



NIT: 901060798-3

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN MEDICA EN EVENTOS MASIVOS

DATOS DEL EVENTO MASIVO

EVENUTO	Los mirlos
LUGAR	Teatro Colon
FECHA	12/12/2025
HORA	21:22

IDENTIFICACION
DIRECCION

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRES
APELLIDOS

Juliana Fernandez

EDAD

23

SEXO

Femenino

EPS

Compensar

CEL

3020432160

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

QUIRURGICOS
TRAUMATICOS
ALERGICOS
FARMACOLOGICOSNiega
Niega
Niega
NiegaHABITOS TOXICOS
PATOLOGICOS
OCUPACIONALES
GINECOLOGICO

Niega

Niega

Niega

Go 0

Po 0

Ao 0

FUR 12-11-25

EXÁMEN FISICO

SIGNOS VITALES

OBSERVACIONES

DESCRIPCION

OBSERVACIONES

T/ ARTERIAL

110/63

CABEZA Y CUELLO

Normocefala, sin lesiones visib

FREC. CARDIACA

93

ABDOMEN

Blando, depresible, no doloroso

FRE. RESPIRATORIA

20

EXTREMIDADES

Integras, sin edema

TEMPERATURA

36.4

OSTEOMUSCULAR

Movilidad conservada

SATURACION O2

93

NEUROLOGICO

Consciente, alerta y orientada

GLUCOMETRIA

CARDIOVASCULAR

Frecuencia cardiaca normal

DIAGNOSTICOS

Cefalea.

EVOLUCIÓN
MEDICA

Paciente quien consulta por Cefalea, niega antecedentes Patologicos. Se brinda manejo inicial consistente en analgetica y reposo, con adecuada tolerancia. posterior a la intervención, la presenta mejoría clínica cede la Cefalea y ml

NOTAS DE
ENFERMERIA

Se brinda analgetica como medida de manejo no farmacologica. paciente refiere alivio del dolor posterior a la intervención.

REMISION

¿TRASLADO EN AMBULANCIA?

SI

NO

X

HORA DEL TRASLADO

TAB

TAM

EMPRESA DE AMBULANCIA

No aplica

MOVIL

HOSPITAL DE DESTINO

No aplica

MOTIVO DE
REMISIONNOTA DE
ENFERMERIA DE
REMISION

FIRMA DEL PERSONA DE LA AMBULANCIA

HORA DE SALIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nosotros) _____ con número(s) de identificación(es) C.C. ()
C.E. () Pasaporte () _____ de la ciudad de _____, obrando en nombre propio _____ o en
calidad de padre _____, madre _____, tutor _____, cónyuge _____, Otra (Indicarla) _____ del paciente
_____ en pleno uso de mis (nuestras) facultades mentales, otorgo (amos) en
forma libre mi (nuestro) consentimiento y autorizo(amos) desde ahora a la empresa MEDICAL EVENTOS COLOMBIA S.A.S
identificada con Nit 901060798-3 para que por medio del médico(s) y auxiliar(es) de enfermería en ejercicio legal de sus
profesiones, se practique, el procedimiento _____ que consistirá en _____
hablándose(me) explicado las alternativas
de tratamiento existentes y los riesgos previstos, si no se realiza ningún tratamiento.

Certifico (amos) que he (mos) leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido
completados antes de mi firma y que cuento con la capacidad de expresar la libre voluntad.
He recibido claras instrucciones en el sentido que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser
revocado o dejado sin efecto por mi decisión formal, previa al inicio del tratamiento.

Fecha _____

Firma y cédula del paciente o persona responsable _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta terapia y he contestado todas
las preguntas. Considero que el (la) paciente/paciente/tutor/cónyuge, comprenden completamente lo que he explicado

Firma de profesional de la salud: _____



FIRMA MEDICO

T.P:



AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC:

FIRMA PACIENTE

CC:

FIRMA ACUDIENTE O RESPONSABLE

CC: