

Registro de Atención Prehospitalaria

FOLIO

stado	Delegación	Asignación				
	II. DATOS	DEL SERVICIO				
	Č CRO	NOMETRÍA				
Llamada	Salida Llegada	Traslado	Hospital Bas	se		
Fecha del servicio	liércoles Motivo de Atención	Enfermedad	Traumatismo	Ginecobstrético		
UBICACIÓN DEL SERVICIO Calle	Número	Colonia				
Entre Calles		Delegación / Municipio				
LUGAR DE OCURRENCIA Hogar Escuela	Recreación y deporte Transporte público	Vía pública Otra	○ Trabajo			
	III. (CONTROL				
Número de ambulancia		Helicóptero				
Operador						
Prestador del servicio						
		res del servicio				
	Prestador del servicio	Clasificación de	el prestador del servicio			

		IV. DATO	S DEL PACIENTE		
Nombre del paciente					
Sexo:	Masculino	Femenino		AÑOS Edad: ———————————————————————————————————	MESES
	Media filiación				
Ojos:	Café obscuro	Café claro	O Verde	Azul	
	Redondo	Almendrado	Rasgado		
Tez:	Morena	Blanca	Negra	Amarilla	
	Barba	Bigote			
	Cicatrices	Especifique			
Marcas:	Lunares	Manchas	Tatuajes		
	Tatuajes	Especifique			
Cabello:	Negro	Cano	Rubio	Castaño	Rojo
	Chino	Lacio	Ondulado		
	C Largo	Corto	Rapado		
Complexión:	Delgada	Media	Robusta		
Vestimenta			Situación de calle		
Calle			– Número		
Colonia / Comunidad			Delegación / Municipio		
Teléfono			Ocupación		
Derechohabiente a					
Compañia de seguros ç	gastos médicos				

GENTE CAUSAL						
Arma		Maquir	naria		Electricion	dad
Juguete		Herram	nienta		Explosió	n
Automotor		Fuego			Ser hum	ano
Bicicleta		Sustan	icia caliente		Animal	
Producto bioló	ogico	Sustan	icia tóxica		Otro	
pecifique						
siones causadas por						
CCIDENTE AUTOMOVÍLIST	псо					
Automotor DBRE LA COLISIÓN	Colisión Motocicleta	Volcad		Ninguna Maquinaria	○ Ning	guno
	Motocicleta			Maquinaria		guno
	Motocicleta CONTRA OBJETO				сто	guno
OBRE LA COLISIÓN	CONTRA OBJETO En mor	Biciclet	a Frontal	Maquinaria IMPAC	CTO al	Posterior
OBRE LA COLISIÓN	CONTRA OBJETO En mor	O Biciclet	a O	Maquinaria IMPAC	CTO al	
OBRE LA COLISIÓN Fijo HUNDIMIENTO Cms.	CONTRA OBJETO En mod PAR Integro	vimiento	a Frontal	IMPAC Later TE Doblado	CTO ral BOLS	Posterior A DE AIRE
OBRE LA COLISIÓN Fijo HUNDIMIENTO Cms.	CONTRA OBJETO En mor	vimiento RABRISAS Roto doblado	a Frontal	IMPAC Later TE Doblado	BOLS	Posterior A DE AIRE
OBRE LA COLISIÓN Fijo HUNDIMIENTO Cms.	CONTRA OBJETO En mor	vimiento RABRISAS Roto doblado	a Frontal VOLAN Integro	IMPAC Later TE Doblado DENTRO DE	BOLS	Posterior A DE AIRE No

	VI. CAUSA CLÍNICA	
GEN PROBABLE		
Neurológica	Digestiva	Músculo esquelético
Cardiovascular	Urogenital	Infecciosa
Respiratorio	Gineco-obstétrica	Oncológico
Metabólico	Cognitivo emocional	Otro
cifique		
Primera vez: Si No	Subsecuente:	Si No
	VII. PARTO	
TOS DE LA MADRE		
Gesta Cesáreas	Para Para	Abortos
Semanas de gestación	Fecha propable de parto	
Membranas: Si) No	
Hora de inicio de contracciones	Frecuencia	Duración
Hora de inicio de contracciones TOS POST-PARTO	Frecuencia	Duración
	Frecuencia	Duración
TOS POST-PARTO Hora de nacimiento		Duración
TOS POST-PARTO Hora de nacimiento	Lugar	Duración
FOS POST-PARTO Hora de nacimiento Placenta expulsada: Si	Lugar	Duración Sculino Femenino
FOS DEL RECIÉN NACIDO	Lugar	

