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	
261349	1106398693		6839						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Cr 5f 190a 36

FECHA DE LA ATENCIÓN	27/04/2026		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
	11:40:00		12:15:00		13:31:00				15:15:00		15:19:00
	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	29	AÑOS	X
	Maria	Camila	Sedas	Martinez				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 1106398693

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?:
	18/04/1997						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cr 5f 190a 36		OCUPACIÓN	Desempleada	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: Na Móvil o celular:3134332621

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Diego saldaña		Expareja		Fijo: Na Celular: 3134332621		Cr 5 f 190a 36

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-214418-26		Dr harrinton bolivar		HH:MM 10:39:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Esta delirando otra vez""

ENFERMEDAD ACTUAL: Cuadro 2 días soliloquios pensamiento delirante, conductas de aislamiento, auto agresión con golpes contra la pared y amenazante contra su ex pareja con un tenedor razón por la que activan línea de emergencias

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 12:20:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	12:20:00	N/A	N/A
TA	116/60 m.m.hg	N/A	N/A
FC	93 lpm	N/A	N/A
PULSO	93 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	20 vpm	N/A	N/A
Tº	36.1 º	N/A	N/A
SAO2%	93 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	102 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Pomeroy	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: G3, P: 3, A: 0, C: 0, V: 3	FUR: Actualmente
6. PSIQUIÁTRICOS	Edquizofrenia	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

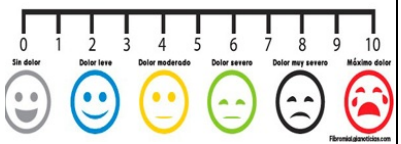
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

VALOR TOTAL: 15

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

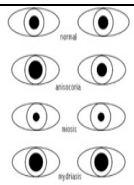
RTS - VALOR TOTAL: No aplica

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 reactivas
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

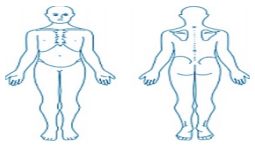
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1106398693	
	27/04/2026		6839		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 iexplorado extremidades eutróficas adecuada perfusión y pulsos no deformidades no edemas sin limitación funcional, perfusión conservada no déficit neurológico o actividad psicótica y agitación con auto y heteroagresividad

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**

- F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Actividad psicótica requirió contención mecánica 4 puntos y farmacologica con 5 de haloperidol 5 mg de midazolam sin lograr efecto sedante para contener con persistencia de agitación por lo que requirió refuerzo de nueva dosis 5 mg y otros 5 mg dehaloperidol

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
14:30:00	MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	10 mg	INTRAMUSCULAR
12:30:00	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	10 mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoración Contención farmacologica Total 10 mg midazolam 5 mg haloperidol Contención mecánica

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: Expareja TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Diego saldaña	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Diego saldaña identificado con C.C. Nº 1106392853 de Bogota autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Maria Camila Sedas Martinez. 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 bolivar		27/04/2026 15:03:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA HECTOR JULIO CASTAÑEDA SIERRA	79607015		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: ARLEY OCHOA JARAMILLO	CC 93030027			Malos 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 paciente estable bajo contenciones farmacológicas y mecánicas en compañía de familiar con documentos en su propiedad

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	X
	Segura con ayuda, insegura	1	
PUNTAJE OBTENIDO		**2**	

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
261349	**Maria**	**Camila**	**Sedas**	**Martinez**	6839
	HISTORIA CLINICA No		REGISTRO ASISTENCIAL No		
	1106398693		N/A		

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

Fecha y hora de registro: 27/04/2026 16:59:00

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	
261349		27/04/2026		6839		TAM		CRU-214418-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Maria Camila Sedas Martinez	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1106398693	ASEGURADOR	Salud total

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	2	
MD0340 - HALOPERIDOL SOL INY 5MG/ML AMP X 1ML	2	

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**	

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

DATOS DEL PACIENTE	
Paciente: Maria Sedas, Identificado: 1106398693	
Edad y Genero: 29, FEMENINO	**ID Premiere One:** CRU-214418-26
Seguridad social en salud: SUBSIDIADO	**Nombre de la entidad:** Salud total
Consecutivo HC: 261349	**Ambulancia:** 6839

Diágnostico:
F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
Otro: Actividad psicótica requirió contención mecánica 4 puntos y farmacologica con 5 de haloperidol 5 mg de midazolam sin lograr efecto sedante para contener con persistencia de agitación por lo que requirió refuerzo de nueva dosis 5 mg y otros 5 mg dehaloperidol

Medicamentos			
Fecha de inicio	**Nombre Generico**	**Posología**	**Cantidad prescrita (Números/Letras)**
27/04/2026	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	10 mg	1/Una

Firmado Por: JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON **Reg:** 80927221
Tipo y Número de identificación: 80927221
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**