



FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA
2022-07-27	20:23	20:23	20:23	19:07

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio	11	Unidad Móvil	M011	Tipo de unidad	ASISTENCIA BÁSICA	No. Placas	QPR-005
No. de socio	F55 - Lillia Sanchez Jaime			Teléfono	5556782349		
Nombre completo	Lillia Sanchez Jaime						
Domicilio del suceso	asd asdas dasd das						
Sexo:	NA	Edad:	0	Paciente desconocido	NA		
Filiación	NA						
Vestimenta	NA			Coloración de piel	NA		

Sitio de atención:	Motivo de la consulta:	No traumáticos	<input checked="" type="checkbox"/>	Vía área	Estado de pupilas	Isocoria
Hogar	Cefalea	Traumáticos	<input type="checkbox"/>			Midriasis
Tipo de servicio:		Craneal				Miosis
Urgencias						Anisocoria

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:

Hora	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Temperatura	Saturación de O2	Glucometría	Glasgow
18:41	100	60	120/60	24	98	90	3

Exploración física:

Normal

Descripción de lesiones

Cabeza:	No	asd	asd	asd
Cara:	No	asd	asdas	d
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:
sdfgdfgh fghgh	hj jkhljkl

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:

Responsible NA

Parentesco o relación NA

Nombre y firma del médico sdfsd

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 (JNA) en su conocimiento de
 PACIENTE ☐ RESPONSABLE ☐ llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TENCION Y TRATAMIENTOS MEDICOS ☐
 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 atencion que pudiera derivarse de conformidad a lo dispuesto
 Por el articulo 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

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