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	
260521	52867179		7081						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Calle 128a 58a 80				
FECHA DE LA ATENCIÓN	23/04/2026	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
	20:16:00	21:10:00	22:07:00	22:25:00	23:59:00	23:59:00
	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	43	AÑOS	X
	Karen	Milena	Chiquilla	Villate				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 52867179	

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?:
	30/05/1982						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 128a 58a 80		OCUPACIÓN	Desempleada	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: No información Móvil o celular:3209504213

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Refiere no tiene acompañante		No Aplica		Fijo: No Aplica Celular: No Aplica		No Aplica

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-206248-26		Lozano		HH:MM 16:22:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ABUSO SEXUAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "" me dijo que la abusaron""

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente víctima de presunto abuso sexual hace aproximadamente 10 horas por tres atacantes desconocidos en el parque villa hermosa suba, llegó al domicilio en estado de embriaguez y le informo a la mamá lo sucedido quien es quien activa la línea de emergencias.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 21:20:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	21:21:00	N/A	N/A
TA	104/74 m.m.hg	N/A	N/A
FC	103 lpm	N/A	N/A
PULSO	103 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	N/A	N/A
Tº	36.7 º	N/A	N/A
SAO2%	94 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	100 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	NIEGA	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	THC cannabis marihuana y Alcohol frecuentemente (a diario según la mamá)	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: 1, P: 0, A: 1, C: 0, V: 0	FUR: 7 abril 2026
6. PSIQUIÁTRICOS	Trastorno afectivo bipolar, alcoholismo	
7.FARMACOLÓGICOS	Escitalopram, ácido valproico	

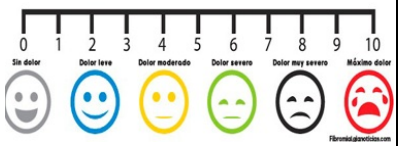
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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



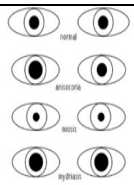
Escala del dolor seleccionada:
3 - DOLOR LEVE

E.C. GLASGOW	P. Sist.	FR	VALOR
13 -15 X	> 89 X	10 - 29 X	4
9 - 12	76 -89	> 29	3
6 - 8	50 - 75	6 - 9	2
4 - 5	1 - 49	1 - 5	1
3	0	0	0
RTS - VALOR TOTAL: 12			

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

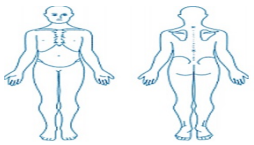
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 52867179	
	23/04/2026		7081		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente se encontraba a nuestra llegada dormida en su cama, sube a la ambulancia por propios medios sola(madre no acompaña manifiesta tener medidas de protección contra ella) consciente, orientada, afebril, deshidratada, mucosas secas, aliento alcohólico, colaboradora, afecto triste, paciente refiere lo sucedido pero manifiesta no querer ampliar los hechos a nosotros y no se le insiste para no revictimizar. Se observa inflamación en la región periorbitaria izquierda con equimosis leve, la inflamación se extiende a la mejilla izquierda. No evidencia otros traumatismos. La paciente no permite más valoración y no se le insiste, pero niega traumatismos genitales o anales. Paciente porte descuidado, colaboradora pero aprensiva, afecto triste, llanto fácil en el momento de la entrevista, mutismo selectivo.

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



LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 12. ERITEMA / INFLAMACIÓN 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**

- T742 - ABUSO SEXUAL
- F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

1. Víctima de Abuso sexual (código blanco) 2. Trastorno afectivo bipolar 3. Alcoholismo

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
	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

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

1. Valoración integral evitando revictimizar 2. Toma de signos vitales 3. Solicitud al CRUE activar ruta de víctimas de agresión sexual, policía y línea púrpura 4. Traslado para valoración y manejo integral en urgencias, ginecología, trabajo social y Psiquiatría Psicología

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): Ambulancia medicalizada 7081

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: Paciente TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	Karen Milena Chiquilla	FIRMA:

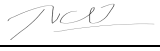
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karen Milena Chiquilla identificado con C.C. Nº 52867179 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Karen Milena Chiquilla Villate. 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): VLADIMIR RICO VARGAS	79837841		Dr Rios		23/04/2026 23:25:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOHN SNEIDER OVIEDO CASTRO	1001199492		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: RAUL HERNANDO ORTIZ GAMEZ	CC 79472266			Dra Catalina Ostos Médico Urgencias 1010135078	

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		Neir Contreras	Sub intendente placa 168997

OBSERVACIONES: En el momento de arrancar llega la policía cuadrante 13 CAI Colina, con el subintendente Neir Contreras placa 168997 y Patrullero Martin Estrada placa 074607 quienes conocen del caso, solicitan información a la paciente y nos refieren que el cuadrante correspondiente al lugar de los hechos llegará al Hospital Simón Bolívar La paciente va sola ya que los familiares no quisieron acompañarla y manifiestan el motivo de tener medidas cautelares de protección contra ella

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	X
	Si	1	
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	
	Tranqulizant es, Sedantes, Diuréticos, Antidepresivos, otros	1	X
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	X
	Alteraciones visuales, auditivas	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	X
	Confuso	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda, insegura	1	X
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
260521	**Karen**	**Milena**	**Chiquilla**	**Villate**	7081

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
52867179	N/A

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

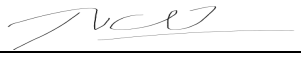
Fecha y hora de registro: 24/04/2026 00:02:00

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	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
	SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)	

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
260521		24/04/2026		7081		TAM		CRU-206248-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Karen Milena Chiquilla Villate	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	52867179	ASEGURADOR	Sanitas

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	1	
MQ2943 - TAPABOCAS CONVENCIONAL X 20 UNIDADES	3	
MQ2993 - SABANA RESORTADA PARA CAMILLA AJUSTABLE X 1 UNIDAD	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	VLADIMIR RICO VARGAS	No. IDENTIFICACIÓN	79837841
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 52.887.179
CHOCONTA VILLATE
APELLIDOS
KAREN MILENA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
07-JUL-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO