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	
259895	1141352824		7081						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN			Calle 146 f# 72c-95		
FECHA DE LA ATENCIÓN	20/04/2026		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
	10:23:00	11:19:00	12:08:00	12:41:00	18:35:00	18:40:00
	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	10	AÑOS	X
	laura	Julieth	Silva	Pinilla				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > TI		No. de identificación: 1141352824

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?:
	08/09/2015						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 146 f # 72c-95		OCUPACIÓN	Estudiante	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 0 Móvil o celular:No tiene

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Alejandra Ordóñez		Cuidadora		Fijo: 0 Celular: 3102211857		No sabe

	SITIO DE LA ATENCIÓN > OTRO		Otro ¿Cuál? : Fundación corporación por Colombia	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SUBSIDIADO		Otro ¿Cuál?: Capital salud	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-199448-26		Dr bolivar		HH:MM 10:05:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Se cortó "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina de 10 años de edad valorada en fundación de icbf en compañía de cuidadores quienes refieren cuadro de 9 meses dado por ideas sobrevaloradas de minusvália culpa y desesperanza asociado a irritabilidad aislamiento social irritabilidad y hoy luego de discusión con cuidsdores toma un vidrio y se autolesiona en antebrazo izquierdo y piernas con fines suicidas motivo por el cual activan la línea de emergencias

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 11:25:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	11:25:00	N/A	N/A
TA	103/55 m.m.hg	N/A	N/A
FC	86 lpm	N/A	N/A
PULSO	86 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	N/A	N/A
Tº	36,5 º	N/A	N/A
SAO2%	95 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	103 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	Trastorno del comportamiento, intento suicida hace 1 año	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

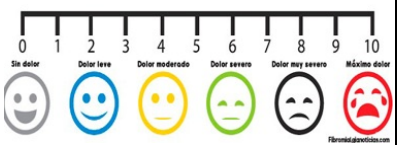
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

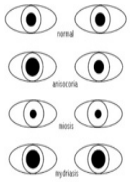


Escala del dolor seleccionada: 3 - DOLOR LEVE

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



3mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

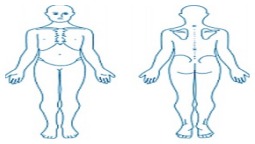
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 1141352824	
	20/04/2026		7081		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:cabeza normocefalo no masas ni deformidades mucosa oral humeda pupilas isocoricas normorreactivas a la luz cuello movil no adenopatias torax simetrico normoexpansible no sobreagregados respiratorios ruidos cardiacos ritmicos no soplos abdomen blando no visceromegalias no dolor a la palpacion extremidades sinetricas con multiples heridas tipo cortantes superficiales en cara anterior de antebrazo izquierdo y piernas, sin limitaciones a la movilidad, pulsos distales presentes llenado capilar menor de 3 segundos neurologico alerta conciente orientada no deficit motor ni sensitivo aparente examen mental porte adecuado actitud hostil pensamiento organizado no fuga de ideas lenguaje adecuado coherente niega alucinaciones no ideas delirantes refiwre ideacion suicida desde hace 2 años

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



LESIÓN IDENTIFICADA: MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ANTEBRAZO 2. HERIDA CORTANTE LESIÓN IDENTIFICADA: MIEMBRO INFERIOR DERECHO PIERNA 2. HERIDA CORTANTE LESIÓN IDENTIFICADA: MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PIERNA 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**

- F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICÓTICOS

1. Episodio depresivo grave con intento suicida 1.1 herida en antebrazo izquierdo y piernas

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

valoracion medica toma de signos vitales y traslado a centro medico

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): Médico Andrés Figueroa

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	alejandra ordoñez	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo alejandra ordoñez identificado con C.C. Nº 1026577241 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente laura Julieth Silva Pinilla . 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): ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO	1018466069		Dr lozano		20/04/2026 04:09:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA PATRICIA SALGADO GONZALEZ	52847086		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JOHAN FELIPE CASTRO GOMEZ	CC 1010175962			Santiago Díaz Médico 1000185976	

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: paciente femenina de 10 años de edad valorada en fundacion del icbf con antecdentes descritos al momento de la valoracion sin agitacion psicomotora signos vitales adecuados, se realiza traslado a centro medico sin complicaciones entrego paciente alerta conciente orientada signos vitales adecuados no episodio de agitacion psicomotora

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
259895	**laura**	**Julieth**	**Silva**	**Pinilla**	7081

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
1141352824	N/A

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

Fecha y hora de registro: 20/04/2026 05:27:00