





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:	12	Paciente desconocido	NA		
Filiación	NA						
Vestimenta	NA			Coloración de piel	NA		

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

<b>Hemoderivados</b>	Soluciones	Dosis	<b>Cardiovascular</b>	Desfibrilación	Dosis	<b>Farmacológico</b>	Fármaco	Dosis	Hrs.	<b>Inmovilización</b>	
	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

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 patitas

Cédula profesional dasdasd

TUM: Con Tum

**Operador:** el faisán

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: 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](http://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**