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	
257142	52096636		7099						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Cll 152 #53A 05 Mazuren

FECHA DE LA ATENCIÓN	07/04/2026		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
	09:16:00		09:28:00		11:08:00		09:35:00		10:06:00		12:20:00
	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	54	AÑOS	X
	Gina	Maria	Silva	Mejia				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 52096636	

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

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA		GENERO > FEMENINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > CAS	Otro ¿Cuál?:
	17/08/1971						

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Felipe Ramos		Hijo		Fijo: 0 Celular: 3105650471		.

	SITIO DE LA ATENCIÓN > CENTRO HOSPITALARIO		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > CONTRIBUTIVO		Otro ¿Cuál?: Famisanar	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-174758-26		Enny de Los Reyes		HH:MM 09:02:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Tiene un acv"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenino de 54 años de edad con cuadro clínico de inicio a las 8.40 am consistente en alteración del estado de conciencia hemiparesia derecha, afasia, paralisis facial

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 09:37:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	09:35:00	N/A	N/A
TA	105/65 m.m.hg	N/A	N/A
FC	56 lpm	N/A	N/A
PULSO	56 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	N/A	N/A
Tº	36 º	N/A	N/A
SAO2%	96 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	127 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

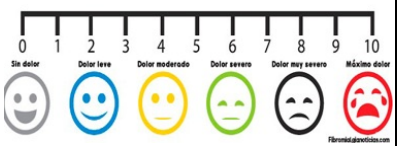
1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	Colecistectomia Reemplazo válvula aórtica Cesáreas Esterilización quirurgica	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	Valsartan/Amlodipino 160mg/10mg Atorvastatina 20 mg Warfarin 5/7.5 mg interdiarios Indapamina	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > RETIRA [4]	MRV > DESORIENTADO [4]	MRP > A LA VOZ [3]

ESCALA LAPSS	Normal	BUSQUE ASIMETRÍAS OBVIAS	DER	IZQ
Sonrisa / Gesto		Cae		X
Fuerza de agarre		Agarre débil	X	
		Sin agarre		
Debilidad en MMSS		Se desvía hacia abajo	X	
		Cae rápidamente		
Paciente tiene sólo debilidad unilateral		SI X	NO	

ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR



Escala del dolor seleccionada: 3 - DOLOR LEVE

VALOR TOTAL: 11

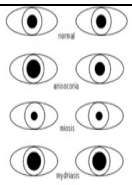
RTS - VALOR TOTAL: No aplica

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	X		
Sin historia previa de convulsiones		X	
Inicio de síntomas neurológicos en las ultimas 24 horas	X		
Paciente no usuario de sillas de ruedas o postrado en cama		X	
Glucosa sérica entre: 60 y 400mg/dl	X		

TAMAÑO PUPILAR



2
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

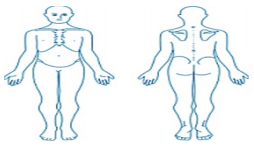
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 52096636	
	07/04/2026		7099		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Regular estado general Normocefalo, mucosa oral humeda, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil Cardiorrespiratorio ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado Abdomen blando, no dolor abdominal a la palpación, sin signos de irritación peritoneal Extremidades sin edemas, simétricas, llenado capilar conservado Alerta, desorientado, hemiparesia derecha, desviación comisura labial hacia izquierda, afasia

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**

- I679 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Accidente cerebrovascular en ventana

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

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Valoración médica Toma de signos vitales Movilización de paciente a ambulancia Acceso venoso Reanimación hidrica Traslado primario con acompañante Entrega de paciente a institución

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): Laura Sofia Valencia Polanía

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: Hijo TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Felipe Ramos	FIRMA:

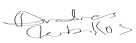
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Felipe Ramos identificado con C.C. Nº 101004772 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Gina Maria Silva Mejia. 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): LAURA SOFIA VALENCIA POLANIA	1002970887		Enny de Los Reyes		07/04/2026 12:15:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOHN JAIRO VILLA ALZATE	1073679457		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: LUIS ALBERTO CETINA BAUTISTA	CC 1033676734			Andres Cubillos Médico emergenciologo 1018473134	

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: Traslado efectivo

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	
	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
257142	**Gina**	**Maria**	**Silva**	**Mejia**	7099
	HISTORIA CLINICA No		REGISTRO ASISTENCIAL No		
	52096636		N/A		

