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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 260889 | 7167451 | | 6969 | | | | | | |
| DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN | | Cra 69 80-20 | | | | | | | |
| FECHA DE LA ATENCIÓN | 25/04/2026 | | 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 14:48:00 | | 15:02:00 | | 15:48:00 | | 16:20:00 | | 18:20:00 | | 18:25:00 | |
| | 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 | 52 | AÑOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Héctor | Julio | Cruz | Cruz | | | | MESES | |
| | | | | | | | | DIAS | |

| TIPO DE DOCUMENTO > CC | | No. de identificación: 7167451 | |
|---|---|---|---|
| NACIONALIDAD(PAÍS) | Colombiano | ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES | Otro ¿Cuál?: |

| FECHA DE NACIMIENTO | DD MM AAAA | GENERO > MASCULINO | Otro ¿Cuál?: | | ESTADO CIVIL > CAS | Otro ¿Cuál?: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 26/04/1973 | | | | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | Barrio Alcalá- Puente Aranda | OCUPACIÓN | Cesante | NÚMERO TELEFÓNICO | Fijo: 3123858900<br>Móvil o celular:3123858900 | |

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE | PARENTESCO | NÚMERO TELEFÓNICO | DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| Fernando Cruz | Hermano | Fijo: 3123858900<br>Celular: 3123858900 | Barrio Alcalá- Puente Aranda |

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

| AUTORIZACIÓN | CÓDIGO: | ¿QUIÉN AUTORIZÓ?: | HORA DE NOTIFICACIÓN: |
|---|---|---|---|
| | CRU-210381-26 | Eny de los Reyes | HH:MM 14:41:00 |

### B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

| GRUPO DIAGNÓSTICO > CAÍDA | | Otro ¿Cuál?: | |
|---|---|---|---|

MOTIVO DE CONSULTA: "Se cayó del techo del camión "

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que inicia enfermedad actual a las 2:40 pm, cuando se resbala del techo del camión haciendo una mudanza, y cae impactando la cabeza con el pavimento consistente en pérdida de consciencia por 7 minutos, con amnesia anterograda, cefalea generalizada 8/10 con excoriación en región sagital de 5x5 y dolor en cuello región anterior 4/10 asociado a mareo.

## C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

### I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

| AVDI Inicial | AVDI INICIAL > V | HH:MM 15:03:00 | |
|---|---|---|---|
| HORA DE LA MEDICIÓN | 15:04:00 | 16:19:00 | N/A |
| TA | 123/85 m.m.hg | 123/85 m.m.hg | N/A |
| FC | 86 lpm | 90 lpm | N/A |
| PULSO | 86 ppm | 90 ppm | N/A |
| FRECUENCIA VENTILATORIA | 20 vpm | 22 vpm | N/A |
| Tº | 36 º | 36 º | N/A |
| SAO2% | 96 % | 92 % | N/A |
| GLUCOMETRÍA | 149 mg/dl | 130 mg/dl | N/A |

### II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

| | | |
|---|---|---|
| 1. ALÉRGICOS | NIEGA | |
| 2. QUIRÚRGICOS | NIEGA | |
| 3. PATOLÓGICOS | | |
| 4. TÓXICOS | Bebidas alcohólicas los fines de semana, 2 cervezas | |
| 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 | |

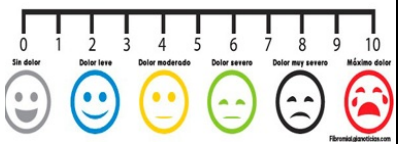
### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| M.R.M | M.R.M | M.R.P |
|---|---|---|
| MRM > OBEDECE [6] | MRV > DESORIENTADO [4] | MRP > EXPONTÁNEA [4] |

**VALOR TOTAL: 14/15**

| 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: 8 - DOLOR MUY SEVERO

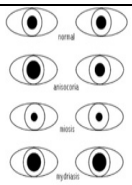
### RTS - VALOR TOTAL: No aplica

| E.C. GLASGOW | P. Sist. | FR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 13 -15<br>N/A | > 89<br>N/A | 10 - 29<br>N/A | 4 |
| 9 - 12<br>N/A | 76 -89<br>N/A | > 29<br>N/A | 3 |
| 6 - 8<br>N/A | 50 - 75<br>N/A | 6 - 9<br>N/A | 2 |
| 4 - 5<br>N/A | 1 - 49<br>N/A | 1 - 5<br>N/A | 1 |
| 3<br>N/A | 0<br>N/A | 0<br>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 |

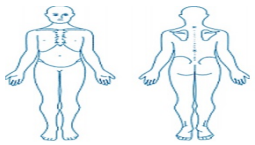
### ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

| 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°: 7167451 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25/04/2026 | | 6969 | | REGISTRO ASISTENCIAL N°: | |

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en regulares condiciones generales, afebril, hidratado y polipneico Cabeza normocefalo con lesiones tipo excoriación en región sagital de 5x5 cm. Cuello cilíndrico poco móvil con dolor en región anterior, 4/10 no injurgitacion yugular, ni soplo carotídeo Tórax normoexpansible ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes sin agregados Abdomen blando depresible no doloroso Extremidades simétricos sin edemas Neurologico consciente vigil desorientado en tiempo y persona, con amnesia anterograda

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



LESIÓN IDENTIFICADA: CABEZA 9. EXCORIACIÓN

| | | |
|---|---|---|
| 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**

- W171 - OTRA CAÍDA DESDE UN NIVEL A OTRO, OCURRIDA EN UNA INSTITUCIÓN RESIDENCIAL

* S062 TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO * S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO * S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

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 |
|---|---|---|---|
| 15:15:00 | MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL | 75 mg im ahora | INTRAMUSCULAR |
| 15:15:00 | MD0209 - DEXAMETASONA SOL INY 8MG/2ML (4 MG/ML) AMP X 2ML | 32 mg iv ahora | INTRAVENOSA |

## 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 para medios diagnósticos, se le indica cabecera a 45 grados, colocar collarín Filadelfia talla M, trasladar en tabla, liv:1500 cc de cloruro de sodio al 0,9% 500 cc en bolo y el resto de mantenimiento + dexametasona 16 mg iv ahora y 16 mg en líquidos y diclofenaco 75 mg im ahora además de monitoreo de signos vitales

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 | Fernando Cruz | FIRMA: |
| **X** | | **X** | | N/A | N/A | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Fernando Cruz identificado con C.C. Nº 79903523 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Héctor Julio Cruz Cruz. 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 | | Eny de los Reyes | | 25/04/2026 18:10:00 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA MIGUEL ANGEL MAHECHA CONTRERAS | 79724570 | | NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA | | |
| Conductor: JONATHAN CARMARGO ARIAS | CC 1033736046 | | | Luis Sánchez Médico General 1352-94 | |

| 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 | |
| | Confuso | 1 | X |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 260889 | **Héctor** | **Julio** | **Cruz** | **Cruz** | 6969 |

| HISTORIA CLINICA No | REGISTRO ASISTENCIAL No |
|---|---|
| 7167451 | N/A |

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

Fecha y hora de registro: 25/04/2026 20:06:00

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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 260889 | | 25/04/2026 | | 6969 | | TAM | | CRU-210381-26 |

| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | Héctor Julio Cruz Cruz | TIPO DE DOCUMENTO | CC | NÚMERO DE DOCUMENTO | 7167451 | ASEGURADOR | Capital salud |

| 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 | 6 | |
| MQ0329 - CATETER INTRAVENOSO No. 18, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD | 2 | |
| MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO | 1 | |
| MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL | 3 | |
| MQ2958 - JERINGA DESECHABLE DE 10 mL 3 PARTES | 2 | |
| MD0218 - DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL | 1 | |
| MD0209 - DEXAMETASONA SOL INY 8MG/2ML (4 MG/ML) AMP X 2ML | 4 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | |