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	
260372	4148514		6969						
DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN		Cl 87 102-60 Cnj bochica compartir etapa 5 Interior 16 apto 502							
FECHA DE LA ATENCIÓN	23/04/2026		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
	08:39:00		20:53:00		09:55:00		10:03:00		13:20:00		13:30:00
	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	57	AÑOS	X
	Cesar	Adolfo	Ávila	Gutierrez				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 4148514	
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?:
	01/12/1968					Separado

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cl 87 102-60 Cnj bochica compartir etapa 5 Interior 16 apto 502	OCUPACIÓN	Conductor	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 3202183120 Móvil o celular:3202183120

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE	PARENTESCO	NÚMERO TELEFÓNICO	DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Edilberto Castro	Hermano	Fijo: 3202183120 Celular: 3202183120	Cl 87 102-60 Cnj bochica compartir etapa 5 Interior 16 apto 502

SITIO DE LA ATENCIÓN > VIVIENDA		Otro ¿Cuál? :	
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SUBSIDIADO		Otro ¿Cuál?: Nueva Eps	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:	¿QUIÉN AUTORIZÓ?:	HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-205364-26	Fabiola Mercado	HH:MM 20:36:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Me duele el pecho "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que inicia enfermedad actual a las 8:30 am cuando caminando a la cocina, cae de su propia altura para atrás, y pierde el conocimiento, desconoce la duración, refiere que estaba solo, asociado a dolor en el pecho, opresivo 7/10, mareos y parestesia en miembros superiores. Además de hematoma en región occipital de 8x7 cm con volumen, dolorosos la palpación.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 09:06:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	09:07:00	10:02:00	N/A
TA	140/91 m.m.hg	124/66 m.m.hg	N/A
FC	67 lpm	64 lpm	N/A
PULSO	67 ppm	64 ppm	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	10 vpm	N/A
Tº	36 º	36 º	N/A
SAO2%	92 %	90 %	N/A
GLUCOMETRÍA	148 mg/dl	148 mg/dl	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Hooerado de hernia inguinal hace 1 año	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	Bebidas alcohólicas cada 15 días	
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	

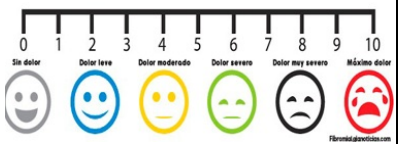
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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

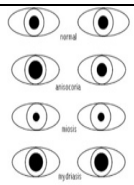
ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR



Escala del dolor seleccionada: 7 - DOLOR 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	
	3 mm
	No aplica
	No aplica
	No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

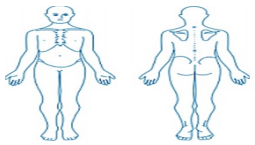
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 4148514	
	23/04/2026		6969		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en regulares condiciones generales, afebril, hidratado, álgido y eupnoico Cabeza normocefalo con lesión por hematoma en región occipital de 8x7 con aumento de volumen, doloroso a la palpación Cuello cilíndrico móvil sin adenopatias no injurgitacion yugular ni soplo carotídeo Tórax normoexpansible doloroso a la palpación intercostal en hemitorax izquierdo, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos de alto tono, ruidos respiratorios presentes sin agregados Abdomen globoso por paniculo adiposo, blando, depresible no doloroso, no megaleas Extremidades simétricas sin edemas Neurologico consciente vigil orientado

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



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**

- R074 - DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO

* S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA * R55X SINCOPE Y COLAPSO * R030 LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION

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
21:30:00	MD0011 - ACETIL SALICILICO ACIDO 100 mg TABLETA	300 mg vo ahora	ORAL
09:32:00	MD0165 - CLOPIDOGREL 75 mg	75 mg vo ahora	ORAL
09:35:00	MD0118 - CAPTOPRIL TAB X 50MG	50 mg sl ahora	SUBLINGUAL

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se realiza valoración por médico general y toma de signos vitales por auxiliar de enfermería, paciente que requiere traslado para valoración por urgencias y medicina interna, se le indica cabecera a 45 grados , medicación con ASA 300 mg vo ahora + clopudogrel 75 mg vo + captopril 50 mg sublingual ahora, además de monitoreo con electrodos donde se evidencia QRS y onda T picuda y angosta, negativas con extrasistoles ventriculares aisladas

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): Luis López

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: Hermano TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Edilberto Castro	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Edilberto Castro identificado con C.C. Nº 79686306 de Bogota autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Cesar Adolfo Ávila Gutierrez . 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	Urgencia	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): LUIS JOSE LOPEZ RODADO	72003185		Jenny García		23/04/2026 12:20:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA SHIRLEY ZORANYELA MUÑOZ MONTAÑO	1033754031		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JONATHAN CARMARGO ARIAS	CC 1033736046			Carlos Alberto Durán Médico general 1156	

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	
	Alteraciones visuales, auditivas	1	X
ESTADO MENTAL	Orientado	0	X
	Confuso	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	X
	Segura con ayuda, insegura	1	
PUNTAJE OBTENIDO		**2**	

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
260372	**Cesar**	**Adolfo**	**Ávila**	**Gutierrez**	6969
	HISTORIA CLINICA No		REGISTRO ASISTENCIAL No		
	4148514		N/A		

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

Fecha y hora de registro: 23/04/2026 13:06:00

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	
260372		23/04/2026		6969		TAM		CRU-205364-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Cesar Adolfo Ávila Gutierrez	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	4148514	ASEGURADOR	Nueva Eps

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	2	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	3	
MQ3010 - ELECTRODO ADULTO- PEDIATRICO X 10 UNIDADES	6	
MD0011 - ACETIL SALICILICO ACIDO 100 mg TABLETA	3	
MD0165 - CLOPIDOGREL 75 mg	1	
MD0118 - CAPTOPRIL TAB X 50MG	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	LUIS JOSE LOPEZ RODADO	**No. IDENTIFICACIÓN**	72003185
CARGO	Médico	**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	