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

Fecha y hora de registro: 07/04/2026 13:01:00

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

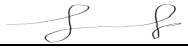
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)

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

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
257142		07/04/2026		7099		TAM		CRU-174758-26

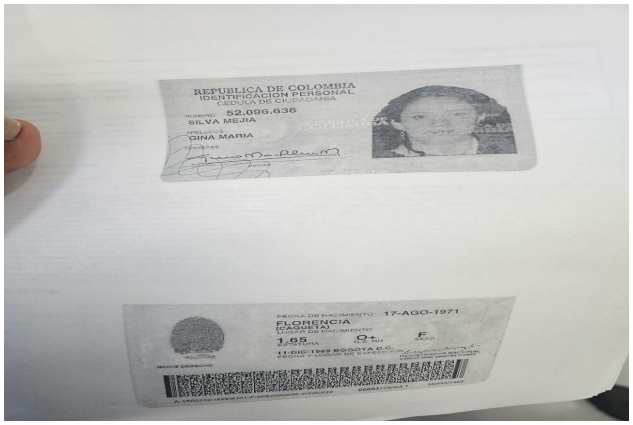
DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Gina Maria Silva Mejia	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	52096636	ASEGURADOR	Famisanar

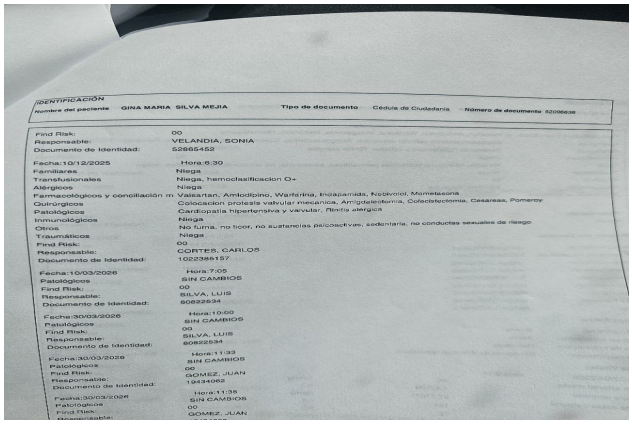
DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	1	
MQ0329 - CATETER INTRAVENOSO No. 18, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	2	
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	2	
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	2	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	12	
MQ2894 - CANULA NASAL PARA OXIGENO ADULTO	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	LAURA SOFIA VALENCIA POLANIA	**No. IDENTIFICACIÓN**	1002970887
CARGO	Médico	**FIRMA**	

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

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





IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: GINA MARIA SILVA MEJIA | Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | Número de documento: 52096636

Find Risk:	00
Responsable:	VELANDIA, SONIA
Documento de Identidad:	52865452
Fecha:10/12/2025	Hora:6:30
Familiares	Niega
Transfusionales	Niega, hemoclasificacion O+
Alérgicos	Niega
Farmacológicos y conciliación m	Valsartan, Amlodipino, Warfarina, Indapamida, Nebivolol, Mometasona
Quirúrgicos	Colocacion protesis valvular mecanica, Amigdalectomia, Colecistectomia, Cesareas, Pomeroy
Patológicos	Cardiopatia hipertensiva y valvular, Rinitis alergica
Inmunológicos	Niega
Otros	No fuma, no licor, no sustancias psicoactivas, sedentaria, no conductas sexuales de riesgo
Traumáticos	Niega
Find Risk:	00
Responsable:	CORTES, CARLOS
Documento de Identidad:	1022365157
Fecha:10/03/2026	Hora:7:05
Patológicos	SIN CAMBIOS
Find Risk:	00
Responsable:	SILVA, LUIS
Documento de Identidad:	80822534
Fecha:30/03/2026	Hora:10:00
Patológicos	SIN CAMBIOS
Find Risk:	00
Responsable:	SILVA, LUIS
Documento de Identidad:	80822534
Fecha:30/03/2026	Hora:11:33
Patológicos	SIN CAMBIOS
Find Risk:	00
Responsable:	GOMEZ, JUAN
Documento de Identidad:	19434062
Fecha:30/03/2026	Hora:11:35
Patológicos	SIN CAMBIOS
Find Risk:	00
Responsable:	GOMEZ, JUAN