

Folio de la hoja 58

FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA
2022-07-27	01:23	01:23	01:23	00:07

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad ASISTENCIA No. Placas QPR-005
 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime Teléfono 5556782349
 Nombre completo Moni Sanchez Jaime
 Domicilio del suceso NA
 Sexo: Masculino Edad: 5 Paciente desconocido NA
 Filiación NA
 Vestimenta NA Coloración de piel NA

Sitio de atención:	Motivo de la consulta:	No traumáticos	Traumáticos	Vía área	Estado de pupilas
NA					Isocoria X Midriasis X Miosis X Anisocoria X
Tipo de servicio:					
NA					

Hemoderivados	Soluciones	Dosis	Cardiovascular	Desfibrilación	Dosis	Fármaco	Dosis	Hrs.	Inmovilización

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos:

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

Tiempo de evolución y terapéutica actual

Signos Vitales:

Hora	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Temperatura	Saturación de O2	Glucometría	Glasgow

Exploración física:

Normal
 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

Descripción de lesiones

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:
NA

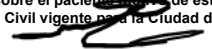
Tratamiento:
NA

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:
 Responsable NA
 Parentesco o relación NA Firma
 Nombre y firma del médico Dr. Chapatin
 Cédula profesional XXX-XXXX-XXX
 TUM: Cacharpo Operador: El Operador
 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: TENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS ☐
 TRASLADO AL HOSPITAL ☐ del personal de EMERGENCIAS MÉDICAS DE MÉXICO, S.C., en este momento libero a esa empresa de cualquier responsabilidad sobre el paciente motivo de esta atención que pudiera derivarse de conformidad a lo dispuesto
 Por el artículo 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

"Estoy 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.vidauno.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-004-SSA3-2012, del expediente clínico"

Firma del paciente o responsable