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	
258112	1019065215		7082						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Cra 87b # 129b - 30

FECHA DE LA ATENCIÓN	12/04/2026		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	
	02:34:00		02:56:00		03:27:00		03:50:00		06:30:00		06:30:00	
	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	33	AÑOS	X	
	Edwin	Albeiro	Patiño	Rincón				MESES		
								DIAS		

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1019065215	

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?:
	12/07/1991						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cra 87b # 139b - 30		OCUPACIÓN	Independiente	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 0 Móvil o celular:3138436180

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Refiere no tiene acompañante		No Aplica		Fijo: No Aplica Celular: No Aplica		No Aplica

	SITIO DE LA ATENCIÓN > VIVIENDA		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SUBSIDIADO		Otro ¿Cuál?: Nueva Eps	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-183445-26		Dr Andrés Beltrán		HH:MM 01:33:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Está muy agresivo "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 33 años de edad con cuadro clínico de 2 horas de evolución consistente en agitación psicomotora y agresividad posterior a la ingesta de alcohol motivo por lo cual se activa la línea

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 03:18:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	03:18:00	04:20:00	N/A
TA	118/67 m.m.hg	112/64 m.m.hg	N/A
FC	93 lpm	76 lpm	N/A
PULSO	93 ppm	76 ppm	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	18 vpm	N/A
Tº	36 º	36 º	N/A
SAO2%	92 %	92 %	N/A
GLUCOMETRÍA	89 mg/dl	100 mg/dl	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

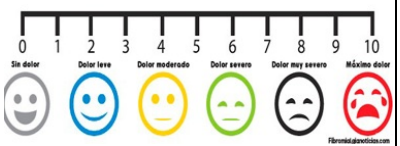
1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	NIEGA	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	Consumo de alcohol Consumo de sustancias psicoactivas	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	Retraso mental leve - moderado	
7.FARMACOLÓGICOS	Levetiracetam Lacosamida	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

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

ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR



Escala del dolor seleccionada:
3 - DOLOR LEVE

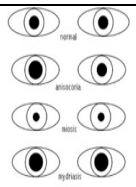
VALOR TOTAL: 15/15

E.C. GLASGOW	P. Sist.	FR	VALOR
13 -15 X	> 89 X	10 - 29 X	4
9 - 12	76 -89	> 29	3
6 - 8	50 - 75	6 - 9	2
4 - 5	1 - 49	1 - 5	1
3	0	0	0
RTS - VALOR TOTAL: 12			

CRITERIOS DE TAMIZACIÓN LAPSS

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

TAMAÑO PUPILAR



3
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

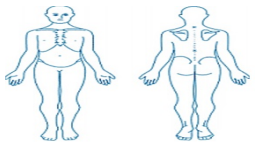
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1019065215	
	12/04/2026		7082		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente orientado en las tres esferas no signos de focalizacion meningea aparente Mucosas húmedas y coloreadas, cuello móvil sin adenopatias, herida cortante de aproximadamente 4 cm de largo q requiere sutura Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono no soplos audibles Murmullo vesicular audible sin sobreagregados Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación Extremidades sin edemas pulsos periféricos presentes

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



LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 2. HERIDA CORTANTE LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 11. HEMATOMA

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**

- Y910 - INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA LEVE
- F100 - TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A INTOXICACIÓN AGUDA POR USO DE ALCOHOL

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

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		PLACENTA EXPULSADA	SI	NO	SANGRADO VAGINAL ACTIVO	SI	NO
					N/A	N/A		N/A	N/A
OTRA ¿CUÁL? N/A				COMPLETA	N/A	N/A			
				INCOMPLETA	N/A	N/A	PLACENTA DISPONIBLE PARA EMBALAJE Y TRANSPORTE	SI	NO
EXPULSIVO	SI	NO		ESPONTÁNEA	N/A	N/A		N/A	N/A
	N/A	N/A		ASISTIDA	N/A	N/A			

VI. ATENCIÓN PRODUCTO PARTO EXTRA HOSPITALARIO

VIVO												
SI	NO		APGAR 01 MINUTO	N/A	APGAR 05 MINUTOS	N/A	APGAR NO EVALUABLE AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN				N/A	
N/A	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
03:15:00	MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	5mg	INTRAMUSCULAR
03:15:00	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	5mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoración cefalocaudal Toma de signos vitales Toma de glucometria Inmovilización de 5 puntos Midazolam 5mg + haloperidol 5mg im Limpieza y curación de herida cortante provocada por familiares

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 César Casamayor

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: Médico de ambulancia TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO	Dr Cesar Casamayor	FIRMA: 
X		**X**		N/A	N/A		

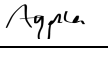
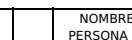
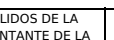
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo John Medina Patiño identificado con C.C. Nº 1000464488 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Edwin Albeiro Patiño Rincón . 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
						SI	NO			
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR	Urgencias	CRÍTICO		X						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): CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO	1034317288		Dr Andrés Beltrán		12/04/2026 05:52:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOSE ALFONSO AYALA VELANDIA	3217329		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: GUILLERMO SEBASTIAN BARINAS SOTO	CC 1018469077			Dra Daniela Duque Médico de urgencias 1010118117	

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: N/A

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
258112	**Edwin**	**Albeiro**	**Patiño**	**Rincón**	7082

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1019065215	N/A

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

Fecha y hora de registro: 12/04/2026 06:38:00

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	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
	SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)	

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
258112		12/04/2026		7082		TAM		CRU-183445-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Edwin Albeiro Patiño Rincón	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1019065215	ASEGURADOR	Nueva Eps

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	2	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	8	
MQ1755 - GASA PRECORTADA NO TEJIDA ESTERIL 7.5 X 5 UNIDADES	5	
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	1	
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	1	
MQ2993 - SABANA RESORTADA PARA CAMILLA AJUSTABLE X 1 UNIDAD	1	
MQ2943 - TAPABOCAS CONVENCIONAL X 20 UNIDADES	4	
MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO	No. IDENTIFICACIÓN	1034317288
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: Edwin Patiño , Identificado: 1019065215	
Edad y Genero: 33, MASCULINO	**ID Premiere One:** CRU-183445-26
Seguridad social en salud: SUBSIDIADO	**Nombre de la entidad:** Nueva Eps
Consecutivo HC: 258112	**Ambulancia:** 7082

Diágnostico:
Y910 - INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA LEVE
F100 - TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A INTOXICACIÓN AGUDA POR USO DE ALCOHOL
Otro: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

Medicamentos			
Fecha de inicio	**Nombre Generico**	**Posología**	**Cantidad prescrita (Números/Letras)**
12/04/2026	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	5mg	1/Uno

Firmado Por: CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO **Reg:** 1034317288
Tipo y Número de identificación: 1034317288
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**