MAYDAY MEDIC S.A.S.

TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO, TERRESTRE PRIMARIO No. 0425

(CUPS) 601T01

UBICACIÓN DEL INCIDENTE

FECHA	D	M	A	HORA LLAMADA		HORA LLEGADA		HORA SALIDA ESCENA		HORA LLEGADA HOSPITAL CLÍNICA		HORA RECEPCIÓN DEL PACIENTE	

LUGAR DE OCURRENCIA DE ATENCIÓN	ZONA		CIUDAD	DEPARTAMENTO
	R	U		

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE			SEXO		TRIAGE			
			M	F	R	A	V	N
F. NACIMIENTO D M A	EDAD	OCUPACIÓN	TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN					

ENFOQUE DIFERENCIAL: Por favor marque con X a cual de los siguientes grupos pertenece el paciente atendido:	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO (NEGRO PALENQUEROS, RAIZALES)	SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO	INMIGRANTE	PRIVADOS DE LA LIBERTAD	HABITANTE DE CALLE	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ESPECIFIQUE DISCAPACIDAD

DATOS DEL SERVICIO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL HABITUAL	TELÉFONO	ZONA R	ZONA U	CIUDAD	DEPTO.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TELÉFONO	PERENTESCO

ASEGURADORA RESPONSABLE DEL PACIENTE	POLIZA O No. CARNÉ	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

QUIEN SOLICITA EL SERVICIO	ORDEN #	FACTURA#	TIPO DE SERVICIO

CAUSA DE ATENCIÓN

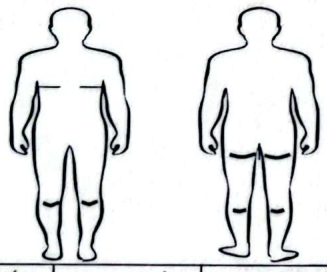
ENF. GENERAL		LESIÓN AUTOINFRINGIDA		LESIÓN POR AGRESIÓN		CATÁSTROFES		ACCIDENTE COMÚN
ACCIDENTE DE TRANSITO		ACCIDENTE LABORAL		ACCIDENTE RÁBICO/FÍSICO		OTRO		

SÍNTOMAS:	ALERGIAS:	MEDICAMENTOS:
PATOLOGÍAS:	ALIMENTOS:	EVENTOS:

EXÁMEN FÍSICO

F/C	F/R	T/A	T°	SO^2	REFLEJO PUPILAR	EVA

GLUCOMETRÍA	LLENADO CAPILAR	ESCALA COMA DE GLASGOW					TOTAL ESCALA
		APERTURA OCULAR		RESP. VERBAL		RESP. MOTORA	

UBIQUE LAS LESIONES	DESCRIBIR LOS HALLAZGOS
	

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OXIGENACIÓN	ASPIRACIÓN	VENTILACIÓN	INTUBACIÓN	RCCP	DESFIBRILACIÓN	MONITOREO	HEMOSTASIA	VENDAJE
SATURA	ASEPSIA	INMOVILIZACIÓN	COLLAR CERVICAL	APOYO PSICOLOG.	LIQUIDOS	MEDICACIÓN	PARTO	TRANSPORTE

INFORME DEL TRASLADO

MÓVIL No.	TRANSPORTADO A:		FIRMA QUIEN ENTREGA	FIRMA QUIEN RECIBE
PLACA	CODIGO REPS:		NOMBRE	NOMBRE
	RECIBIDO POR:		CC.	CC.

ESTADO QUE SE ENTREGA EL PÀCIENTE:	VIVO		MUERTO	

NOMBRRE DEL CONDUCTOR:	INSUMOS	
CC.	CANT	NOMBRE
OBSERVACIONES:		

ACEPTACIÓN NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO	NEGACIÓN ATENCIÓN
En uso de mis facultades acepto ser atendido y trasladado por esta unidad	En uso de mis facultades no acepto ser atendido y trasladado por esta unidad
FIRMA	FIRMA

Powered by CamScanner