

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

NIVEL DE CONCIENCIA

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

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

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

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

OCCUPACIÓN: IMSS

DERECHOHABIENTE A: IMSS

COMPANYA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS:

CIRCULACIÓN: PRESENCIA DE PULSOS

- CAROTÍDEO
- RADIAL
- PARO CARDIORRESPIRATORIO

ORIGEN PROBABLE

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA | <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR | <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO |
| <input type="checkbox"/> METABÓLICO | <input type="checkbox"/> DIGESTIVA | <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN |
| <input type="checkbox"/> UROGENITAL | <input type="checkbox"/> INFECCIOSA | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICA |
| <input type="checkbox"/> ONCOLÓGICO | <input type="checkbox"/> COGNITIVO EMOCIONAL | <input type="checkbox"/> OTRO |

ESPECIFIQUE: _____

1A VEZ: SUBSECUENTE:

CALIDAD

- RÁPIDO
- LENTO
- RÍTMICO
- ARRÍTMICO

PIEL

- NORMAL
- PÁLIDA
- CIANÓTICA
- DIAFORESESIS

CARACTERÍSTICAS: _____

ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

COLISIÓN VOLCADURA

AUTOMOTOR MOTOCICLETA BICICLETA

CONTRA OBJETO: FIJO EN MOVIMIENTO

EXPLORACIÓN FÍSICA

- 1. Deformidades
- 2. Contusiones
- 3. Abrasiones
- 4. Penetraciones
- 5. Mov. Paradójico
- 6. Crepitación
- 7. Heridas
- 8. Fracturas
- 9. Enefisema Subcutáneo
- 10. Quemaduras

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 INAPROPFIADAS
- 2. SONIDOS INCOMPRENSIBLES
- 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)FR	(D) Esfuerzo Respiratorio	Puntuación
14-15	90 +	10-24	normal	5

(A)GCS	(B)PAS	(C)FR	(D) Esfuerzo Respiratorio	Puntuación
11-13	90 +	10-24	normal	4
8-10	70-89	25-35	retrasado	3
5-7	50-69	>35	detenido	2
3-4	0-49	0-49	ausente	0

Puntuación Total B+C+D+E

DATOS RECIÉN NACIDO		DESTINO	
PRODUCTO:	<input type="checkbox"/> VIVO	<input type="checkbox"/> MUERTO	<input type="checkbox"/> TRASLADADO
SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC	<input type="checkbox"/> FEM	<input checked="" type="checkbox"/> NO TRASLADADO <input type="checkbox"/> FUGA
APGAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 MIN	5 MIN	10 MIN
PRODUCTO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/
SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD**

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DE FAMILIAR O TUTOR
