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	
259832	20792182		6840						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Calle 120#52-67

FECHA DE LA ATENCIÓN	20/04/2026		TIPO DE LA ATENCIÓN > TRASLADO PRIMARIO		NOMBRE DESTINO 1: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80	

HORAS DE ATENCIÓN	DESPACHO	LLEGADA	SALIDA ESCENA	LLEGADA DESTINO 1	SALIDA DESTINO 1	DISPONIBLE
	13:41:00	13:57:00	14:55:00	15:45:00	19:20:00	19:20:00
	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	70	AÑOS	X
	Maria	Cristiana	Calderon	Corchuelo				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 20792182	

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?: Hogar geriátrico olam
	20/02/1956						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 120#52-67		OCUPACIÓN	Hogar	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: Sin datos Móvil o celular:3146564456

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Wendy ospino		Cuidadora		Fijo: Sin datos Celular: 3146564456		Sin datos

	SITIO DE LA ATENCIÓN > INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL		Otro ¿Cuál? : Calle 120#52-67	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > CONTRIBUTIVO		Otro ¿Cuál?: Nueva EPS	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-199868-26		Jenny García		HH:MM 13:34:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?: Dificultad respiratoria	

MOTIVO DE CONSULTA: "" vomito sangre y no respira bien""

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenino de 70 años de edad. Con. Cuadro clínico de aproximadamente 2 horas de evolución con múltiples episodios emeticos de. Contenido hematemesis en #4 asociado a mareo y desvanecimiento disnea y tirajes subcostales motivo por lo que consulta

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > V	HH:MM 14:01:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	14:02:00	15:37:00	16:05:00
TA	95/54 m.m.hg	Ta 94/67 Fc 106 Fr24 T36 SAT 92 m.m.hg	49/21 m.m.hg
FC	122 lpm	106 lpm	135 lpm
PULSO	112 ppm	106 ppm	135 ppm
FRECUENCIA VENTILATORIA	26 vpm	24 vpm	28 vpm
Tº	36 º	36 º	39 º
SAO2%	84 %	92 %	91 %
GLUCOMETRÍA	180 mg/dl	142 mg/dl	136 mg/dl

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	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	Prednisolona tableta 5 MG Diclofenaco gel Carbonato de calcio Vitamina d Metotrexate tableta 2.5 mg Enalapril tableta 20 MG cada 12 horas Rusuvastatina tableta 40 mg día	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > LOCALIZA [5]	MRV > DESORIENTADO [4]	MRP > EXPONTÁNEA [4]

VALOR TOTAL: 13/15

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

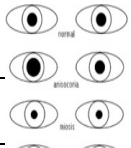
CRITERIOS DE TAMIZACIÓN LAPSS

	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	DIFICULTAD RESPIRATORIA	ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL
2 mm		
No aplica		
No aplica		

SIGNOS	Si	No
POLIPNEA		X
TAQUIPNEA	X	
TIRAJES	X	

ESTADO	Si	No
ALTERACIÓN		X
MANIACO		X
DEPRESIVO		X



No aplica

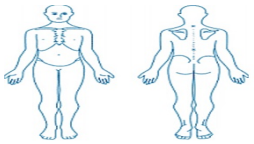
CIANOSIS CENTRAL		X
CIANOSIS PERIFÉRICA	X	

AGITACIÓN PSICO-MOTORA		X
PSICÓTICO		X

FECHA DE LA ATENCIÓN	DD MM AAAA		CÓDIGO DE LA UNIDAD MÓVIL:		HISTORIA CLÍNICA N°: 20792182
	20/04/2026		6840		REGISTRO ASISTENCIAL N°:

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en regulares condiciones generales en calidad de postrada en cama normocefalo cabello bien implantado pupilas reactivas a la luz narinas permeable mucosa oral seca cuello móvil sin adenopatías tórax simétrico expansible pulmones bien ventilados ruidos cardiacos ritmicos sin soplo abdomen no dolor a la palpación genitales no explorados extremidades eutroficas. Sin edema con limitacion a la movilidad hGlasgow 13/15

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



LESIÓN IDENTIFICADA: ZONA LUMBAR
12. ERITEMA / INFLAMACIÓN

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**

- J80X - SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
- K922 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
- I959 - HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA

Síndromes de dificultad respiratoria

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	3 litros	
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

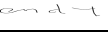
HH:MM	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA ADMON

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoración médica Monitoreo de signos vitales Oxígeno por Canula nasal 3 litros Glucometria Ssn al 0.9% 500 CC IV Traslado a hospital de Engativá Vigilancia médica

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): Medico general

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	Wendy ospino	FIRMA: 

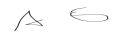
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Wendy ospino identificado con C.C. Nº 1067949982 de Monteria autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Maria Cristiana Calderon Corchuelo . 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 ENGATIVÁ CALLE 80	Urgencias	CRÍTICO	X		SI	NO			
		NO CRÍTICO		X	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): RAUL AUGUSTO BARRIOS VERBEL	1045138018		Jorge lozano		20/04/2026 19:15:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO	1012409402		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: ARLEY FERNANDO GONZALALEZ RODRIGUEZ	CC 71658146			Luis Díaz Medico general 1003139958	

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 fallece en hospital Engativá a la 1630 medico de la institución hace acta de defunción

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
259832	**Maria**	**Cristiana**	**Calderon**	**Corchuelo**	6840

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
20792182	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 20:01:00

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)

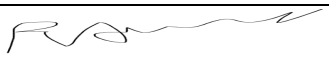
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
259832		20/04/2026		6840		TAM		CRU-199868-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Maria Cristiana Calderon Corchuelo	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	20792182	ASEGURADOR	Nueva EPS

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS

DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DISPENSADA
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	3	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	8	
MQ0332 - CATETER INTRAVENOSO No. 24, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	2	
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	2	
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	2	
MQ2894 - CANULA NASAL PARA OXIGENO ADULTO	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	RAUL AUGUSTO BARRIOS VERBEL	No. IDENTIFICACIÓN	1045138018
CARGO	Médico	FIRMA	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP (PPC) **20.795.192**
CALDERON CORCHUELO

APELLIDOS
MARIA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-1956**
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1978 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



A-1500102-01223013-F-0020795192-20010315 0073797190A 2 8501429154