



HOJA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA



FOLIO _____

AMBULANCIA No. _____

DÍA DE SEMANA _____

FECHA			HORA			TIPO DE SERVICIO		CLIMA								
DÍA	MES	AÑO				URGENCIA	TRASLADO	SOLEADO	DÍA	NOCHE	DÍA	NOCHE	DÍA	NOCHE	DÍA	NOCHE
										NEBLINA		NUBLADO		LLUVIOSO		DESPEJADO

OPERADOR:	TUM.1
JEFE DE SERVICIO:	TUM.2
UBICACIÓN DE SERVICIO:	
AUTORIDADES QUE PARTICIPARON EN EL INCIDENTE:	

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:										EDAD:		SEXO:		M	F
DIRECCIÓN:										TELÉFONO:					
OCUPACIÓN:						DERECHOHABIENTE:				ESCOLARIDAD:					
LUGAR DE OCURRENCIA	HOGAR	ESCUELA	TRABAJO	VIA PÚB.	RECREACIÓN Y DEPORTE	CLUB-CANTINA BAR		HOTEL	CARRETERA	OTRO					

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	METABÓLICO	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	ALÉRGICO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	--------------

ANTECEDENTES DEL INCIDENTE

CAUSA DE LA URGENCIA: TRAUMÁTICA <input type="checkbox"/>	NO TRAUMÁTICA <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:
CINEMÁTICA DEL INCIDENTE:		

MANEJO DEL PACIENTE

VIA AEREA:	PERMEABLE:	SI	NO	SECRECIONES Y VÓMITO:	SI	NO	ASPIRACIÓN:	SI	NO	CANULA:	OROFARINGEA	SI	NO	NASOFARINGEA	SI	NO	TUBO ENDO-TRAQUEAL	SI	NO	COLLARIN CERVICAL	SI	NO
RUIDOS RESPIRATORIOS		PRESENTES		TIPO DE OXIGENACIÓN	BVM C/RESERVORIO CON O ₂				MANIOBRA DE REANIMACIÓN				SI	TIEMPO								
		AUSENTES			MASCARILLA FACIAL C/RESERVORIO PUNTAS NASAL								NO									
CIRCULACIÓN Y CONTROL DE HEMORRAGIAS		PRESIÓN DIRECTA		LÍQUIDOS ADMINISTRADOS	TIPO DE LÍQUIDO						FÉRULAS Y EMPAQUE-TAMIENTO	ESPINAL LARGA		SI	NO							
		VENDAJES			CANTIDAD							EMPAQUETAMIENTO		SI	NO							
POSICIÓN EN QUE SE ENCONTRÓ AL PACIENTE:		SENTADO		ESPECIFIQUE:																		
		ACOSTADO																				
PRIORIDAD DEL PACIENTE:		ROJA	<input type="checkbox"/>	AMARILLA		<input type="checkbox"/>	VERDE		<input type="checkbox"/>	NEGRO		<input type="checkbox"/>										

EXPLORACIÓN FÍSICA

HORARIO	FR	FC	TA	TEMP	OXI	GLASGOW	GLUCOSA	LLENADO CAPILAR
PUPILAS: IGUALES <input type="checkbox"/> DESIGUALES <input type="checkbox"/> NO REACTIVAS <input type="checkbox"/>					COLOR PIEL: ROSADA <input type="checkbox"/> ROJA <input type="checkbox"/> PALIDA <input type="checkbox"/> CIANOSIS <input type="checkbox"/> MARMOREA <input type="checkbox"/>			
PIEL: SECA <input type="checkbox"/> HUMEDA <input type="checkbox"/>					TEMPERATURA: CALIENTE <input type="checkbox"/> TIBIA <input type="checkbox"/> FRÍA <input type="checkbox"/>			

LOCALIZACIÓN DE LESIONES

AGENTE DE LESIÓN:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Laceración/ Abrasión	Contusión/ Magulladura	Quema dura	Herida	Luxación/ Esquinque	Fractura	Amputación/ Avulsión	Picadura/ Mordedura	Otro
01. Cráneo	101	201	301	401	501	601	701	801	901
02. Cara	102	202	302	402	502	602	702	802	902
03. Ojos	103	203	303	403	503	603	703	803	903
04. Cuello	104	204	304	404	504	604	704	804	904
05. Tórax	105	205	305	405	505	605	705	805	905
06. Colum. vert.	106	206	306	406	506	606	706	806	906
07. Ext. super	107	207	307	407	507	607	707	807	907
08. Mano	108	208	308	408	508	608	708	808	908
09. Dedos mano	109	209	309	409	509	609	709	809	909
10. Abdomen	110	210	310	410	510	610	710	810	910
11. Genitales	111	211	311	411	511	611	711	811	911
12. Ext. infer	112	212	312	412	512	612	712	812	912
13. Pies	113	213	313	413	513	613	713	813	913
14. Dedos pie	114	214	314	414	514	614	714	814	914
15. Pelvis	115	215	315	415	515	615	715	815	915

