






	<b>REPUBLICA DE COLOMBIA</b> <b>Benemérito Cuerpo de Bomberos Voluntarios de La Tebaida</b> <b>Departamento del Quindío</b> <b>Nit. 890.000.590-3</b> <b>Entidad Privada sin ánimo de Lucro</b> <b>Código de Habilitación: SDSQ 6340101616-601-818</b>	
--	---	--

<b>HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA</b>					<b>NUAP: 999.999.999</b>	
<b>I. ANAMNESIS</b>					<b>PRIORIDAD: AMARILLO</b>	
<b>QUIEN INFORMA EL EVENTO: NOOMBRE DE LA PERSONA QUE INFORMA</b>					<b>HORA SALIDA: 01:59:00</b>	
<b>NOMBRE PACIENTE/VÍCTIMA: NOOMBRES Y APELLIDOS DE LA VICTIMA</b>					<b>DOC: CC - 10751239682</b>	
<b>FECHA NACIMIENTO: 1989-11-10</b>		<b>EDAD: 31 AÑOS</b>		<b>SEXO: MASCULINO</b>		<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>DOMICILIO: CRA 21 # 127D 63 APTO 101</b>					<b>TELEFONO: 3057041749</b>	
<b>OCUPACION: INDEPENDIENTE</b>		<b>EPS: EPS SANITAS</b>		<b>ASEGURADOR: ALLIANZ COLOMBIA</b>		
<b>ACOMPANANTE: GAIA MARIA - 1075239682</b>			<b>PARENTESCO: MASCOTA</b>		<b>TELEFONO: 3057041749</b>	
<b>II. MOTIVO DE ATENCIÓN</b>						
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.						
<b>III. EXAMEN FÍSICO</b>						
<b>F.C: 40</b>		<b>F.R: 10</b>		<b>T.A: 11/199</b>		<b>SPO<sub>2</sub>: 1</b>
<b>GLASGOW</b>		<b>RO: 1</b>		<b>RV: 2</b>		<b>RM: 1</b>
<b>ALERGIAS</b>		<b>PATOLOGIAS</b>		<b>MEDICAMENTOS</b>		
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.		Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.		Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.		
<b>LIVIDEZ</b>		<b>LLENADO CAPILAR</b>		<b>ANTECEDENTES</b>		
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus.		Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.		Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.		
<b>ESCORIACIÓN: NO</b>		<b>LACERACIÓN: NO</b>		<b>CONTUSIÓN: NO</b>		<b>TRAUMA: NO</b>
<b>HERIDA ABIERTA: NO</b>		<b>AMPUTACIÓN: NO</b>		<b>DEFORMIDAD: NO</b>		<b>POLITRAUMA: NO</b>
<b>FRACTURA NO</b>		<b>QUEMADURA: NO</b>		<b>EMPALAMIENTO: NO</b>		<b>HEMATOMA: NO</b>
<b>OBSERVACIONES EXAMEN FISICO</b>						
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.						
<b>IV. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL PACIENTE</b>						
<b>MONITOREO: SI</b>		<b>HEMOSTASIA: NO</b>		<b>RCP: NO</b>		<b>OXIGENACIÓN: NO</b>
<b>INMOVILIZACION: SI</b>		<b>ASEPSIA: NO</b>		<b>DESFIBILACIÓN: NO</b>		<b>INTUBACIÓN: NO</b>
<b>VENDAJE: SI</b>		<b>COLLAR CERVI: NO</b>		<b>LIQUIDOS: NO</b>		<b>DEXTROSA: 10%</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>						
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.						
<b>V. INSUMOS UTILIZADOS EN LA ATENCION</b>						
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.						
<b>VI. EXAMEN FÍSICO RUTA</b>						

