

FECHA	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA

Código de servicio: 11
Unidad Móvil: M011
Tipo de unidad:
ASISTENCIA BASICA
No.Placas: QPR-006



Folio: 51

Paciente
No. de Socio: F55 **Teléfono:** 5556782349 **Sexo:** Masculino **Edad:** 14
Nombre completo: Lillia Sanchez Jaime
Domicilio del suceso:
NA

Paciente desconocido
NA
Filiacion:
NA
Vestimenta: NA
Coloracion de piel: NA

Sitio de atención: NA **Tipo de servicio:** NA
Motivo de consulta: **Tipo de evento:** NA
Via aerea: **Estado de las pupilas:**
Ojo Izquierdo:
Ojo Derecho:

Medicamentos:

Padecimiento actual:
NA

Hora	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia respiratoria	Presion arterial	Temperatura	Saturacion de O2	Glucometria	Glasgow

Antecedentes patologicos:

Diabetes mellitus No NA
Hipertensión arterial:No NA
Cardiopatias No NA
Neumopatias No NA
Quirurgicos/trauma:No NA
Alergias No NA
Otros NA

Exploracion Fisica	Descripcion de lesiones	
NORMAL		
Cabeza	Si	NA
Cara	Si	NA
Cuello	Si	NA
Tórax	Si	NA
Abdomen	Si	NA
Extremidades	Si	NA
Genitales	Si	NA
Columna	Si	NA
Vertebral		

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

Impresión Diagnostica

NA

vidauno

Derivación: ☐

Hospital: NA

Estado de salud: NA

Médico que recibe: NA

Costo: \$ NA

Estoy enterado de la impresión diagnóstica y condiciones de mi paciente:

Responsable: NA

Parentesco o relación: NA


Firma

Médico: Dr. Chapatin

Cédula Profesional: XXX-XXXX-XXX

TUM: Cacharpo

Operador: El Operador



Firma Médico

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, NA

en su conocimiento de **PACIENTE** **RESPONSABLE** llevar a cabo las indicaciones y exortaciones de **ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS** **TRASLADO AL HOSPITAL** del personal de **EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO 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 Mexico y los demas relativosy aplicaciones de la Republica Mexicana.

RESPONSABLE:

NA



FIRMA

Aviso de privacidad: www.vidauno.com.mx

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-044-SSA3-2012, del expediente clínico.



Firma del paciente o responsable

Tratamiento

NA

EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO S.C.

Av. Observatorio No.370 2do. piso, Col. 16 de Septiembre
Miguel Hidalgo, 11810 Ciudad de Mexico, Tel. 55 2591 1110
contacto@vidauno.com www.vidauno.com