



NIT: 901060798-3

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN MEDICA EN EVENTOS MASIVOS

DATOS DEL EVENTO MASIVO		DATOS PERSONALES DEL PACIENTE				
EVENTO	Descompensación de la paciente	NOMBRES	Sandra Hernandez			
LUGAR	Sala Fanny Mikey	APELLIDOS				
FECHA	01-12-25	IDENTIFICACION	EDAD	48	SEXO	femenino
HORA	04:00	DIRECCION	EPS	S. Total	CEL	3134646901

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

QUIRURGICOS	Niega	HABITOS TOXICOS	Niega
TRAUMATICOS	Niega	PATOLOGICOS	Neumonitis por Hipersensibilidad
ALERGICOS	Niega	OCUPACIONALES	Niega
FARMACOLOGICOS	Niega	GINECOLOGICO	Go 2 Po 2 Ao 0 FUR 23-11-25

EXÁMEN FISICO

SIGNOS VITALES	OBSERVACIONES	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
T/ARTERIAL	110 - 60	CABEZA Y CUELLO	
FREC. CARDIACA	106	ABDOMEN	Blando depresible, no doloroso
RE. RESPIRATORIA	18	EXTREMIDADES	Simetricas, Sin edema
TEMPERATURA	36.4	OSTEOMUSCULAR	Sin alteraciones aparentes
SATURACION O2	88	NEUROLOGICO	Taquicardia leve, consciente
GLUCOMETRIA		CARDIOVASCULAR	Taquicardia leve

DIAGNOSTICOS

EVOLUCION MEDICA	Paciente presenta episodio de descompensación durante el evento. Se traslada hasta el lobby, se coloca en reposo, se monitorizan signos vitales. Se evidencia hipoxemia, se aumenta el flujo de oxígeno. Se brinda atención inicial, reposo, control de signos vitales, administración de oxígeno suplementario, vigilancia clínica continua. paciente se recupera, sale del teatro, por sus propias medias, en compañía del familiar, se informa sobre signos de alarma.
NOTAS DE ENFERMERIA	

REMISION

TRASLADO EN AMBULANCIA?	SI	NO	X	HORA DEL TRASLADO		TAB		TAM	
IMPRESA DE AMBULANCIA	No aplica				MOVIL				
HOSPITAL DE DESTINO	No aplica								
MOTIVO DE REMISION									
NOTA DE ENFERMERIA DE REMISION									
RMA 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 _____
de tratamiento existentes y los riesgos previstos, si no se realiza ningún tratamiento.

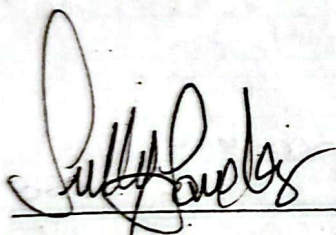
Certifico (amos) que he (mos) leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido
completados antes de mi firma y que cuento con la capacidad de expresar la libre voluntad.
He recibido claras instrucciones en el sentido que el consentimiento que otorgo mediante este 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/pariente/tutor/cónyuge, comprenden completamente lo que he explicado

Firma de profesional de la salud: _____



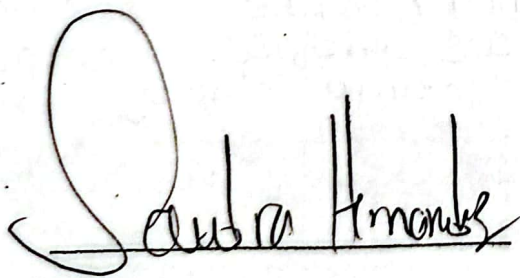
FIRMA MEDICO

T.P:



AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC: 40189963



FIRMA PACIENTE

CC: 29343164

FIRMA ACUDIENTE O RESPONSABLE

CC: