

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 | 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 | |
| 2 | |
| 3 | |

| |
|---|
| 1 |
| 2 |
| 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 |