





| FECHA: | HORA DE SALIDA | HORA DE ARRIBO | HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA | HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA |
|------------|----------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 2022-07-27 | 20:23 | 20:23 | 20:23 | 19:07 |

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|----------------------|------|-----------------------|-------------------|------------|---------|
| Código de servicio | 11 | Unidad Móvil | M011 | Tipo de unidad | ASISTENCIA BÁSICA | No. Placas | QPR-001 |
| No. de socio | F55 - Lillia Sanchez Jaime | | | Teléfono | 5556782349 | | |
| Nombre completo | Lillia Sanchez Jaime | | | | | | |
| Domicilio del suceso | NA | | | | | | |
| Sexo: Masculino | Edad: 12 | Paciente desconocido | | NA | | | |
| Filiación | NA | | | | | | |
| Vestimenta | NA | | | Coloración de piel NA | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|-----------------|--------------------------|--|
| Sitio de atención: NA | Motivo de la consulta: | No traumáticos <input checked="" type="checkbox"/> | Vía área | Estado de pupilas | Isocoria  |
| Tipo de servicio: NA | | Traumáticos <input type="checkbox"/> | | | Midriasis  |
| | | Miosis  | | | |
| | | Anisocoria  | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------|-------|-----------------------|----------------|-------|----------------------|---------|-------|------|-----------------------|--|
| Hemoderivados | Soluciones | Dosis | Cardiovascular | Desfibrilación | Dosis | Farmacológico | Fármaco | Dosis | Hrs. | Inmovilización | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | Hemoderivado | Dosis | | Cardioversión | Dosis | | Aminas | Dosis | Hrs. | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos:

Tiempo de evolución y terapéutica actual

| | | |
|------------------------|----|----|
| Datos base: | | |
| Diabetes mellitus: | No | NA |
| Hipertensión arterial: | No | NA |
| Cardiopatías: | No | NA |
| Neumopatías: | No | NA |
| Quirúrgicos/trauma: | No | NA |
| Alergias: | No | NA |
| Otros: | NA | |

Signos Vitales:

| Hora | Frecuencia cardiaca | Frecuencia respiratoria | Presión arterial | Temperatura | Saturación de O2 | Glucometría | Glasgow |
|-------|---------------------|-------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|---------|
| 19:01 | 100 | 120 | 129/40 | 24 | 98 | 90 | 6 |

EMERGENCIAS MÉDICAS DE MÉXICO, S.C.
Av. Observatorio No. 370 2do. piso, Col. 16 de Septiembre, C.P. 11810
Deleg. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Tel. 2591 1110
contacto@vidauno.com www.vidauno.com

Exploración física:

Normal

Descripción de lesiones

| | | |
|--------------------|----|----|
| Cabeza: | Si | NA |
| Cara: | Si | NA |
| Cuello: | Si | NA |
| Tórax: | Si | NA |
| Abdomen: | Si | NA |
| Extremidades: | Si | NA |
| Genitales: | Si | NA |
| Columna vertebral: | Si | NA |

Electrocardiograma: Ritmo NA Frecuencia NA Onda P NA PR NA
Eje QRS NA QRS NA ST NA Onda T NA QT NA
Anormalidades NA
Interpretación electrocardiográfica: NA

| Impresión diagnóstica: | Tratamiento: |
|------------------------|--------------|
| NA | NA |

Derivación: NA - NA
Estado de salud: NA
Médico que recibe: NA

Costo:\$ NA

Estoy enterado de la impresión diagnóstica y de las condiciones de mi paciente:

Responsible NA

Parentesco o relación **NA**

Nombre y firma del médico Dr. Chapatin

Cédula profesional XXX-XXXX-XXX

TUM: Cacharpo

Operator:sdffsdf

En todos los casos se sugiere acudir lo más pronto posible con su médico tratante, con el objetivo de dar continuidad a su diagnóstico y tratamiento.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Debido a que NO es deseo del SR () NA en su conocimiento de
 PACIENTE ☐ RESPONSABLE ☐ llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TENCION Y TRATAMIENTOS MEDICOS ☐
 TRASLADO AL HOSPITAL ☐ del personal de EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO, S.C., en este momento libero a esa empresa
 de cualquier responsabilidad sobre el paciente motivo de esta atencion que pudiera derivarse de conformidad a lo dispuesto
 Por el articulo 2615 del Código Civil vigente para la Ciudad de México y los demás relativos y aplicaciones de la República
 Mexicana.

RESPONSABLE:

FIRMA:

Aviso de privacidad en: www.vidauno.com

²Estoy en conocimiento de mis derechos bajo la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicado en el Diario Oficial el 5 de Julio del 2010, pudiendo consultar nuestro aviso de privacidad publicado en nuestra página web <http://www.vidaunom.com>, pudiendo ejercer mis derechos "ARCO", salvo las excepciones concernientes en la misma ley en los datos sensibles de importancia médica protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente médico protegido por la Norma Oficial Mexicana NOM-044-SSA3-2012, del expediente clínico.

Firma del paciente o responsable