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	
256044	1070961551		6969						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Cra 83 81-28

FECHA DE LA ATENCIÓN	01/04/2026		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
	12:31:00		12:47:00		14:00:00		14:58:00		18:25:00		18:26:00
	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	16	AÑOS	X
	Wendy		Mejía	Moreno				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > TI		No. de identificación: 1070961551	

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?:
	06/07/2009						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cra 83 81-28		OCUPACIÓN	Estudiante	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 3115010312 Móvil o celular:3115010312

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Emilce Tamayo		Cuidadora		Fijo: 3115010312 Celular: 3115010312		Bosa

	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-166383-26		Harrington Bolívar		HH:MM 12:23:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Estoy estresada "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que inicia enfermedad actual esta semana, cuando le invaden los pensamientos por su custodia, consistente en llanto fácil, con sentimiento de miedo, y tristeza profunda asociado a múltiples lesiones tipo cuting en región externa de antebrazo de miembro superior izquierdo refiere que lo realizó para sentir y olvidar lo que está sucediendo. Niega alucinaciones, niega delirios de persecución e ideas suicidas al momento además presenta temblor generalizado.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 12:50:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	12:52:00	14:57:00	N/A
TA	122/74 m.m.hg	100/60 m.m.hg	N/A
FC	107 lpm	83 lpm	N/A
PULSO	107 ppm	83 ppm	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	20 vpm	18 vpm	N/A
Tº	36 º	36 º	N/A
SAO2%	95 %	90 %	N/A
GLUCOMETRÍA	120 mg/dl	120 mg/dl	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	Trastorno mixto de la conducta y de las emociones + víctima de violencia física en el ámbito familiar con 3 intentos suicidas previos a los 14 años por intoxicación	
7.FARMACOLÓGICOS	Flouxatina 20 mg/5 ml 5 cc después del desayuno	

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

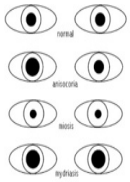
RTS - VALOR TOTAL: No aplica

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



3 mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

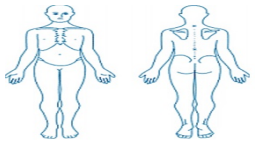
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1070961551	
	01/04/2026		6969		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en regulares condiciones generales, afebril, hidratada y taquipneica Cabeza normocefalo sin lesiones. Cuello cilíndrico móvil sin adenopatias Tórax normoexpansible ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes sin agregados Abdomen blando depresible no doloroso, no megaleas Extremidades simétricas sin edemas, con múltiples lesiones tipo cuting en región externa de antebrazo de miembro superior izquierdo Neurologico consciente vigil hiperalerta orientada

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



LESIÓN IDENTIFICADA: MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ANTEBRAZO 2. HERIDA CORTANTE

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**

- F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

* F929 TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO F432 TRASTORNOS DE ADAPTACION

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

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se realiza valoración por médico general y toma de signos vitales por auxiliar de enfermería, paciente que requiere traslado para valoración por psicología y psiquiatría, paciente a quien se le realiza contención emocional- verbal

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): Luis Lopez

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	Emilse Tamayo	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Daniela Rodriguez identificado con C.C. Nº 1010002574 de Magdalena autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Wendy Mejía Moreno. 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	Urgencia	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): LUIS JOSE LOPEZ RODADO	72003185		Harrington Bolívar	01/04/2026 18:20:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA PATRICIA RINCON OSMA	52288148		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	
Conductor: JONATHAN CARMARGO ARIAS	CC 1033736046		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: 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
256044	**Wendy**	**N/A**	**Mejía**	**Moreno**	6969

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1070961551	N/A

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

Fecha y hora de registro: 01/04/2026 19:25:00

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	
256044		01/04/2026		6969		TAM		CRU-166383-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Wendy Mejía Moreno	TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1070961551	ASEGURADOR	Capital salud

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	3	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	LUIS JOSE LOPEZ RODADO	**No. IDENTIFICACIÓN**	72003185
CARGO	Médico	**FIRMA**	

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

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