

FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA
2022-07-23	01:23	01:23	01:23	01:23

Folio de la hoja 58

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad ASISTENCIA No Placas QPR-005
 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime Teléfono 5556782349
 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: NA	Motivo de la consulta:	No traumáticos <input checked="" type="checkbox"/> Traumáticos <input type="checkbox"/>	Vía área	Estado de pupilas	Isocoria
					Midriasis
					Miosis
					Anisocoria
Tipo de servicio: NA					

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

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:	Horas	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:
NA	NA

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 () NA 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 derivarse 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 pública protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente médico protegido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente médico."

Firma del paciente o responsable