

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	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Abdomen	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Genitourinario	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Osteoarticular	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Neurológico	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Otros	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>

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