		<b>REPUBLICA DE COLOMBIA</b> <b>Benemérito Cuerpo de Bomberos Voluntarios de La Tebaida</b> <b>Departamento del Quindío</b> <b>Nit. 890.000.590-3</b> <b>Entidad Privada sin ánimo de Lucro</b> <b>Código de Habilitación: SDSQ 6340101616-601-818</b>			
<b>F.C:</b> 40	<b>F.R:</b> 10	<b>T.A:</b> 11/199	<b>SPO<sub>2</sub>:</b> 1	<b>T°:</b> 20	
<b>GLASGOW</b>	<b>RO:</b> 1	<b>RV:</b> 2	<b>RM:</b> 1	<b>TOTAL:</b> 4	
<b>OBSERVACIONES EXAMEN FISICO RUTA</b>					
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.					
<b>VII. TRASLADO ASISTENCIAL BASICO</b>					
<b>TRANSPORTADO A:</b> A LA CASA DE LA ESQUINA			<b>MUNICIPIO:</b> BOGOTA, D.C.	<b>DPTO:</b> BOGOTA	
<b>CODIGO CRUE</b> 131313	<b>HORA INICIO TRASLADO:</b> 11:22:00		<b>FECHA Y HORA LLEGADA IPS:</b> 2021-05-05 11:22:00		
<b>ESTADO EN QUE SE ENTREGA:</b> VIVO					
<b>NOMBRE QUIEN RECIBE:</b> GAIA MARIA VANEGAS			<b>DOCUMENTO:</b> 1234567654321		
<b>CARGO:</b> MASCOTA			<b>RG.MD:</b> 1234567654321		
<b>OBSERVACIÓN TRASLADO</b>					
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.					
<b>VIII. EXAMEN FÍSICO FINAL</b>					
<b>F.C:</b> 40	<b>F.R:</b> 10	<b>T.A:</b> 11/199	<b>SPO<sub>2</sub>:</b> 1	<b>T°:</b> 20	
<b>GLASGOW</b>	<b>RO:</b> 1	<b>RV:</b> 2	<b>RM:</b> 1	<b>TOTAL:</b> 4	
<b>OBSERVACIONES EXAMEN FISICO FINAL</b>					
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.					
<b>IX. DATOS DEL EVENTO O ACCIDENTE DE TRANSITO</b>					
<b>CAUSA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN:</b> ACCIENTE DE TRANSITO					
<b>MODO SERVICIO:</b> SENCILLO			<b>UBICACIÓN O ZONA EVENTO:</b> URBANO		
<b>DIRECCION DEL EVENTO:</b> CALLE 1 CARRERA 2					
<b>MUNICIPIO:</b> BOGOTA, D.C.		<b>DPTO:</b> BOGOTA		<b>CALIDAD PACIENTE O VICTIMA:</b> CONDUCTOR	
<b>CONDUCTOR:</b> NOMBRE1 APELLIDO1 APELLIDO2			<b>DOCUMENTO:</b> 10756792932	<b>PLACA:</b> BGH234	
<b>ASEGURADORA SOAT:</b> ALLIANZ COLOMBIA			<b>POLIZA SOAT:</b> SOAT123113		
<b>DATOS DEL PERSONAL Y AMBULANCIA QUE ATIENDE EL EVENTO</b>					
<b>NUMERO INTERNO MOVIL:</b> M13			<b>PLACA DE LA MOVIL:</b> HBG123		
<b>NOMBRE T.A.P.H:</b> NICOLAS VANEGAS MUÑOZ		<b>DOCUMENTO:</b> 1075239682	<b>REGISTRO:</b> 1075239682		
<b>X. OBSERVACIONES FINALES</b>					
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris aliquam scelerisque commodo. Suspendisse id lorem aliquam, efficitur lacus ac, semper risus. Duis rutrum nisl id scelerisque varius. Sed vel arcu posuere, feugiat metus sit amet, iaculis sapien. Sed orci mauris, scelerisque a mollis quis, fringilla sit amet velit. Vivamus eget.					
<b>XI. FIRMAS</b>					
					
<b>FIRMA PACIENTE</b>			<b>FIRMA ACOMPAÑANTE</b>		
					
<b>RECIBE IPS</b>			<b>REFERENCIA</b>		