

# 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

- ☐ 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

## 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

### CARACTERÍSTICAS:

## PIEL

- ☐ NORMAL  
☐ PÁLIDA  
☐ CIANÓTICA  
☐ DIAFORESIS

## 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 INCOMPENSIBLES  
☐ 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
11-13	90 +	10-24	normal	4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Puntuación Total A+B+C+D+E

### NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/ SER TRASLADADO EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE/FIRMA FAMILIAR O TUTOR

DESTINO

PRODUCTO: ☐ VIVO ☐ MUERTO TRASLADADO

SEXO: ☐ MASC ☐ FEM ☐ NO TRASLADADO

APGAR: ☐ FUGA

PRODUCTO: