SERVICIOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

Guadalupe S.A.S.

Codigo reps, 6600102761

HISTORIA CLÍNICA

FECHA | HORA LLEGADO | HORA LLAMADA | HORA SALIDA | HORA LLEGADA A URGENCIAS | HORA ENTREGA | TRASLADO

LUGAR DE OCURRENCIA DE ATENCIÓN | ZONA R U | CIUDAD | DPTO.

NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE | SEXO | TRIAGE

F. NACIMIENTO | EDAD | ESTADO CIVIL | OCUPACIÓN | TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN

ENFOQUE DIFERENCIAL: Por favor marque con X a cual de los siguientes grupos pertenece usted

DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL | TELÉFONO | ZONA R U | CIUDAD | DPTO.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE | TELÉFONO | PARENTESCO

RESPONSABLE RESPONSABLE DE PACIENTE | RÉGIMEN AFILIACIÓN | DESCRIPCIÓN PLAN DE SERVICIO

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO | CAUSA | CÓDIGO DE TRASLADO CIE10 | TIPO DE SERVICIO

EMERGENCIA | LESIÓN AUTOINFLIGIDA | LESIÓN POR AGRESIÓN | CATASTROFE | ACCIDENTE COMÚN

ACCIDENTE TRÁNSITO | ACCIDENTE LABORAL | ACCIDENTE RADIOLÓGICO | OTRO

SINTOMAS: | ALERGIAS: | MEDICAMENTOS:

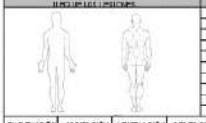
PATOLOGIAS: | ALIMENTOS: | PARTOS:

EXAMEN FÍSICO

FC | FR | TA | T° | SO2 | REFLEJO PUPILAR | EVA

GLUCOMETRÍA | LLENADO CAPILAR | ESCALA COMA DE GLASGOW | TOTAL ESCALA

APERTURA OCULAR | RESP. VERBAL | RESPUESTA MOTORA

UBIQUE LAS LESIONES	DESCRIBA LAS HALLAZGOS
	

CK DERIVACIÓN	ASPIRACIÓN	VENTILACIÓN	INTUBACIÓN	RCCP	canalización	MONITOREO	HEMOSTASIA	VENDAJE
SUTURA	ASEPSIA	INMOVILIZACIÓN	COLLAR CERVICAL	APOYO FARMACOLOGICO	LIQUIDOS	MEDICACIÓN	PARTO	TRANSPORTE

MOVIL No. | TRANSPORTADA | FIRMA QUIEN ENTREGA | FIRMA QUIEN RECIBE

PUNTO | RECIBIDO POR | C.C. | C.C.

ESTADO QUE SE ENTREGA EL PACIENTE | VIVO | MUERTO

NOMBRE CONDUCTOR | C.C. | INSUMOS: | CUPS

CINEMÁTICA DEL TRAUMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO	NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN
En uso de mis facultades acepto ser atendido y trasladado con mi beneficiario	Manifiesto de mi libre voluntad no acepto ser atendido y trasladado por esta entidad
FIRMA	FIRMA
NOMBRE COMPLETO TRIPULANTE	OCUPACIÓN	NOMBRE Y CARGO DEL QUE ENTREGA