

FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA
2022 07 22	01.23	01.00	01.00	01.00

Folio de la hoja 58

GRADO 1 X GRADO 2 GRADO 3 Unidad Móvil M011 Código de servicio 11 Tipo de unidad <u>ASISTENCI</u>A NOA \$P16@ as <u>QPR-005</u>

Teléfono 5556782349

No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime 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 X	
NA		Traumáticos	Isocoria
			**
			Midriasis
		- Ga	iviluitasis
		<i>'0</i>	<u> </u>
Tipo de servicio:		Via	Miosis
NA			ade
			ii X
			Anisocoria
			(D) (D)

	Soluciones	Dosis		Desfibrilación	Dosis		Fármaco	Dosis	Hrs.	
SO			ar			9				=
vad			l i			ógic				ción
deri	Hemoderivado	Dosis	vas	Cardioversión	Dosis	col	Aminas	Dosis	Hrs.	ilizac
ou			oj p			ma				6
ē			Car			Far				lnm
-			U			ш.				_

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos:

Tiempo de evolución y terapéutica actual

Datos base:

Diabetes mellitus: Hipertensión arterial: No NA Cardiopatías: NA No 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

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

Frankanski de Kalasa						
Exploración física:						
Normal			L	escripción de les	iones	
Cabeza: Si	NA					
Cara: Si Cuello: Si	NA NA					
	NA NA					
Abdomen: Si Extremidades: Si						
Genitales: Si	NA					
Columna vertebral: Si						
Columna vertebrai. 31	IVA					
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 electroca						
Impres	sión diagnóstica:			Tratamie	nto:	
NA			NA			
NA			IVA			
		ł				
Derivación: NA - NA						
Estado de salud: NA	•					
Médico que recibe: <u>NA</u>						
				Costo:\$ NA		
Estoy enterado de la im	ipresión diagnóstica	a y de las condicione	es de mi paciei	nte:	>	
Responsable NA	1.4				<u> </u>	
Parentesco o relación 🛚	VA		Firma _			
Nombre y firma del méd	JICO Dr. Chapatin					_
Cédula profesional XX	X-XXXX-XXX			FI O		
TUM: Cacharpo				r: El Operador		
En todos los casos se su	•	pronto posible con su r	medico tratante,	con el objetivo de	dar continuidad	a su
diagnóstico y tratamiento						
		IBERACIÓN DE RESF	PONSABILIDAD			
Debido a que NO es desec	del SR ().NA				conocimiento de	
PACIENTE RESPONSA						
TRASLADO AL HOSPITAL						
de cualquier responsabilio						
Por el artículo 2615 del Có						
Mexicana.			-		•	
RESPONSABLE:						
*						

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 nuestro pócina web http://www.vidauno.com, pudiendo ejercer mis derechos "ARCO", salvo las protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente médico protegido excepciones concernientes en la misma ley en los datos sensibles de import por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expedie

Firma del paciente o responsable