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	
256928	1052839663		6839						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Calle 73 # 10-45

FECHA DE LA ATENCIÓN	06/04/2026	TIPO DE LA ATENCIÓN > TRASLADO PRIMARIO	NOMBRE DESTINO 1: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO

HORAS DE ATENCIÓN	DESPACHO	LLEGADA	SALIDA ESCENA	LLEGADA DESTINO 1	SALIDA DESTINO 1	DISPONIBLE
	11:10:00	11:21:00	12:14:00	12:28:00	13:55:00	13:55:00
	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	18	AÑOS	X
	Juisedt	Gimena	Niño	Olivares				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1052839663

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?:
	15/07/2007						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 8 bis B # 14-81		OCUPACIÓN	Estudiante enfermería	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: No tiene Móvil o celular:3222874394

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Camila Huertas		Amiga		Fijo: No tiene Celular: 3124934548		No refiere

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-173367-26		Harrington Bolívar		HH:MM 10:45:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Convulsionó "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina de 18 años con cuadro clínico de 2 horas de evolución donde manifiesta cefalea occipital, tinnitus, visión borrosa posterior a eso manifiestan alteración del estado de conciencia, dado movimientos tónicos clónicos, supraversion de la mirada, sialorrea, sin relajación de esfínteres de aproximadamente 1 minuto de duración, niegan trauma craneoencefalico, posterior episodio posictal de 15 minutos de duración dado por desorientación.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 11:30:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	11:40:00	N/A	N/A
TA	128/79 m.m.hg	N/A	N/A
FC	86 lpm	N/A	N/A
PULSO	86 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	17 vpm	N/A	N/A
Tº	36,9 º	N/A	N/A
SAO2%	95% ambiente %	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	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: 0, P: 0, A: 0, C: 0, V: 0	FUR: 20/03/206 planifica jadelle
6. PSIQUIÁTRICOS	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

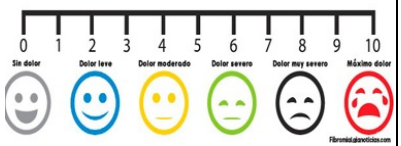
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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: 4 - DOLOR MODERADO

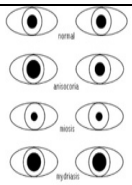
RTS - VALOR TOTAL: No aplica

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 mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

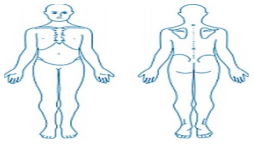
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1052839663	
	06/04/2026		6839		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:A la valoración física, pupilas mioticas, reactivas, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda, sin estigmas de heridas, cuello móvil, tórax simétrico, rscs rítmicos, rsrs conservados, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, extremidades simetricas, sin edemas, neurologico alerta, orientada

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**

- R568 - OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS

Episodio convulsivo

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

SANGRADO VAGINAL ACTIVO	SI	NO
	N/A	N/A

PLACENTA DISPONIBLE PARA EMBALAJE Y TRANSPORTE	SI	NO
	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

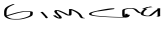
HH:MM	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA ADMON
12:15:00	MD0235 - DIPIRONA AMP X 1G/2ML	1 gr	INTRAVENOSA

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se realiza valoración médica, se monitorizan signos vitales, se interroga a paciente y enfermera de la institución, se indica manejo médico, se traslada a ips en compañía de amiga.

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): Dayanna Quiroga

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: Paciente TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Juisedt Gimena Niño Olivares	FIRMA: 

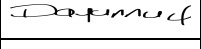
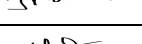
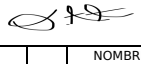
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juisedt Gimena Niño Olivares identificado con C.C. Nº 1052839663 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Juisedt Gimena Niño Olivares . 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 CHAPINERO	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): LEIDY DAYANNA QUIROGA VIRACACHA	1015467960		Harrington Bolívar	06/04/2026 13:50:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOHN EMERSON TORRES CARMONA	1033754181		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	
Conductor: ORLANDO AMAYA AGUILAR	CC 79346503		 Valentina Pimentel Médico general 1002199588	

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: Ninguna

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
256928	**Juisedt**	**Gimena**	**Niño**	**Olivares**	6839

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1052839663	N/A

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

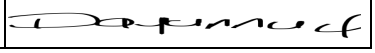
Fecha y hora de registro: 06/04/2026 15:37:00

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	
256928		06/04/2026		6839		TAM		CRU-173367-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Juisedt Gimena Niño Olivares	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1052839663	ASEGURADOR	Famisanar

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	1	
MD0422 - LACTATO DE RINGER 500 mL	1	
MQ0323 - CATETER INTRAVENOSO 20 G	1	
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	1	
MD0235 - DIPIRONA AMP X 1G/2ML	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	LEIDY DAYANNA QUIROGA VIRACACHA	No. IDENTIFICACIÓN	1015467960
CARGO	Médico	FIRMA	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	


IDCOL
IDCOL0658596186070795<<<<<<<<<<
0707158F3507175COL1052839663<2
NINO<OLIVARES<<JUISEDT<GIMENA<


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.052.839.663
NIÑO OLIVARES
JUISEDT GIMENA
COL
1.70
F
15 JUL 2007
O+
DUITAMA (BOYACA)
17 JUL 2025, DUITAMA
17 JUL 2035
Gimena Niño