RESCATE DEL EJE S.A.S PARA TRASLADAR AL PACIENTE HASTA

CONOCIENDO SU ESTADO DE SALUD Y RIESGOS A LOS QUE SE EXPONE DENTRO Y FUERA DE LA AMBULANCIA.

FIRMA CEDULA:

NOMBRE CONDUCTOR	PACIENTE TRANSPORTADO A:
CEDULA O REGISTRO	
NOMBRE TRIPULANTE	RECIBIDO POR:
TITULO Y REGISTRO	
OBSERVACIONES	REGISTRO Y/O DOCUMENTO HORA