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	
256133	202604020229		7081						
DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN		Carrera 5 92a 90							
FECHA DE LA ATENCIÓN	02/04/2026		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	
	02:53:00		03:06:00		03:49:00		04:01:00		05:43:00		05:45:00	
	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	45	AÑOS	X
	NN		NN					MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 202604020229	
NACIONALIDAD(PAÍS)	Colombiano	ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES	Otro ¿Cuál?:

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA	GENERO > MASCULINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > OTRO	Otro ¿Cuál?:
	01/01/1981					Desconocidos

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Sin información		OCUPACIÓN	Sin información	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: Sin información Móvil o celular:Sin información

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Refiere no tiene acompañante		No Aplica		Fijo: No Aplica Celular: No Aplica		No Aplica

	SITIO DE LA ATENCIÓN > VÍA PÚBLICA		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SIN SEGURIDAD SOCIAL		Otro ¿Cuál?: SSS	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:	¿QUIÉN AUTORIZÓ?:	HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-167529-26	Beltrán	HH:MM 02:29:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > TRAUMAS CONTUNDENTES		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: ""lo dejaron tirado" "

ENFERMEDAD ACTUAL: Policía informa que un vehículo dejo abandonado al paciente el cual no responde y está golpeado en cara y cráneo, al parecer también bajo efectos de sustancias psicoactivas o intoxicación con fines delictivos

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > D	HH:MM 03:06:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	03:09:00	04:06:00	N/A
TA	134/80 m.m.hg	128/78 m.m.hg	N/A
FC	89 lpm	77 lpm	N/A
PULSO	89 ppm	77 ppm	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	12 vpm	12 vpm	N/A
Tº	36.2 º	36.5 º	N/A
SAO2%	88 %	94 %	N/A
GLUCOMETRÍA	146 mg/dl	146 mg/dl	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	Desconocidos	
2. QUIRÚRGICOS	Desconocidos	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	Desconocidos	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	Desconocidos	
7.FARMACOLÓGICOS	Desconocidos	

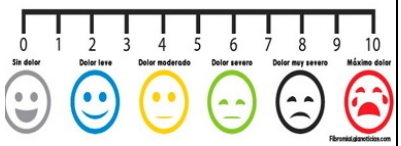
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > LOCALIZA [5]	MRV > INCOHERENTE [3]	MRP > AL DOLOR [2]

VALOR TOTAL: 10

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



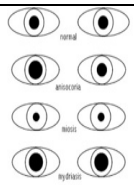
Escala del dolor seleccionada: 5 - DOLOR MODERADO

E.C. GLASGOW	P. Sist.	FR	VALOR
13 -15	> 89 X	10 - 29 X	4
9 - 12 X	76 -89	> 29	3
6 - 8	50 - 75	6 - 9	2
4 - 5	1 - 49	1 - 5	1
3	0	0	0
RTS - VALOR TOTAL: 11			

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



No aplica
No aplica
2
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

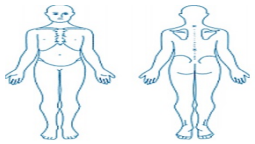
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 202604020229	
	02/04/2026		7081		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en vía pública acompañado por policías, quienes refiere lo sucedido, en regular estado general, sentado en el piso, desorientado, alertable solo al llamado y en ocasiones al dolor, ropas mojadas en su totalidad sin pertenencias, Glasgow 10/15 no confiable por posible intoxicación y estado de embriaguez. Pupilas mioticas reactivas lentas, inyección conjuntival bilateral, dorso nasal con deformidad, inflamación, estigmas de epistaxis reciente por ambas fosas nasales no activa. Movilidad y al parecer dolor en piezas dentales 11 y 21 con sangrado gingival escaso, aliento alcohólico, herida submentoniana de aproximadamente 3 cms de longitud con bordes irregulares compromete piel y tejido celular subcutáneo. Dolor con palpación y movilidad de maxilar inferior con deformidad posible fractura? NO signos de difícultad respiratoria, auscultacion cardíaca y pulmonar normal sin agregados, abdomen distendido al parecer doloroso en flancos, no signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, Genitourinario sin alteración evidente, extremidades sin deformidad ni edemas. Neurologico déficit ya descrito.

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



LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 2. HERIDA CORTANTE LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 3. FRACTURA EXPUESTA LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 4. FRACTURA CERRADA LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 10.DEFORMIDAD O MASA LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 11. HEMATOMA

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**

- T659 - EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA
- S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
- S026 - FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

1. Intoxicacion con fines delictivos 2. Trauma Craneocefalico moderado 3. Trauma facial múltiple 4. Fractura Nasal, Fractura Maxilar inferior?

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	X	2	
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
OTRA ¿CUÁL? N/A				N/A	N/A
			COMPLETA	N/A	N/A
			INCOMPLETA	N/A	N/A
EXPULSIVO	SI	NO	ESPONTÁNEA	N/A	N/A
	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
03:45:00	MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL	75mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

1. Valoración integral 2. Toma de signos vitales 3. Monitorizacion continua 4. Acceso venoso bolo de líquidos endovenosos cristaloides luego mantenimiento 5. Curación, lavado y hemostasia de heridas 6. Analgésico y antiinflamatorio 7. Cabecera elevada 8. Oxigeno por canula nasal a 2 litros por minuto 9. Traslado para valoración y manejo integral en urgencias

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): Ambulancia medicalizada 7081

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	NN hombre	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo NN hombre identificado con C.C. Nº 0 de NN hombre autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente NN NN . 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): VLADIMIR RICO VARGAS	79837841		Beltrán		02/04/2026 05:39:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOHN SNEIDER OVIEDO CASTRO	1001199492		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JOHN FREDY AMAYA TIQUE	CC 79817424			Diego Andrés Jurado Medico urgencias 1019009053	

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		Darwin Rivas Valencia	Subintendente

OBSERVACIONES: Paciente mejora con administración de líquidos y en la institución nos aporta el nombre Nelson Javier Rodríguez Su número de documento 79559931 Y nos comunicamos con hija María José Rodríguez se le informa estado e institución donde fue trasladado. Importante que paciente a nuestra llegada a la escena no te iba pertenencias de valor solo sus ropas mojadas.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
	Si	1	X
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		**4**	

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
256133	**NN**	**N/A**	**NN**	N/A	7081

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
202604020229	N/A

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

Fecha y hora de registro: 02/04/2026 06:36:00

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	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
	SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)	

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
256133		02/04/2026		7081		TAM		CRU-167529-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	NN NN	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	202604020229	ASEGURADOR	SSS

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	2	
MQ0329 - CATETER INTRAVENOSO No. 18, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	2	
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	1	
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	2	
MD0422 - LACTATO DE RINGER 500 mL	1	
MQ1755 - GASA PRECORTADA NO TEJIDA ESTERIL 7.5 X 5 UNIDADES	5	
MQ2993 - SABANA RESORTADA PARA CAMILLA AJUSTABLE X 1 UNIDAD	2	
MQ2943 - TAPABOCAS CONVENCIONAL X 20 UNIDADES	3	
MQ3010 - ELECTRODO ADULTO- PEDIATRICO X 10 UNIDADES	5	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	3	
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	1	
MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	VLADIMIR RICO VARGAS	No. IDENTIFICACIÓN	79837841
CARGO	Médico	FIRMA	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	