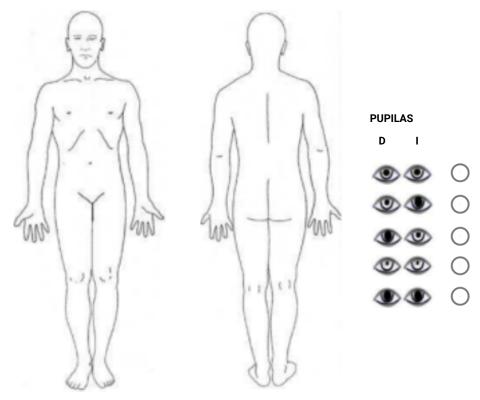
NIVEL DE CONSCIENCIA VÍA ÁEREA REFLEJO DE DEGLUCIÓN Consciente Permeable Ausente Respuesta a estímulo verbal Comprometida Presente Respuesta a estímulo doloroso) Inconsciente **VENTILACIÓN HEMITÓRAX** SITIO **OBSERVACIÓN AUSCULTACIÓN** Automatismo regular Ruidos respiratorios normales Derecho Apical Automatismo irregular Ruidos respiratorios disminuidos Izquierdo) Base Ventilación rápida Ruidos respiratorios ausentes Ambos) Ambos Ventilación superficial) Apnea **CIRCULACIÓN** PRESENCIA DE PULSOS CALIDAD PIEL **CARACTERÍSTICAS** Caritoideo Rápido Normal Apical Radial Pálida) Base) Lento Paro cardiorrespiratorio Rítmico Cianótica) Ambos Arrítmico

VIII. EVALUACIÓN INICIAL

IX. EVALUACIÓN SECUNDARIA

EXPLORACIÓN FÍSICA

1	Deformidades	(D)
2	Consutsiones	(CD)
3	Abrasiones	(A)
4	Penetraciones	(P)
5	Movimiento paradójico	(MP)
6	Crepitación	(C)
7	Heridas	(H)
8	Fracturas	(F)
9	Enfisema subcutáneo	(ES)
10	Quemaduras	(Q)
11	Laceraciones	(L)
12	Edema	(E)
13	Alteración de sensibilidad	(AS)
14	Alteración de movilidad	(AM)
15	Dolor	(DO)



Hora	FR	FC	TAS	Sa02	TEMP (GLUC	EKG	MINI E	XÁMEN	NEUROI	LÓGICO
								Α	٧	D	ı
								Α	٧	D	I
								Α	٧	D	I

INTERROGATORIC

Alergias

Medicamentos que está ingireindo

Enfermedades y cirugías previas

Hora de última comida

Eventos previos relacionados

Eventos previos relaciones	onados				
CONDICIÓN DEL PA	ACIENTE	PRIORIDAD		Trauma score	
Crítico	Estable	Rojo	Verde		
No crítico	Inestable	Amarillo	Negro	Glasgow	

X. TRATAMIENTO						
VÍA ÁEREA	CONTROL CERVICA	AL ASISTENCIA VENTILATORIA	OXIGENOTERAPIA			
Aspiración	Manual	Balón-Válvula-Mascarilla	Puntas nasales			
Cánula orofaríngea	Collarín rígido	Válvula de demanda	Mascarilla simple			
Cánula nasofaríngea	Collarín bland	do Ventilador automático	Mascarilla con reservorio			
Intubación orotraqueal		Frec. Vol.	Mascarilla Venturi			
Intubación nasotraqueal		Hiperventilación	Lts x min.			
Combitubo		Descompresión pleural con	Hemitórax derecho			
Mascarilla laríngea		aguja	O Hermitorax defectio			
Cricotiroidotomía por punci	ión		Hemitórax izquierdo			
CONTROL DE HEMORRAGIAS	VÍAS VENOSAS	SITIO DE APLICACIÓN	TIPO DE SOLUCIONES			
Presión directa	Línea IV #		Hartmann			
Presión indirecta	Catéter #	Pliegue antecubital	NACL 0.9%			
Gravedad		Intraósea	Mixta			
Vendaje compresivo		Otra	Glucosa 5%			
Crioterapia			Otra			
Mast			Cantidad Infusiones			
MANEJO FARMACOLÓGICO Y T						
Hora Medi	camento	Dosis Vía Administración	Terapia Eléctrica			
TRATAMIENTO						
RCP básica		Inmovilización de extremidades	Curación			
RCP avanzada		Empaquetamiento	Vendaje			

XI. TRASLADO INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE Empresa o institución Especifique **CONDICIÓN DEL PACIENTE PRIORIDAD**) Críticio) Estable) Rojo Verde No crítico Inestable Amarillo Negro **NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN / SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD** Declaro que no acepto las recomendaciones del personal de la ambulancia de Cruz Roja Mexicana en cuanto al (tratamiento) y/o (traslado) a un hospital; por lo que eximo a Cruz Roja Mexicana y a dichas personas de toda responsabilidad que pudiera derivar al haber respetado y cumplido mi decisión Testigo **PACIENTE** Nombre Nombre Nombre Nombre Firma Firma **XII. OBSERVACIONES**

	XIII. MINISTERIO P	PÚBLICO
Ministerio público notificado: Si	● No	Firma
RECIBE		
Nombre		
	XIV. DATOS LEG	GALES
Autoridad o autoridades que tomaron conocimient	to:	
Dependencia		
Número de unidades		
Nombres o número de oficiales		
VEHÍCULOS INVOLUCRADOS	T:	DI
1	Tipo y marca	Placas
2		
3		
Posición, orientación (dónde y cómo) se encontró al pacio	ente	
Pertenencias: Si No		
RECIBE PERTENENCIAS		Firma
Nombre		
Cargo		
Companía seguro automóvil		

XV. HOSPITAL	RECEPTOR
Entrega paciente Nombre Médico que recibe Nombre Correo electrónico	Firma
XVI. SERVICIO N	IO EFECTIVO
Motivo Otra institución Observaciones	No. económico
Testigo Nombre	Firma
MATERIAL U	TILIZADO
No. Cant. Material	IAL Nivel