

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-001



Folio:

Paciente
No. de Socio: F55 **Teléfono:** 5556782349 **Sexo:** Femenino **Edad:** 45
Nombre completo: Nika Sanchez Jaime
Domicilio del suceso:
luis spota

Paciente desconocido
paciente desconocido y asi

Filiacion:
la filiacion desconocida

Vestimenta: pantalon rojo rotio

Coloracion de piel: rojo rojo amarillo

Sitio de atención: Hogar **Tipo de servicio:** Urgencias
Motivo de consulta: ['Cefalea', 'Sincope', 'Incontinencia'] **Tipo de evento:** Traumaticos
['Craneal', 'Craneoencefalico']
Estado de las pupilas:
Ojo Izquierdo: ['Isocoria', 'Midriasis']
Ojo Derecho: ['Miosis', 'Anisocoria']

Via aerea:

Medicamentos:

Padecimiento actual:
sdf sdfsd sdf sdfsd fsd

Hora	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia respiratoria	Presion arterial	Temperatura	Saturacion de O2	Glucometria	Glasgow
12:31	120	121	122	123	124	125	126
12:41	220	321	422	523	624	725	826

Antecedentes patologicos:

Diabetes mellitus Si sdfg sdf sdfsd fsdf

Hipertensión arterial:Si sd fsdf sdfsd sdf

Cardiopatias No NA

Neumopatias No NA

Quirurgicos/trauma: No NA

Alergias No NA

Otros NA

Exploracion Fisica	Descripcion de lesiones
NORMAL	
Cabeza Si rsa asdfg sdfgdfs gdf	
Cara Si sdfg dfgdf gdfg	
Cuello NA NA	
Tórax No NA	
Abdomen No NA	
Extremidades No NA	
Genitales No NA	
Columna No 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:
NA

Impresion Diagnostica

sd fsdf sdf sd



Derivación: Si
Hospital: dalinde
Estado de salud: Estable
Médico que recibe: este es el medico
Costo: \$ 120

Estoy enterado de la impresion diagnostica y condiciones de mi paciente:

Responsable: sdfsd fsdfsd f
Parentesco o relación: sd fsdf sdf
Firma
Medico: Dr.Chapatin
Cedula Profesional: XXX-XXXX-XXX
TUM: Cacharpo
Operador: El Operador

En todos los casos se sugiere acudir lo mas pronto posible con su médico tratante, con el objetivo de dar continuidad a su diagnostico y tratamiento.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Debido a que no es deseo del, X1
en su conocimiento de PACIENTE RESPONSABLE X2 llevar a cabo las indicaciones y exortaciones de ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS X3 TRASLADO AL HOSPITAL X4 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 codigo Civil vigente para la Ciudad de Mexico y los demas relativosy aplicaciones de la Republica Mexicana.
RESPONSABLE:

FIRMA

Aviso de privacidad: www.vidauno.com.mx

Estoy en conocimiento de mis derechos bajo la ley Federal de proteccion de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicado en en el Diario Oficial el 5 de julio del 2010, pudiendo consultar nuestro aviso de privacidad publicado en nuestra pagina web <http://www.vidauno.com>, pudiendo ejercer mis derechos "ARCO", salvo las excepciones concernientes en la misma ley en los datos sensibles de importancia medica protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente medico protegido por la norma oficial Mexicana NOM-044-SSA3-2012, del expediente clinico.

Firma del paciente o responsable

Tratamiento

sd fsdf sdf sd