- () 01.-AUTOMOVILISTICO: PÚBLICO () PRIVADO ()
- () 02.-INTOXICACIÓN
- () 03.- GOLPE CONTRA PISO O PARED () 10.- OBJ. PUNZOCORTANTE
- () 04.- ATROPELLAMIENTO PEATONAL () 11.-GOLPES PIE, MANO
- () 05.- ATROPELLAMIENTO EN MOTOC. () 12.- ARMA DE FUEGO
- () 06.- ATROPELLAMIENTO BICICLETA () 13.-ENFERMEDAD
- () 07.-CAIDA () 14.- INTENTO DE SUICIDIO
- () 08.- QUEMADURA () 15.-ANIMAL
- () 09.-OBJ. CONTUSO
- () 16.-OTRO:_____

COLISIÓN/ ATROPELLAMIENTO

VEHÍCULO:	MARCA:	TIPO:	MODELO:	COLOR:						
INTRUSIÓN AL HABITÁCULO	MENOR DE 30 CMS	USO DE CINTURÓN SEGURIDAD	SI	USO DE BOLSA AIRE	SI	USO DE HERRAMIENTA MANUAL	SI	USO DE QUIJADA DE LA VIDA	SI	TIEMPO DE LIBERACIÓN DEL PACIENTE
	MAYOR DE 30 CMS		NO	NO	NO	NO	NO	NO		
LUGAR EN EL QUE VIAJABA									MOTOCICLISTA CON CASCO	SI NO
COLOR DE LA ROPA DEL ATROPELLADO:										

RESULTADO

NO SE ENCONTRÓ EL INCIDENTE <input type="checkbox"/>	ATENDIDO EN EL LUGAR <input type="checkbox"/>	NO SE ENCONTRÓ AL PACIENTE <input type="checkbox"/>	SE TRASLADÓ <input type="checkbox"/>	NO AMERITÓ EL TRASLADO <input type="checkbox"/>	SE NEGÓ AL TRASLADO <input type="checkbox"/>
ATENDIÓ OTRA INSTITUCIÓN:	CRUZ ROJA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:			
TIEMPO DE TRASLADO:					

EMBARAZADA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	FUR			GESTA	PARA	ABORTO	CESAREA	SINTOMAS					
	DIA	MES	AÑO					CEFALEA		ZUMBIDO DE OIDOS		FOSFENOS	
								SI	NO	SI	NO	SI	NO

SALIDA DE LÍQUIDOS TRANSVAGINAL	NO	COLORACIÓN					CANTIDAD		
	SI	TRANSPARENTE	AMARILLO	ROJO	VERDE	NEGRO	ESCASO	REGULAR	ABUNDANTE

MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES		LCF	CONTRACCIÓN UTERINA	NO	NÚMERO x'		T/A	TEMP °C	EDEMAS	
	AUSENTES				SI	DURACIÓN				SI	NO

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

RECIÉN NACIDO	MUERTO		HORA DE NACIMIENTO	SEXO		ASPIRACIÓN DE SECRECIONES		REANIMACIÓN NEONATAL	SI	TIEMPO
	VIVO			HOMBRE	MUJER	SI	NO		NO	

FRECUENCIA CARDIACA	VALORACIÓN APGAR	VALORACIÓN SILVERMAN

HAGO CONSTAR QUE ME FUERON OFRECIDOS LOS SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA Y SE ME INFORMÓ DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE NO SER ATENDIDO. SIN EMBARGO, HE DECIDIDO POR VOLUNTAD PROPIA, NO ACEPTAR TRATAMIENTO ALGUNO Y/O TRASLADO A UNA UNIDAD MÉDICA.

NOMBRE _____ FIRMA _____ HORA _____

PERTENENCIAS DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES

RECEPCIÓN DEL USUARIO:

UNIDAD MÉDICA QUE RECIBE _____ HORA: _____

MEDICO QUE RECIBE

JEFE DE SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA