ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	
HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN Y TRASLADO	X
REGISTRO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN Y TRASLADO	
ATENCION PREHOSPITALARIA	
REGISTRO DE PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

A. DATOS GENERALES

CONSECUTIVO	HISTORIA CLÍNICA No.	REGISTRO ASISTENCIAL No.	CÓDIGO DEL VEHÍCULO DE EMERGENCIA O AMBULANCIA	TAB		TAM	X	VUM	
256309	1007354630		7099						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Cra121#70b-42

FECHA DE LA ATENCIÓN	03/04/2026		TIPO DE LA ATENCIÓN > TRASLADO PRIMARIO		NOMBRE DESTINO 1: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR

HORAS DE ATENCIÓN	DESPACHO		LLEGADA		SALIDA ESCENA		LLEGADA DESTINO 1		SALIDA DESTINO 1		DISPONIBLE
	01:27:00		01:55:00		02:43:00		03:20:00		06:05:00		06:05:00
	HH MM		HH MM		HH MM		HH MM		HH MM		HH MM

B. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		EDAD	24	AÑOS	X
	Johan	Steven	Sanchez	Cano				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1007354630

NACIONALIDAD(PAÍS)	Colombiano		ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES		Otro ¿Cuál?:

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA		GENERO > MASCULINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > SOL	Otro ¿Cuál?:
	23/06/2001						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cra121#70b-42		OCUPACIÓN	Independiente	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: NA Móvil o celular:3118818845

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Julieth Bastidas		Pareja		Fijo: NA Celular: 3118818845		Cra121#70b-42

	SITIO DE LA ATENCIÓN > VIVIENDA		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > CONTRIBUTIVO		Otro ¿Cuál?: Famisanar	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-168952-26		Dr Vega		HH:MM 01:20:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Se intento suicidar intento"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 24 años de edad con cuadro clínico de 40 minutos de evolución al arribo de la móvil que consiste en intento suicida, pensamientos e ideas de muerte, consumo de sustancias psicoactivas. En el momento poco colaborador al interrogatorio y persistencia del cuadro clínico.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 02:00:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	02:00:00	N/A	N/A
TA	123/81 m.m.hg	N/A	N/A
FC	86 lpm	N/A	N/A
PULSO	86 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	16 vpm	N/A	N/A
Tº	36.2 º	N/A	N/A
SAO2%	96 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	109 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	NIEGA	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	Mariguana, tusi, basuco, cocaina.	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	Trastorno mental y del comportamiento	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

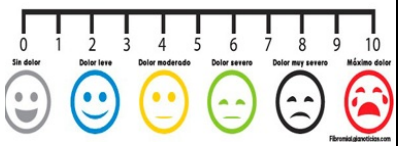
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > OBEDECE [6]	MRV > ORIENTADO [5]	MRP > EXPONTÁNEA [4]

VALOR TOTAL: 15/15

ESCALA LAPSS	Normal	BUSQUE ASIMETRÍAS OBVIAS		DER	IZQ
Sonrisa / Gesto	N/A	Cae		N/A	N/A
Fuerza de agarre	N/A	Agarre débil		N/A	N/A
		Sin agarre		N/A	N/A
Debilidad en MMSS	N/A	Se desvia hacia abajo		N/A	N/A
		Cae rápidamente		N/A	N/A
Paciente tiene sólo debilidad unilateral		SI	N/A	NO	N/A

ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR

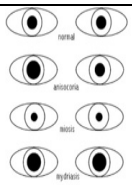


Escala del dolor seleccionada: 0 - SIN DOLOR

RTS - VALOR TOTAL: No aplica			
E.C. GLASGOW	P. Sist.	FR	VALOR
13 -15 N/A	> 89 N/A	10 - 29 N/A	4
9 - 12 N/A	76 -89 N/A	> 29 N/A	3
6 - 8 N/A	50 - 75 N/A	6 - 9 N/A	2
4 - 5 N/A	1 - 49 N/A	1 - 5 N/A	1
3 N/A	0 N/A	0 N/A	0

CRITERIOS DE TAMIZACIÓN LAPSS	Si	No	Desc
Edad > 45 años	No aplica	No aplica	No aplica
Sin historia previa de convulsiones	No aplica	No aplica	No aplica
Inicio de síntomas neurológicos en las ultimas 24 horas	No aplica	No aplica	No aplica
Paciente no usuario de sillas de ruedas o postrado en cama	No aplica	No aplica	No aplica
Glucosa sérica entre: 60 y 400mg/dl	No aplica	No aplica	No aplica

TAMAÑO PUPILAR



2mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS	Si	No
POLIPNEA		X
TAQUIPNEA		X
TIRAJES		X
CIANOSIS CENTRAL		X
CIANOSIS PERIFÉRICA		X

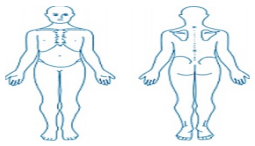
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

ESTADO	Si	No
ALTERACIÓN	X	
MANIACO		X
DEPRESIVO	X	
AGITACIÓN PSICO-MOTORA	X	
PSICÓTICO	X	

FECHA DE LA ATENCIÓN	DD MM AAAA		CÓDIGO DE LA UNIDAD MÓVIL:		HISTORIA CLÍNICA N°: 1007354630	
	03/04/2026		7099		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente consciente sin signos de focalizacion neurológica pupilas isocoricas normoreactivas a la luz cráneo cara y cuello sin alteraciones ruidos cardiacos rítmicos no soplos murmullo vecicular audible sin agregados abdomen blando depresible no visceromegalias Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.

Señale el (los) sitio(s) de la(s) lesión(es)



SIN LESIONES

1	HERIDA PENETRANTE	
2	HERIDA CORTANTE	
3	FRACTURA EXPUESTA	
4	FRACTURA CERRADA	
5	CUERPO EXTRAÑO	
6	HEMORRAGIA	
7	MORDEDURA	
8	PICADURA	
9	EXCORIACIÓN	
10	DEFORMIDAD O MASA	
11	HEMATOMA	
12	ERITEMA / INFLAMACIÓN	
13	LUXACIÓN / ESGUINCE	
14	QUEMADURA	Q1° Q2° Q3°

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Diligenciado por Médico) : **X**

- F140 - TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A INTOXICACIÓN AGUDA POR USO DE COCAÍNA

NA

COMPLEJO SINDROMÁTICO (Diligenciado por: Tecnólogo o Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria Auxiliar de Enfermería)

D. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN Y TRASLADO

I. INMOVILIZACIÓN	Si	No
CERVICAL		X
PELVIS		X
MMSS-DER	X	
MMSS-IZQ	X	
MMII-DER	X	
MMII-IZQ	X	
COMPLETA		X

II. VARIOS	SI	NO
INFUSIÓN INTRAÓSEA		X
ADITAMENTO EXTRAGLÓTICO		X
INTUBACIÓN OROTRAQUEAL		X
REANIMACIÓN BÁSICA		X
REANIMACIÓN AVANZADA		X

III. OXÍGENO TERAPIA	Si	Lts/mm	No
CANULA NASAL		N/A	X
MÁSCARA SIMPLE		N/A	X
MÁSCARA CON RESERVORIO		N/A	X
MÁSCARA CON VENTURY		N/A	X

IV. ASISTENCIA VENTILATORIA	Si	No
BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA-TUBO (BVM - BVT)		X
VÁLVULA A DEMANDA		X
CRICOTIROIDOTOMÍA		X
VENTILACIÓN MECÁNICA		X

V. ATENCIÓN PARTO EXTRA HOSPITALARIO

SEMANAS DE GESTACIÓN: N/A	FUR N/A
OTRA ¿CUÁL? N/A	

EXPULSIVO	SI	NO
	N/A	N/A

	SI	NO
PLACENTA EXPULSADA	N/A	N/A
COMPLETA	N/A	N/A
INCOMPLETA	N/A	N/A
ESPONTÁNEA	N/A	N/A
ASISTIDA	N/A	N/A

	SI	NO
SANGRADO VAGINAL ACTIVO	N/A	N/A
PLACENTA DISPONIBLE PARA EMBALAJE Y TRANSPORTE	N/A	N/A

VI. ATENCIÓN PRODUCTO PARTO EXTRA HOSPITALARIO

VIVO	SI	NO
	N/A	N/A

APGAR 01 MINUTO	N/A	APGAR 05 MINUTOS	N/A	APGAR NO EVALUABLE AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN			N/A
TEST SILVERMAN-ANDERSON	GRADO 0	N/A	GRADO 1	N/A	GRADO 2		N/A

E. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE LA ATENCIÓN Y TRASLADO

HH:MM	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA ADMON
02:30:00	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	5mg	INTRAMUSCULAR
02:30:00	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	15mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Midazolam 15mg/3ml. 15mg im Midazolan 5mg/5ml. 5mg im Inmovilizacion de 5 puntos. Toma de signos vitales.

TAB: NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO REGULADOR DE URGENCIAS DE TURNO QUE INDICA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) o TAM: NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO TRIPULANTE DE TURNO QUE INDICA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S): Dr Vega

G. TRÁMITE CON EL PACIENTE

REQUIERE TRASLADO		ACEPTA TRASLADO		FIRMA DE DECLARACIÓN DE NO ACEPTACIÓN DE TRASLADO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE O TESTIGO	PARENTESCO: Pareja TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Julieth Bastidas	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yulia Bastidas identificado con C.C. Nº 110551113 de Bogota autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Johan Steven Sanchez Cano . Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrían ocurrir como consecuencia de la patología base o durante el traslado, de tal manera que admito la realización de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a la patología del paciente. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se me han respondido de manera clara y suficiente.

H. INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) A DONDE FUE TRASLADADO EL PACIENTE

NOMBRE DE LA IPS	SERVICIO		SI	NO	VIVO		EN PARO CARDIO RESPIRATORIO / EN REANIMACIÓN	SI	NO
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR	Urgencias	CRÍTICO		X	SI	NO			X
		NO CRÍTICO	X		X				

I. TRIPULACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	FIRMA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO REGULADOR QUE INDICA EL TRASLADO DEL PACIENTE		HORA RECEPCIÓN PACIENTE POR PARTE DE IPS
Médico(a): CORDERO KAISEL GUERRA	1034317982		Dr Vega		03/04/2026 06:05:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA DANIELA GONZALEZ TORRES	1030694113		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JOSE DAVID ORTIZ HERNANDEZ	CC 1014215330			Wiliam Mesa Medico General 1140416032	

TRÁMITES ADICIONALES	SI	NO	NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN	PERFIL
DILIGENCIAMIENTO PRIMER RESPONDIENTE		X	No aplica	No aplica
AVISO A POLICIA NACIONAL		X	No aplica	No aplica

OBSERVACIONES: NA

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	N/A
	Si	1	N/A
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	N/A
	Tranqulizantes, Sedantes, Diuréticos, Antidepresivos, otros	1	N/A
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	N/A
	Alteraciones visuales, auditivas	1	N/A
ESTADO MENTAL	Orientado	0	N/A
	Confuso	1	N/A
DEAMBULACIÓN	Normal	0	N/A
	Segura con ayuda, insegura	1	N/A
PUNTAJE OBTENIDO		**N/A**	

PUNTAJE MENOR A 2: RIESGO BAJO
PUNTAJE ENTRE 2 Y 4: RIESGO MEDIO
PUNTAJE MAYOR A 4: RIESGO ALTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

HOJA DE EVOLUCIÓN

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	CODIGO DEL VEHICULO DE EMERGENCIA O AMBULANCIA
256309	**Johan**	**Steven**	**Sanchez**	**Cano**	7099
	HISTORIA CLINICA No		REGISTRO ASISTENCIAL No		
	1007354630		N/A		

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA EVOLUCION	NOMBRE, APELLIDOS Y PERFIL DEL RESPONSABLE DE LA EVOLUCION.	FIRMA

Fecha y hora de registro: 03/04/2026 08:01:00

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
256309		03/04/2026		7099		TAM		CRU-168952-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Johan Steven Sanchez Cano	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1007354630	ASEGURADOR	Famisanar

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ2962 - JERINGA DESECHABLE DE 5 ML 3 PARTES	2	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	4	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	CORDERO KAISEL GUERRA	**No. IDENTIFICACIÓN**	1034317982
CARGO	Médico	**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

DATOS DEL PACIENTE	
Paciente: Johan Sanchez , Identificado: 1007354630	
Edad y Genero: 24, MASCULINO	**ID Premiere One:** CRU-168952-26
Seguridad social en salud: CONTRIBUTIVO	**Nombre de la entidad:** Famisanar
Consecutivo HC: 256309	**Ambulancia:** 7099

Diágnostico:
F140 - TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A INTOXICACIÓN AGUDA POR USO DE COCAÍNA
Otro: NA

Medicamentos			
Fecha de inicio	**Nombre Generico**	**Posología**	**Cantidad prescrita (Números/Letras)**
03/04/2026	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	5mg	1/Uno
03/04/2026	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	15mg	1/Uno

Firmado Por: CORDERO KAISEL GUERRA **Reg:** 1034317982
Tipo y Número de identificación: 1034317982
Firma Electrónica:



Entrega del Medicamento (Para diligenciar por el establecimiento farmáceutico)		
Fecha despacho	**Medicamento Despachado**	**Cantidad/Unidad Despacho**
Nombre quien Despacha	**Documento de Identidad**	**Firma**