

CUERPO DE RESCATE DE ENSENADA, A.C.

Calle Magnolias No. 2356
Col. Márquez de León, Ensenada, B.C.
Tels. 176-8033 y 177-9992

FECHA: 2026-02-20

FOLIO: 1003

HORA LLAMADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL	HORA BASE
16:20	16:22	16:27		16:50	17:09

MOTIVO DE LA ATENCIÓN

- ☐ TRASLADO PROGRAMADO ☐ ENFERMEDAD
☐ TRAUMATISMO ☐ GINECOBSTÉTRICO

UBICACIÓN DEL SERVICIO

CALLE: Magnolia
ENTRE: _____
COLONIA/COMUNIDAD: Marquez de leon
DELEGACIÓN POLÍTICA/MUNICIPIO: Ensenada
LUGAR DE OCURRENCIA:
☐ HOGAR ☐ VÍA PÚBLICA
☐ TRABAJO ☐ ESCUELA
☐ RECREACIÓN Y DEPORTE ☐ TRANSPORTE PÚBLICO
☐ OTRA _____
NÚMERO DE AMBULANCIA: 34
OPERADOR: Armando Del Valle
PRESTADORES DEL SERVICIO: Haydee Diaz

NOMBRE DEL PACIENTE

Mario Ventura

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: panfila
SEXO: ☐ M MASC. ☐ FEM. EDAD: 33 AÑOS 4 MESES
DOMICILIO: Calle 9
COLONIA/COMUNIDAD: zona centro
DELEGACIÓN POLÍTICA/MUNICIPIO: ensenada
TELÉFONO: 646-277-38-34 OCUPACIÓN: _____
DERECHOHABIENTE A: IMSS IMSS
COMPAÑÍA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS: _____

ORIGEN PROBABLE

☐ NEUROLOGIA ☐ CARDIOVASCULAR ☐ RESPIRATORIO
☐ METABÓLICO ☐ DIGESTIVA ☐ INTOXICACIÓN
☐ UROGENITAL ☐ INFECCIOSA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA
☐ ONCOLÓGICO ☐ COGNITIVO EMOCIONAL ☐ OTRO
ESPECIFIQUE: _____
1A VEZ: ☐ SUBSECUENTE: ☐

ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

☐ COLISIÓN ☐ VOLCADURA
☐ AUTOMOTOR ☐ MOTOCICLETA ☐ BICICLETA
CONTRA OBJETO: ☐ FIJO ☐ EN MOVIMIENTO
IMPACTO: _____
☐ FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR
HUNDIMIENTO: _____ CMS PARABRISAS: ☐ ROTO
VOLANTE: ☐ DOBLADO ☐ INTRUSIÓN BOLSA DE AIRE: ☐ SÍ
CINTURÓN DE SEGURIDAD: ☐ COLOCADO ☐ NO COLOCADO
DENTRO DEL VEHÍCULO: ☐ SÍ ☐ NO ☐ EYECTADO
ATROPELLADO: ☐ AUTOMOTOR ☐ MOTOCICLETA

NIVEL DE CONCIENCIA

- ☐ CONSCIENTE
☐ RESPUESTA A ESTÍMULO VERBAL
☐ RESPUESTA A ESTÍMULO DOLOROSO
☐ INCONSCIENTE

VÍA AÉREA

- ☐ PERMEABLE
☐ COMPROMETIDA

REFLEJO DE DEGLUCIÓN

- ☐ AUSENTE
☐ PRESENTE

VENTILACIÓN

- ☐ AUTOMATISMO REGULAR
☐ AUTOMATISMO IRREGULAR
☐ VENTILACIÓN RÁPIDA
☐ VENTILACIÓN SUPERFICIAL
☐ APNEA

AUSCULTACIÓN

- ☐ RUIDOS RESP. NORMALES
☐ RUIDOS RESP. DISMINUIDOS
☐ RUIDOS RESP. AUSENTES
NEUMOTÓRAX: ☐ DERECHO ☐ IZQUIERDO
SITIO: ☐ APICAL ☐ BASE

