

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	N° TELÉFONO
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO H M	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO	
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:	
EN CASO NECESARIO AVISAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN			N° TELÉFONO	
FORMA DE LLEGADA									
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE				N° TELÉFONO	

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G, OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh	
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO					

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES				
VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE	

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO		LUGAR DEL EVENTO		DIRECCIÓN DEL EVENTO		CUSTODIA POLICIAL	
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	EVENENAMIENTO O	PICADURA	ANAFILAXIA
OBSERVACIONES							
						ALIENTO ETÍLICO	VALOR ALCOCHECK

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO							
1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. OTRO ANTECEDENTE	8. NINGÚN ANTECEDENTE

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL	F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C	TEMP. AXILAR °C	PESO Kg	TALLA m
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)	MOTORA (6)	TOTAL (15)	REACCIÓN PUPILA DER	REACCIÓN PUPILA IZQ	T. LLENADO CAPILAR	SATURA OXIGENO

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS								
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. CABEZA	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS	8. EXTREMIDADES	

8 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NÚMERO DE LA LESION SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE

- 1 HERIDA PENETRANTE
- 2 HERIDA NO PENETRANTE
- 3 FRACTURA EXPUESTA
- 4 FRACTURA CERRADA
- 5 CUERPO EXTRAÑO
- 6 HEMORRAGIA
- 7 MORDEDURA
- 8 MUTILACION
- 9 EXCORIACIÓN
- 10 DEFORMIDAD
- 11 HEMATONA
- 12 ERITEMA
- 13 LUXACION / ESGUINCE
- 14 QUEMADURA
- 15 APLASTAMIENTO

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN		SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA
ALTURA UTERINA		PRESENTA CIÓN	
DILATACIÓN		BORRAMIEN TO	PLANO
PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO

1. BIOMETRÍA	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	5. GASOMETRÍA	7. ENDOSCOPIA	9. R-X ABDOMEN	11. TOMOGRAFÍA	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	15. INTERCONSULTA
2. UROANALISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	8. R-X TÓRAX	10. R-X ÓSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	16. OTROS

11 DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1	1
2	2
3	3

13 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES

MEDICAMENTO
PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN

POSOLOGÍA

- 1
- 2
- 3

14 ALTA

DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERNACIÓN	REFERENCIA	EGRESA VIVO	EN CONDICIÓN ESTABLE	EN CONDICIÓN INESTABLE	DÍAS DE INCAPACIDAD
SERVIVIO DE REFERENCIA		ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA		
					CODIGO			
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL			FIRMA		NÚMERO DE HOJA