

Folio de la hoja 59

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	01:23

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad ASISTENCIA No 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:	Motivo de la consulta:	No traumáticos	Traumáticos	Vía área	Estado de pupilas
NA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Isocoria Midriasis Miosis Anisocoria
Tipo de servicio:					
NA					

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

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	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:
estas son las descripciones de lesión sadas dasd asad ans, dasn asd asd a s asd asd asd asd asd asd asd as asd asd asd asdas das asd, mn, m, asdm .dasd asd asd asdasd asd as	este es el tratamiento que al fional falla,debemo hacsr que no fale por que si falla ya valio ber a las calmadas y asi esta es otra linea del trat moento a ver cuantos caracteres son

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 (). en su conocimiento de PACIENTE <input type="checkbox"/> RESPONSABLE <input type="checkbox"/> llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> TRASLADO AL HOSPITAL <input type="checkbox"/> 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