

FECHA:	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	HORA DE FIN DE ATENCIÓN MÉDICA

Folio de la hoja

GRADO 1 GRADO 2 GRADO 3

Código de servicio Unidad Móvil Tipo de unidad No. Placas  
No. de socio  
Nombre completo  
Domicilio del suceso  
Sexo: Edad: Paciente desconocido  
Filiación  
Vestimenta Coloración de piel

Sitio de atención:	Motivo de la consulta:	No traumáticos Traumáticos	Vía área	Estado de pupilas	Isocoria
Tipo de servicio:					Midriasis
					Miosis
			Anisocoria		

Hemoderivados	Soluciones	Dosis	Cardiovascular	Desfibrilación	Dosis	Farmacológico	Fármaco	Dosis	Hrs.	Inmovilización
	Hemoderivado	Dosis		Cardioversión	Dosis		Aminas	Dosis	Hrs.	

Padecimiento actual:

Antecedentes patológicos: Tiempo de evolución y terapéutica actual  
Datos base:  
Diabetes mellitus:  
Hipertensión arterial:  
Cardiopatías:  
Neumopatías:  
Quirúrgicos/trauma:  
Alergias:  
Otros:

Signos Vitales:

Hora	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Temperatura	Saturación de O2	Glucometría	Glasgow

--	--	--	--	--	--	--	--

Exploración física:

Normal

Descripción de lesiones

Cabeza:

Cara:

Cuello:

Tórax:

Abdomen:

Extremidades:

Genitales:

Columna vertebral:

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

Impresión diagnóstica:

Tratamiento:

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 RESPONSABLE llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS TRASLADO AL HOSPITAL 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