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	
258438	2.355.369		6841						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Calle 146 b# 90 27

FECHA DE LA ATENCIÓN	13/04/2026		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
	14:08:00	14:30:00	15:25:00		19:30:00	20:00:00
	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	82	AÑOS	X
	Fidel		vera	yaima				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 2.355.369	

NACIONALIDAD(PAÍS)	Colombiano		ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES		Otro ¿Cuál?:

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA		GENERO > MASCULINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > VIU	Otro ¿Cuál?:
	01/09/1943						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	0		OCUPACIÓN	Hogar.	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 0 Móvil o celular:3125285156

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Liz Dary vera		Hija		Fijo: 0 Celular: 3125285156		0

	SITIO DE LA ATENCIÓN > VÍA PÚBLICA		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > CONTRIBUTIVO		Otro ¿Cuál?: Capital salud	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-186494-26		Dor. Bolivar.		HH:MM 14:06:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "" tiene dolor en el pecho" "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 82 años de edad quién presenta un cuadro clínico 1 hora de evolución consistente en presentar cuadro de perdida de la consciencia, cuadro diaforeroco, dolor torácico de características punsantes, por lo que activan la línea.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 14:35:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	14:40:00	N/A	N/A
TA	109/64 m.m.hg	N/A	N/A
FC	64 lpm	N/A	N/A
PULSO	64 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	19 vpm	N/A	N/A
Tº	36.1 º	N/A	N/A
SAO2%	88 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	167. mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Colesistectomia.	
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	NIEGA	

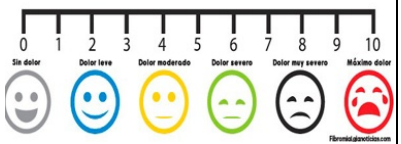
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

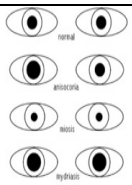
ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR



Escala del dolor seleccionada: 5 - DOLOR MODERADO

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*3
	No aplica
	No aplica
	No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

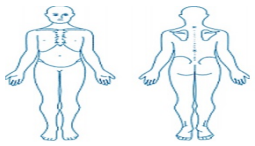
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 2.355.369	
	13/04/2026		6841		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente masculino de 82 años de edad quién presenta dolor precordial mientras se encuentra almorzando con familiares en restaurante, refiere diaforesi, palidez generalizada, con toma de electrocardiograma de 6 derivadas con infradesnivel en el segmento st.

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**

- R072 - DOLOR PRECORDIAL

1.. Dolor precordial.

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
OTRA ¿CUÁL? N/A	

EXPULSIVO	SI	NO
	N/A	N/A

	SI	NO
PLACENTA EXPULSADA	N/A	N/A
COMPLETA	N/A	N/A
INCOMPLETA	N/A	N/A
ESPONTÁNEA	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
14:45:00	MD0011 - ACETIL SALICILICO ACIDO 100 mg TABLETA	100 MG	ORAL

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

1. Monitorizar 2. Cloruro de sodio 0.9% pasar 80. cc hora 3. Asa 100 MG administrar 4 Tab vía oral. 4. Traslado a Simón bolivar.

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): María Alejandra Vega

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: Hija TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Luz Dary vera	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Fidel vera yaima identificado con C.C. Nº 2.355.369 de Bogotá. autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Fidel vera yaima. 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): MARIA ALEJANDRA VEGA ORDOÑEZ	1061729620		María Alejandra Vega.		13/04/2026 17:30:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA YISSEL CAROLINA PIANDA CALDERON	1033807033		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JUAN MANUEL APONTE CATELLANOS	CC 19410735			Frans Astudillo Médico general 1698106	

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: Sin novedad.

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
258438	**Fidel**	**N/A**	**vera**	**yaima**	6841

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
2.355.369	N/A

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

Fecha y hora de registro: 13/04/2026 19:17:00

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	
258438		13/04/2026		6841		TAM		CRU-186494-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Fidel vera yaima	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	2.355.369	ASEGURADOR	Capital salud

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	1	
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	1	
MQ0329 - CATETER INTRAVENOSO No. 18, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	1	
MQ1009 - PARCHES DE ELECTRODO DE DEA ADULTO SCHILLER	5	
MD0011 - ACETIL SALICILICO ACIDO 100 mg TABLETA	3	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	MARIA ALEJANDRA VEGA ORDOÑEZ	No. IDENTIFICACIÓN	1061729620
CARGO	Médico	FIRMA	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		No. IDENTIFICACIÓN	
CARGO		FIRMA	