

## REGISTRO DE ATENCION MEDICA

FECHA: Hora atención: móvil N°:  
código inicial: Incidente N°:

ART: N° siniestro: Empleador:  
Tel: Cuit/Cuil:

Domicilio:

Barrio:

NOMBRE INSTITUCION ( SI CORRESPONDE):

Tel:

Afiliado:

Apellido y Nombre: DNI N°:

Edad: Sexo F ☐ M ☐

Obra social: N° Afiliado:

MOTIVO de CONSULTA :

Tiempo de evolución:

Antecedentes: Ninguno ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Ent cardiaco ☐

Ent coronaria ☐ Asma ☐ ACV ☐ Alergias ☐ convulsiones ☐

Otros:

MEDICACION PREVIA: NO ☐ SI ☐

Signos vitales							Glucemia	Scores				
Hora	T.A	F.C	F.R	T	Li.Cap	Sat O2	Mg%	Glasgow	TSR	Asma	ITP	Bierman

Antec. Enfer. Actual:

Examen físico (signos y síntomas de relevancia)

Piel y mucosa

No

Si

Cardiovascular

No

Si

Respiratorio

No

Si

Abdomen

No

Si

Genitourinario

No

Si

Osteoarticular

No

Si

Neurológico

No

Si

Otros

No

Si

Electrocardiograma: No ☐ SI ☐

Tratamiento efectuado/ evolución:

Indicaciones (incluir signos de alarmas y evolución eventual ):

Diagnostico presuntivo:

Traslado internación | observación

NO

☐

SI

☐

código

Medico receptor

Medico ecco

paciente/familia / tercero

Fecha

H

N° incidente

Nombre del paciente:

DNI:

Diagnostico presuntivo:

Firma y sello Medico Ecco