

FECHA	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA

Código de servicio: 11  
Unidad Móvil: M011  
Tipo de unidad: SOPORTE  
No.Placas: QPR-002



Folio: 40

**Paciente**  
**No. de Socio:** F55      **Teléfono:** 5556782349      **Sexo:** Femenino      **Edad:** 5  
**Nombre completo:** Lillia Sanchez Jaime  
**Domicilio del suceso:**  
NA

**Paciente desconocido**  
NA  
  
**Filiacion:**  
NA  
  
**Vestimenta:** NA  
**Coloracion de piel:** NA

**Sitio de atención:** NA      **Tipo de servicio:** NA  
**Motivo de consulta:**      **Tipo de evento:** NA  
  
**Via aerea:**      **Estado de las pupilas:**  
Ojo Izquierdo:  
Ojo Derecho:

**Medicamentos:**

**Padecimiento actual:**  
este es el padecimiento actual  
fasd dasf asdklfnadskl; fn;klasdnfkl  
asdnfklsdnklf nsdklfn dklsnfklsdnf klsdnf klsdnf lksdnklf asdkl'af  
nsdklfgn mklsdfnm l;sdknf lksdnfklsdnf lksdn

Hora	Frecuencia Cardiac	Frecuencia respiratoria	Presion arterial	Temperatura	Saturacion de O2	Glucometria	Glasgow

**Antecedentes patologicos:**

Diabetes mellitus      No      NA  
Hipertensión arterial:No      NA  
Cardiopatias      No      NA  
Neumopatias      No      NA  
Quirurgicos/trauma:No      NA  
Alergias      No      NA  
Otros      NA

Exploracion Fisica	Descripcion de lesiones	
<b>NORMAL</b>		
Cabeza	Si	NA
Cara	Si	NA
Cuello	Si	NA
Tórax	Si	NA
Abdomen	Si	NA
Extremidades	Si	NA
Genitales	Si	NA
Columna	Si	NA
Vertebral		

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

Impresión Diagnostica

NA



Derivación: ☐

Hospital: NA

Estado de salud: NA

Médico que recibe: NA

Costo: \$ NA

Estoy enterado de la impresion diagnostica y condiciones de mi paciente:

Responsable: NA

Parentesco o relación: NA

Firma

Medico: Dr.Chapatin

Cedula Profesional: XXX-XXXX-XXX

TUM: Cacharpo

Operador: El Operador

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

#### LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Debido a que no es deseo del, NA

en su conocimiento de **PACIENTE** **RESPONSABLE** llevar a cabo las indicaciones y exortaciones de **ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS** **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 atención que pudiera derivarse de conformidad a lo dispuesto Por el artículo 2615 del codigo Civil vigente para la Ciudad de Mexico y los demas relativosy aplicaciones de la Republica Mexicana.

**RESPONSABLE:**

**FIRMA**

**Aviso de privacidad: [www.vidauno.com.mx](http://www.vidauno.com.mx)**

*Estoy en conocimiento de mis derechos bajo la ley Federal de proteccion de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicado en en el Diario Oficial el 5 de julio del 2010, pudiendo consultar nuestro aviso de privacidad publicado en nuestra pagina web <http://www.vidauno.com>, pudiendo ejercer mis derechos "ARCO", salvo las excepciones concernientes en la misma ley en los datos sensibles de importancia medica protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente medico protegido por la norma oficial Mexicana NOM-044-SSA3-2012, del expediente clinico.*

*Firma del paciente o responsable*

Tratamiento

NA

**EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO S.C.**

Av. Observatorio No.370 2do. piso, Col. 16 de Septiembre  
Miguel Hidalgo, 11810 Ciudad de Mexico, Tel. 55 2591 1110  
[contacto@vidauno.com](mailto:contacto@vidauno.com) [www.vidauno.com](http://www.vidauno.com)