

# 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

## 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: \_\_\_\_\_

## AUSCULTACIÓN

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

## CIRCULACIÓN: PRESENCIA DE PULSOS

- ☐ CAROTIDEO  
☐ RADIAL  
☐ PARO CARDIORRESPIRATORIO

## ORIGEN PROBABLE

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

## CALIDAD

- ☐ RÁPIDO  
☐ LENTO  
☐ RÍTMICO  
☐ ARRÍTMICO

## PIEL

- ☐ NORMAL  
☐ PÁLIDA  
☐ CIANÓTICA  
☐ DIAFORESIS

## CARACTERÍSTICAS:

## 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

## 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 INCOMPRESIBLES  
☐ 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:  15

### 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				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