

Folio de la hoja 72

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

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	Dosis	Hrs.	Inmovilización
	120	1							
	Hemoderivado	Dosis		Cardioversión	Dosis	Aminas	Dosis	Hrs.	

Padecimiento actual: NA

Antecedentes patológicos:

Datos base:
 Diabetes mellitus:
 Hipertensión arterial:
 Cardiopatías:
 Neumopatías:
 Quirúrgicos/trauma:
 Alergias:
 Otros:

Tiempo de evolución y terapéutica actual

Signos Vitales:

Hora	Frecuencia cardiaca	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:
NA

Tratamiento:
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