

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

Folio de la hoia 116	Folio	de la	hoia	116	
------------------------	-------	-------	------	-----	--

GRADO 1 X GRADO 2 GRADO 3

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime	Tipo de unidad SOPORTE Teléfono 5556782349	No. Placas	QPR-001
Nombre completo Lillia Sanchez Jaime Domicilio del suceso ASDAS DASDAS casdcas			
Sexo: NA Edad: 0 Paciente desconocido NA			
/estimenta NA	Coloración de piel	NA	

Sitio de atención: Hogar	Motivo de la consulta:	No traumáticos Traumáticos	X	Isocoria
Tiogai		Craneal		00
			or or	Midriasis
Tipo de servicio:			a áre	nd ep
NA			Š	Miosis
				Anisocoria

	Soluciones	Dosis		Desfibrilación	Dosis		Fármaco	Dosis	Hrs.		
Н.	ados		lar			ico				ón	
			scu			lógi				acić	
	Hemoderiva	do Dosis	٧a	Cardioversión	Dosis	9	Aminas	Dosis	Hrs.	iliza	
	_		ardio			ma				VOL	
	He He		Cai			Far				ᄪ	

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos: Tiempo de evolución y terapéutica actual

Datos base: Diabetes mellitus: NA No 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
15:39	100	60	120/80	24	98	90	3

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

loración física:	
Normal	Descripción de lesiones

	itoiiiai	
Cabeza:	Si	NA
Cara:	Si	NA
Cuello:	Si	NA
Tórax:	Si	NA
Abdomen:	Si	NA
Extremidades:	Si	NA
Genitales:	Si	NA
Columna verteb	ral: Si	NA

Electrocardiograma:	Ritmo NA	Frecuencia NA	Onda P NA	PR NA
Eje QRS NA	QRS NA	ST_NA	Onda TNA	QT NA
Anormalidades NA				
Interpretación electroca	rdiográfica: NA			

	Impresión diagnóstica:
NA	

Tratam	iento:
NA	

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

	Costo:\$ NA
Estoy enterado de la impresión diagnóstica y de las condici	iones de mi paciente:
Responsable NA	
Parentesco o relación NA	Firma
Name to a street and the state of the state	

Parentesco o relación NA Nombre y firma del médico Dr.Chapatin Cédula profesional XXX-XXXX-XXX

Operador: El Operador 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 ().NA PACIENTE □RESPONSABLE □ llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TRASLADO AL HOSPITAL□ del personal de EMERGENCIAS MÉDICAS DE MÉXICO, de cualquier responsabilidat sois □ paciente metivo de esta atención que pudiera Por el artículo 2615 del Código Civil vigente para la Ciud de México y los demás re Mexicana. RESPONSABLE: FIRMA:	S.C., en este momento libero a esa empresa derivársele de conformidad a lo dispuesto

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 por ago en nuestra Aciona 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 p por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. retegidos por el secreto profesional y como parte del expediente médico protegido

Firma del paciente o responsable