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	
258246	35502907		6969						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN										Carrera 92 con 153	
FECHA DE LA ATENCIÓN	12/04/2026		TIPO DE LA ATENCIÓN > TRASLADO PRIMARIO					NOMBRE DESTINO 1: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CSE SUBA			
HORAS DE ATENCIÓN	DESPACHO		LLEGADA		SALIDA ESCENA		LLEGADA DESTINO 1		SALIDA DESTINO 1		DISPONIBLE
	15:50:00		15:50:00		16:17:00		16:26:00		18:29:00		18:29:00
	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	62	AÑOS	X
	Maria	Teresa	Chisaba	Rico				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 35502907	

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?:
	20/02/1964				

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 157Bis # 97 - 11	OCUPACIÓN	Hogar	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: No tiene Móvil o celular:No tiene

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE	PARENTESCO	NÚMERO TELEFÓNICO	DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Sandra Lilia Chisaba	Hija	Fijo: 3208606044 Celular: 3208606044	Sin información

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:	¿QUIÉN AUTORIZÓ?:	HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-184336-26	Dr Andrés Beltrán	HH:MM 15:50:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Se desmayó "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con múltiples antecedentes de importancia, con cuadro clínico de +- 3 horas exacerbado por problemas intrafamiliar caracterizado por cefalea y elevación de cifras tensionales tomadas por un familiar pero no informadas. Con cuadro clínico presenciado de +- 5 minutos por pérdida del tono postural y estado de consciencia sin respuesta a estímulos verbales, sin relajación de esfínter con recuperación paulatina y espontáneo del estado de consciencia sin secuelas motoras o sensitivas , no sufre trauma porque es sotenida. Actualmente con persistencia de cefalea intensidad 9/10 holocraneana sin focalización neurológica. Familiares informar que dieron losartan 50mg via oral y ASA 100mg vía oral hace 2 horas. En trazado en desfibrilador con bradicardia y extrasistoles ventriculares monomorficas aisladas.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 15:51:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	15:53:00	16:36:00	N/A
TA	189/92 m.m.hg	179/86 m.m.hg	N/A
FC	55 lpm	56 lpm	N/A
PULSO	55 ppm	56 ppm	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	16 vpm	N/A
Tº	36 º	36 º	N/A
SAO2%	91 %	92 %	N/A
GLUCOMETRÍA	124 mg/dl	. mg/dl	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Tiroidectomia + vaciamiento ganglionar 2002 Lobectomia pulmonar izquierda 2024 Osteosíntesis de radio y cubito bilateral	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: 4, P: 4 , A: 0, C: 0, V: 4	FUR: Menopausia
6. PSIQUIÁTRICOS	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	Losartan 50mg día Levotiroxina 150mcg día	

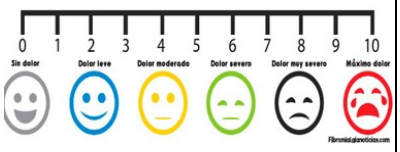
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

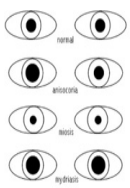


Escala del dolor seleccionada: 9 - DOLOR MUY SEVERO

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

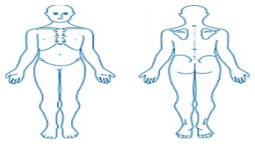
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 35502907	
	12/04/2026		6969		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Neurologico: Alerta , consciente, orientada en tiempo espacio y persona , pupilas isocoricas reactivas 3mm , no signos meningeos. Cabeza - cara- Cuello : Cuello móvil sin adenopatías, sin ingurgitación yugular , mucosa oral humeda. Cardiaco: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, sin fremitos , reforzamiento foco tricúspideo Respiratorio: Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular disminuido en ambos campos sin agregados. Abdomen: Peristalsis + , blando depresible, no masas, no megalias , timpánico a la percusión Extremidades: Eutroficas sin edema , llenado capilar menor 3 segundos , pulso pedio positivo.

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**

- R55X - SINCOPE Y COLAPSO
- R001 - BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA
- I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

1) sincope cardiogénico en estudio 2) bradicardia sintomática 3) hipertensión arterial no controlada

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
16:02:00	MD0008 - ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	1gr	ORAL

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluación clínica Monitorización constante ver trazado en desfibrilador Glucometría Acetaminofen 1gr vía oral dosis única

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 Orlando Fabián García Hereira

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	Sandra Lilia Chisaba	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sandra Lilia Chisaba identificado con C.C. Nº 53063672 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Maria Teresa Chisaba Rico . 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 CSE SUBA	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): GARCIA HEREIRA ORLANDO FABIAN	1140826299		Dr Andrés Beltrán		12/04/2026 18:29:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA YULIAN ALEXIS LOPEZ JARAMILLO	1033788362		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JONATHAN CARMARGO ARIAS	CC 1033736046			Martha Palma Médico 447510	

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: Ninguna

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
	Si	1	X
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	X
	Tranqulizant es, Sedantes, Diuréticos, Antidepresivos, otros	1	
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	X
	Alteraciones visuales, auditivas	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	X
	Confuso	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	X
	Segura con ayuda, insegura	1	
PUNTAJE OBTENIDO		**1**	

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
258246	**Maria**	**Teresa**	**Chisaba**	**Rico**	6969

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
35502907	N/A

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

Fecha y hora de registro: 12/04/2026 19:58:00

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	
258246		12/04/2026		6969		TAM		CRU-184336-26

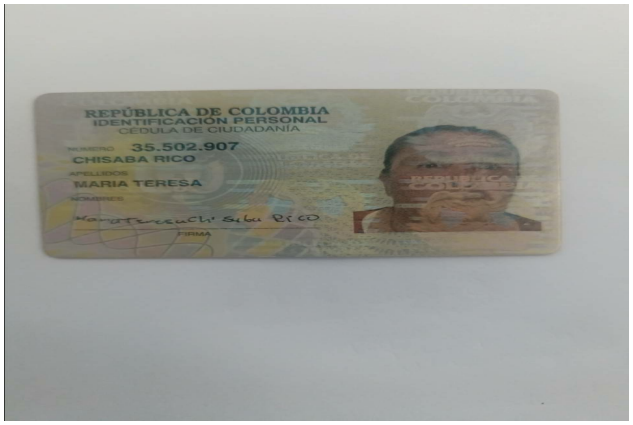
DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Maria Teresa Chisaba Rico	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	35502907	ASEGURADOR	Capital salud

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	1	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	1	
MQ3010 - ELECTRODO ADULTO- PEDIATRICO X 10 UNIDADES	3	
MD0008 - ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	2	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	GARCIA HEREIRA ORLANDO FABIAN	**No. IDENTIFICACIÓN**	1140826299
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
NÚMERO 35.502.907
CHISABA RICO
APELLIDOS
MARIA TERESA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1964
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-SEP-1982 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN