

	FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA
ſ	2022-07-22	20:23	20:23	20:23	19:07

Folio	de la	hoia	81	

GRADO 1 X GRADO 2 GRADO 3

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad ASISTENCIA BASINO. Placas QPR-001 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime Teléfono 5556782349 Nombre completo Lillia Sanchez Jaime Domicilio del suceso NA Sexo: NA Edad: 0 Paciente desconocido NA Filiación NA Vestimenta NA Coloración de piel NA

Sitio de atención: NA	Motivo de la consulta:	No traumáticos X Traumáticos		Isocoria
			area Dubilas	Midriasis
Tipo de servicio: NA			Vía É	Miosis
				Anisocoria

	Soluciones	Dosis		Desfibrilación	Dosis		Fármaco	Dosis	Hrs.	
so			ar			co				<u>_</u>
vad			no			lógic				ación
deri	Hemoderivado	Dosis	vas	Cardioversión	Dosis	60	Aminas	Dosis	Hrs.	ilize
ĕ			oib			ma				8
ē			Car			Far				٤
_			)			ш.				=

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

Cabeza:	Si	NA
Cara:	Si	NA
Cuello:	Si	NA
Tórav:	Si	NA

Cara Cue Tórax: Si NA Abdomen: Extremidades: Si NA NA Genitales: Columna vertebral: Si NA

Normal

C: NA

Exploración física:

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

Impresión diagnóstica:		
NA		NA
	ļ	
	İ	
	İ	

	Tratam	iento:	
NA			

Descripción de lesiones

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

	 	 	 	_
040				

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 sdfsdf Cédula profesional XXX-XXXX-XXX

Operador: sdffsdf TUM: Cacharpo 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 ( ).\_ en su conocimiento de PACIENTE RESPONSABLE RESPONSAB 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 derivársele 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