CIRCULACIÓN: PRESENCIA DE PULSOS

- ☐ CAROTÍDEO
☐ RADIAL
☐ PARO CARDIORRESPIRATORIO

CALIDAD

- ☐ RÁPIDO
☐ LENTO
☐ RÍTMICO
☐ ARRÍTMICO

PIEL

- ☐ NORMAL
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA
☐ DIAFORESIS

CARACTERÍSTICAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

- ☐ 1. Deformidades ☐ 2. Contusiones
☐ 3. Abrasiones ☐ 4. Penetraciones
☐ 5. Mov. Paradójico ☐ 6. Crepitación
☐ 7. Heridas ☐ 8. Fracturas
☐ 9. Enfisema Subcutáneo ☐ 10. Quemaduras
☐ 11. Laceraciones ☐ 12. Edema
☐ 13. Alt. Sensibilidad ☐ 14. Alt. Movilidad
☐ 15. Dolor

ZONAS DE LESIÓN

CUERPO DE RESCATE DE ENSENADA, A.C.

DATOS DE LA MADRE

GESTA: CESÁREAS: PARA:
ABORTOS:
FUM: SEMANAS DE GESTACIÓN:
FECHA PROBABLE DE PARTO:
HORA INICIO CONTRACCIONES:
FRECUENCIA: DURACIÓN:

DATOS POST-PARTO

HORA DE NACIMIENTO: LUGAR:
PLACENTA EXPULSADA: ☐ SÍ ☐ NO

INTERROGATORIO

ALERGIAS: XXXX
MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGIRIENDO: XXXXXX
ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS: NINGUNA
HORA DE LA ÚLTIMA COMIDA: 17:26
EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS:

OBSERVACIONES

Paciente estable, consciente y orientado.

AUTORIDADES QUE INTERVINIERON

ENTREGA PACIENTE: NOMBRE Y FIRMA
MÉDICO QUE RECIBE: NOMBRE Y FIRMA

ESCALA DE GLASGOW

APERTURA OCULAR

- ☐ 4. ESPONTÁNEA
☐ 3. A LA VOZ
☐ 2. AL DOLOR
☐ 1. NINGUNA

MEJOR RESPUESTA VERBAL

- ☐ 5. ORIENTADO
☐ 4. CONFUSO
☐ 3. PALABRAS INAPROPIADAS
☐ 2. SONIDOS INCOMPREENSIBLES
☐ 1. NINGUNA

MEJOR RESPUESTA MOTORA

- ☐ 6. OBEDECE ÓRDENES
☐ 5. LOCALIZA DOLOR
☐ 4. RETIRA AL DOLOR
☐ 3. FLEXIÓN ANORMAL
☐ 2. EXTENSIÓN ANORMAL
☐ 1. NINGUNA

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA PREHOSPITALARIA DE CINCINNATI

ASIMETRÍA FACIAL ☐ SÍ ☐ NO
PARESIA DE LOS BRAZOS ☐ SÍ ☐ NO
ALTERACIÓN DEL LENGUAJE ☐ SÍ ☐ NO

ESCALA DE TRAUMA

(A)GCS	(B)PAS	(C)IFR	(D) Esfuerzo Respiratorio	Puntuación
11-13	90 +	10-24	normal	4
NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE			retrasado	3
5-7	50-69	>35	detenido	2
3-4	0-49	0-49	ausente	0

Puntuación Total A+B+C+D+E

NOMBRE/FIRMA DE FAMILIAR O TUTOR

DATOS RECÉN NACIDO

PRODUCTO: ☐ VIVO ☐ MUERTO TRASLADADO

SEXO: ☐ MASC ☐ FEM ☐ NO TRASLADADO

APGAR: FUGA

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/ SER TRASLADADO EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO