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	
260701	1023972801		7099						
DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN		Cra 90 #149 73 FUMDIR - Casa Juan Pablo							
FECHA DE LA ATENCIÓN	23/04/2026		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
	15:08:00		15:20:00		16:20:00		15:20:00		16:20:00		19:40:00
	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	27	AÑOS	X
	Laura	Taidey	Naranjo	Galvis				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1023972801	
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?:
	06/10/1998					
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cra 90 #149 73 FUMDIR - Casa Juan Pablo	OCUPACIÓN	Institucionalizada	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 0 Móvil o celular:0	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE	PARENTESCO	NÚMERO TELEFÓNICO	DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Danilsa Polo	Cuidadora	Fijo: 0 Celular: 3118979795	.

SITIO DE LA ATENCIÓN > INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL		Otro ¿Cuál? :	
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SUBSIDIADO		Otro ¿Cuál?: Capital Salud	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:	¿QUIÉN AUTORIZÓ?:	HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-205990-26	William Diaz	HH:MM 14:14:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Está agitada"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenino de 27 años de edad con cuadro clínico de un día de evolución de agitación, psicomotora, auto y heterogresividad con pares y profesionales de la institución por lo que activa en línea

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 15:27:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	15:42:00	N/A	N/A
TA	132/82 m.m.hg	N/A	N/A
FC	96 lpm	N/A	N/A
PULSO	96 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	20 vpm	N/A	N/A
Tº	36 º	N/A	N/A
SAO2%	90 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	. mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

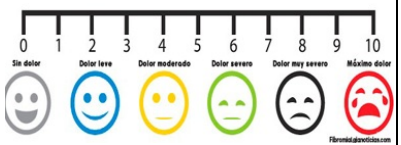
1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	NIEGA	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	Acido Valproico 10 cc c 8 h Lamotrigina 100 mg c 12 h Levotiroxina 50 mcg Difenhidramina 5 cc c 12 h Quetiapina 100 mg c 12 h Propanolol 40 mg dia Clonazepam 5 gotas dia	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

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

VALOR TOTAL: 14

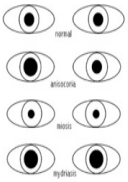
RTS - VALOR TOTAL: No aplica

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



2

No aplica

No aplica

No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

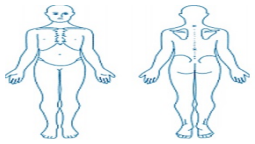
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1023972801
	23/04/2026	7099	REGISTRO ASISTENCIAL N°:

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Buen estado general Normocefalo, mucosa oral humeda, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil Cardiorrespiratorio ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado Abdomen blando, no dolor abdominal a la palpación, sin signos de irritación peritoneal Extremidades sin edemas, simétricas, llenado capilar conservado Alerta, desorientada, sin alteraciones neurológicas Porte descuidado, afecto irritable de fondo ansioso, querulente, combativa, ideas poco valorables, introspeccion nula

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**

- R451 - INQUIETUD Y AGITACION
- F710 - RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

Agitación psicomotora

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
15:05:00	MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL	75	INTRAMUSCULAR
15:15:00	MD0209 - DEXAMETASONA SOL INY 8MG/2ML (4 MG/ML) AMP X 2ML	8 mg	INTRAMUSCULAR
16:15:00	MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	5	INTRAMUSCULAR
15:15:00	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	18 mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoración médica Contención verbal Contención farmacológica y física Traslado primario con acompañante

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): Laura Sofia Valencia Polanía

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: Cuidadora TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Danilsa Polo	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Danilsa Polo identificado con C.C. Nº 1066747555 de Monteria autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Laura Taidey Naranjo Galvis. 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	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): LAURA SOFIA VALENCIA POLANIA	1002970887		William Diaz		23/04/2026 19:10:00
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: FERMAN GIRALDO SALAMANCA	CC 79826144			Marlon Arcos Médico general 1052411813	

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: Traslado efectivo					

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	X
	Alteraciones visuales, auditivas	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
	Confuso	1	X
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda, insegura	1	X
PUNTAJE OBTENIDO		**3**	

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
260701	**Laura**	**Taidey**	**Naranjo**	**Galvis**	7099

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1023972801	N/A

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

Fecha y hora de registro: 23/04/2026 19:47:00

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	
260701		24/04/2026		7099		TAM		CRU-205990-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Laura Taidey Naranjo Galvis	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1023972801	ASEGURADOR	Capital Salud

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	3	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	12	
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	3	
MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL	1	
MD0209 - DEXAMETASONA SOL INY 8MG/2ML (4 MG/ML) AMP X 2ML	1	
MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	LAURA SOFIA VALENCIA POLANIA	**No. IDENTIFICACIÓN**	1002970887
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: Laura Naranjo, Identificado: 1023972801	
Edad y Genero: 27, FEMENINO	**ID Premiere One:** CRU-205990-26
Seguridad social en salud: SUBSIDIADO	**Nombre de la entidad:** Capital Salud
Consecutivo HC: 260701	**Ambulancia:** 7099

Diágnostico:
R451 - INQUIETUD Y AGITACION
F710 - RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
Otro: Agitación psicomotora

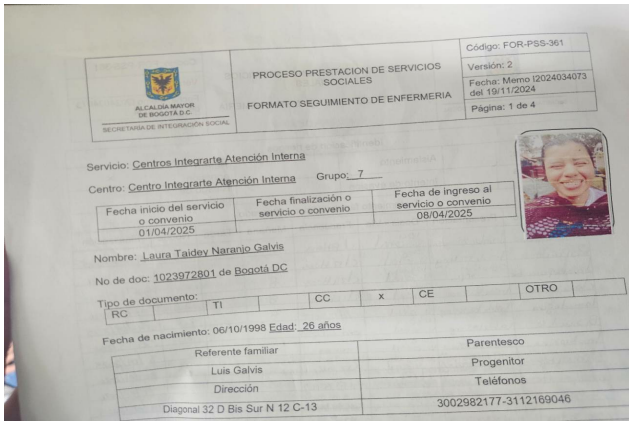
Medicamentos

Fecha de inicio	Nombre Generico	Posología	Cantidad prescrita (Números/Letras)
23/04/2026	MD0522 - MIDAZOLAM 5 mg / 5 mL	18 mg	4/Cuatro

Firmado Por: LAURA SOFIA VALENCIA POLANIA **Reg:** 1002970887
Tipo y Número de identificación: 1002970887
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**



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES	Código: FOR-PSS-361
		Versión: 2
	FORMATO SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA	Fecha: Memo I2024034073 del 19/11/2024
		Página: 1 de 4

Servicio: Centros Integrarte Atención Interna

Centro: Centro Integrarte Atención Interna Grupo: 7

Fecha inicio del servicio o convenio	Fecha finalización o servicio o convenio	Fecha de ingreso al servicio o convenio
01/04/2025		08/04/2025

Nombre: Laura Taidey Naranjo Galvis

No de doc: 1023972801 de Bogotá DC

Tipo de documento:

RC		TI		CC	x	CE		OTRO	

Fecha de nacimiento: 06/10/1998 Edad: 26 años

Referente familiar	Parentesco
Luis Galvis	Progenitor
Dirección	Teléfonos
Diagonal 32 D Bis Sur N 12 C-13	3002982177-3112169046



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO INTERVENCIONES GRUPALES EN CENTROS INTEGRARTE Y CENTROS AVANZAR

Código: FOR-PSS-147

Versión: 2

Fecha: [2021038873 – 28/12/2021

Página: 8 de 8

IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.023.972.801
NARANJO GALVIS
APELLIDOS
LAURA TAIDEY
NOMBRES
Laura N.

06-OCT-1998
BOGOTÁ D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-NOV-2016 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO