





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-001
No. de socio	F55 - Lillia Sanchez Jaime						
Nombre completo	Lillia Sanchez Jaime						
Domicilio del suceso	NA						
Sexo:	NA	Edad:	0	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"/>	Vía área	Estado de pupilas	Isocoria	
Tipo de servicio: NA		Traumáticos	<input type="checkbox"/>			Midriasis	
				Miosis			
				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

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

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

Costo:\$ NA

Responsible NA

Parentesco o relación NA
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 (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 e información 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