

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
- GINECOBÉSTÉTRICO

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

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-BÉSTÉTRICA |
| <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 BOLSAS 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
--------	--------	-------	---------------------------	------------

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"/> FUGA

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN/ SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE/FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE/FIRMA DEL TESTIGO