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	
261742	1019604282		6841						
DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN		Cr 136a 144 50							
FECHA DE LA ATENCIÓN	29/04/2026		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
	14:43:00		15:02:00		15:36:00		16:40:00		18:55:00		18:59:00
	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	20	AÑOS	X
	Sara	Natalia	Saenz	Rodriguez				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1019604282	
NACIONALIDAD(PAÍS)	Colombiano	ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES	Otro ¿Cuál?:

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA	GENERO > FEMENINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > SOL	Otro ¿Cuál?:
	26/09/2005					
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cr 136a 144 50	OCUPACIÓN	Edtudiante	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: Na Móvil o celular:3134029015	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE	PARENTESCO	NÚMERO TELEFÓNICO	DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Lilia rodriguez	Madre	Fijo: Na Celular: 3134029015	Cr 136a 144 50

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:	¿QUIÉN AUTORIZÓ?:	HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-218711-26	Dr harrington bolivar	HH:MM 14:13:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > INTOXICACIÓN POR ALUCINÓGENOS		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Esta delirando"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en ideas delirantes paranoides persecutorias verborrea taquipsiquia la familia asocia esto a consumo de sustancias psicoactivas posiblemente tusi niega otros sintomas asociados

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 15:05:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	15:05:00	N/A	N/A
TA	100/70 m.m.hg	N/A	N/A
FC	130 lpm	N/A	N/A
PULSO	130 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	N/A	N/A
Tº	36 º	N/A	N/A
SAO2%	92 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	102 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Reseccion lipoma mama izquierda	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	Marihuana y tusi	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: 0, P: 0, A: 0, C: 0, V: 0	FUR: 15 abril 2026
6. PSIQUIÁTRICOS	Intoxicación por tusi 2024	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

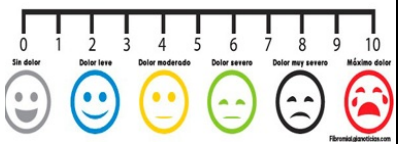
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

VALOR TOTAL: 14/15

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



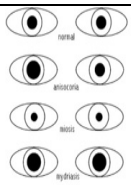
Escala del dolor seleccionada:
0 - SIN DOLOR

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



4 mm isocoricas reactivas
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

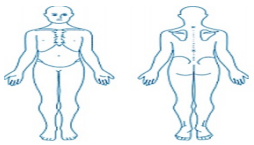
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1019604282	
	29/04/2026		6841		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Normocéfalia pupilas isocóricas normoreativas escaleras anitéricas orofaringe sin lesiones mucosa oral húmeda cuello móvil no masas no megalias no injurgitación yugular tórax sin agregados cardiopulmonares patológicos abdomen blando depresible no dolor no masas no irritación peritoneal ruidos intestinales normales genital no explorado extremidades eutróficas adecuada perfusión y pulsos no deformidades no edemas sin limitación funcional, perfusión conservada Desorientada en tiempo parcialmente en espacio orientada en persona. Glasgow 14/15 no focalizacion sin actividad ictal no signos de irritacion meningea, ideas delirantes juicio y rasocinio comprometidos en inquietud y agitación motora.

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**

- T439 - ENVENENAMIENTO POR DROGA PSICOTROPICA, NO ESPECIFICADA

Paciente con aparente intoxicación por psicoactivos requiere valoración estudio y manejo integral en urgencias

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
	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

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Médica Tomás el hospital es monitorización contención mecánica en cinco puntos, no requirió contención farmacológica traslado primario hospital Simón Bolívar

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 harrinton bolivar Dr Alexander Sánchez

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: Madre TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Lilia rodruiguez	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Lilia rodriguez identificado con C.C. Nº 51672024 de Madre autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Sara Natalia Saenz Rodriguez. 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): JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON	80927221		Dr harrinton bolivar		29/04/2026 18:55:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA NELSON ESPAÑA MARTINEZ	1071987181		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: RICARDO LADINO CORTES	CC 80272937			Marlon arcos Médico general 1052411835	

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: Queda estable en urgencias

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	X
	Si	1	
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	
	Tranqulizant es, Sedantes, Diuréticos, Antidepresivos, otros	1	X
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	
	Alteraciones visuales, auditivas	1	X
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
	Confuso	1	X
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda, insegura	1	X
PUNTAJE OBTENIDO		**4**	

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
261742	**Sara**	**Natalia**	**Saenz**	**Rodriguez**	6841

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1019604282	N/A

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

Fecha y hora de registro: 29/04/2026 19:41:00

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)

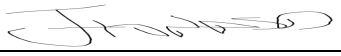
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
261742		29/04/2026		6841		TAM		CRU-218711-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Sara Natalia Saenz Rodriguez	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1019604282	ASEGURADOR	Famisanar

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS

DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DISPENSADA
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	1	
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON	No. IDENTIFICACIÓN	80927221
CARGO	Médico	FIRMA	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	