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	
256768	5842943		7098						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	CR 102 # 155 50

FECHA DE LA ATENCIÓN	05/04/2026		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
	10:46:00		11:31:00		12:25:00		13:05:00		16:50:00		16:55:00
	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	25	AÑOS	X
	Andrés	Eduardo	Saavedra	rincon				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CE		No. de identificación: 5842943	

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

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA		GENERO > MASCULINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > SOL	Otro ¿Cuál?:
	09/06/2000						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	102 # 155 50 conjunto arboleda del pinar 1 torre 8 apto 902		OCUPACIÓN	Ninguno	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: 3203619918 Móvil o celular:3203619918

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
María Isabel rincon		Madre		Fijo: 3203619918 Celular: 3203619918		CR 102 # 155 50

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

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-171997-26		DR ARIZMENDI		HH:MM 10:32:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > ENFERMEDAD GENERAL		Otro ¿Cuál?:	

MOTIVO DE CONSULTA: "Paciente agresivo "

ENFERMEDAD ACTUAL: Se trata de paciente masculino de 25 años de edad con cuadro de una semana de evolución paciente con alteraciones y trastornos del comportamiento agitación psicomotora heteroagresivo ,grita en la calle y sale peleando .El día de Hoy presenta alteración heteroagresividad con familiares. Con disposición a pelear golpea las puertas tira y patea las cosas .Detonante se le llamo la atención por que salír en ropa interior boxer

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 11:25:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	23:40:00	N/A	N/A
TA	117/75 m.m.hg	N/A	N/A
FC	85 lpm	N/A	N/A
PULSO	75 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	18 vpm	N/A	N/A
Tº	36.5 º	N/A	N/A
SAO2%	95% %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	126 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

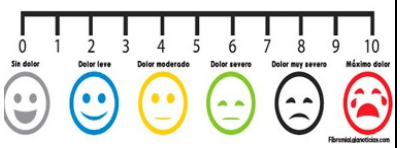
1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	pextus excavatum 2013	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	autismo nivel 1 tx obsesivo compulsivo depresión	
7.FARMACOLÓGICOS	paliperidona 6 MG día bupropion no recuerda MG trazodona 50 MG día tiroxina 75 mcg	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > OBEDECE [6]	MRV > ORIENTADO [5]	MRP > EXPONTÁNEA [4]

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



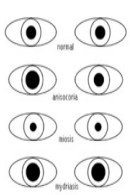
Escala del dolor seleccionada: 0 - SIN DOLOR

VALOR TOTAL: 15/15

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



2 mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

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

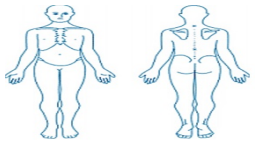
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

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°: 5842943	
	05/04/2026		7098		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:BUEN ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDAD CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS SIMETRICO MOVIL SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS CARDICACOS RITMICOS. SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS.sin agregados BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL GENITORINARIO NO EXPLORADOS Extremidades EUTEOFICAS NO EDEMA Neulogico Glasgow 15/15

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**

- F411 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

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

	SI	NO
SANGRADO VAGINAL ACTIVO	N/A	N/A
PLACENTA DISPONIBLE PARA EMBALAJE Y TRANSPORTE	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
23:50:00	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	15 mg	INTRAMUSCULAR

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Midazolam 15 MG IM MONITOREO CONTINUO

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 Charlie Sánchez médico tripulante

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: Madre TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO		
X		**X**		N/A	N/A	María Isabel rincon	FIRMA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo María Isabel rincon identificado con C.C. Nº 5861175 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Andrés Eduardo Saavedra rincon. 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
					SI	NO			
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR	Urgencias	CRÍTICO		X					
		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): CHARLIE JOSE SANCHEZ CONTRERAS	1046742475		Arizmendi		05/04/2026 15:19:00
AUXILIAR DE ENFER AMANDA LONDOÑO VEGA	36571862		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: JORGE EDUARDO CHAVES CASTILLO	CC 1024478929			Dr.Marlon arcos Medico general RM 1052411835	

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: Se deja paciente vivo estable

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
256768	**Andrés**	**Eduardo**	**Saavedra**	**rincon**	7098

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
5842943	N/A

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

Fecha y hora de registro: 05/04/2026 17:06:00

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	
256768		05/04/2026		7098		TAM		CRU-171997-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Andrés Eduardo Saavedra rincon	TIPO DE DOCUMENTO	CE	NÚMERO DE DOCUMENTO	5842943	ASEGURADOR	Capital salud

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES	2	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	4	
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	2	
MQ2943 - TAPABOCAS CONVENCIONAL X 20 UNIDADES	4	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	CHARLIE JOSE SANCHEZ CONTRERAS	**No. IDENTIFICACIÓN**	1046742475
CARGO	Médico	**FIRMA**	

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

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

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

DATOS DEL PACIENTE	
Paciente: Andrés Saavedra , Identificado: 5842943	
Edad y Genero: 25, MASCULINO	**ID Premiere One:** CRU-171997-26
Seguridad social en salud: SUBSIDIADO	**Nombre de la entidad:** Capital salud
Consecutivo HC: 256768	**Ambulancia:** 7098

Diágnostico:
F411 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Otro: F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Medicamentos			
Fecha de inicio	**Nombre Generico**	**Posología**	**Cantidad prescrita (Números/Letras)**
05/04/2026	MD0523 - MIDAZOLAM 15 mg / 3 mL	15 mg	1/Uno

Firmado Por: CHARLIE JOSE SANCHEZ CONTRERAS **Reg:** 1046742475
Tipo y Número de identificación: 1046742475
Firma Electrónica:



Entrega del Medicamento (Para diligenciar por el establecimiento farmáceutico)		
Fecha despacho	**Medicamento Despachado**	**Cantidad/Unidad Despacho**
Nombre quien Despacha	**Documento de Identidad**	**Firma**