

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	00:07

Folio de la hoja 72

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad Basica No. Placas ABC-123  
 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime Teléfono 5556782349  
 Nombre completo Lillia Sanchez Jaime  
 Domicilio del suceso NA  
 Sexo: Masculino Edad: 15 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"/>		Isocoria
					Midriasis
					Miosis
					Anisocoria
Tipo de servicio:					
NA					

Hemoderivados	Soluciones	Dosis	Cardiovascular	Desfibrilación	Dosis	Farmacológico	Fármaco	Dosis	Hrs.	Inmovilización
	120	1		124	4					
	Hemoderivado	Dosis		Cardioversión	Dosis		Aminas	Dosis	Hrs.	
	120	2		125	5					
	123	3								

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus: Hipertensión arterial: Cardiopatías: Neumopatías: Quirúrgicos/trauma: Alergias: Otros:

Tiempo de evolución y terapéutica actual

Signos Vitales:	Hora	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Temperatura	Saturación de O2	Glucometría	Glasgow

Exploración física: Normal

Cabeza:  
 Cara:  
 Cuello:  
 Tórax:  
 Abdomen:  
 Extremidades:  
 Genitales:  
 Columna vertebral:

Descripción de lesiones

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

Impresión diagnóstica:	Tratamiento:
NA	NA

Derivación:  
 Estado de salud:  
 Médico que recibe: Costo:\$  
 Estoy enterado de la impresión diagnóstica y de las condiciones de mi paciente:  
 Responsable  
 Parentesco o relación Firma  
 Nombre y firma del médico  
 Cédula profesional  
 TUM: 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