

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

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
 DIAFORESES

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

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: _____

DERECHOHABIENTE A: IMSS

IMSS

COMPAÑÍA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS: _____

ORIGEN PROBABLE

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA | <input 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:

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

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 INAPROPRIADAS
- 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
--------	--------	-------	---------------------------	------------

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 RECIÉN NACIDO	DESTINO
PROBLEMA: <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO/TRASLADADO	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	<input type="checkbox"/> NO TRASLADADO
APGAR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FUGA

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/ SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO