

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

COMPANYA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS: _____

ORIGEN PROBABLE

- NEUROLOGÍA 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

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	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
PARESIA DE LOS BRAZOS	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
ALTERACIÓN DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	NO

ESCALA DE TRAUMA

(A)GCS	(B)PAS	(C)FR	(D) Esfuerzo Respiratorio	Puntuación
14-15	90 +	10-24	normal	5
11-13	90 +	10-24	normal	4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

5-7	50-69	>35	detenido	2
NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE			ausente	0

Puntuación Total B+C+D+E

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/ SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO

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