

FECHA	HORA DE SALIDA	HORA DE ARRIBO	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA	HORA DE INICIO DE ATENCIÓN MEDICA

**Código de servicio:** U-01  
**Unidad Móvil:** U-02  
**Tipo de unidad:**  
Asistencia Basica  
**No.Placas:** 617-VBL



**Medico:**  
Cedula Profesional  
TUM  
**Operador:**

Folio

Hora	Frecuencia Cardiac	Frecuencia respiratoria	Presion arterial	Temperatura	Saturacion de O2	Glucometria	Glasgow

Paciente

No. de Socio:

Teléfono:

Sexo:

Edad:

Nombre completo:

Domicilio del suceso:

Paciente desconocido

Filiacion:

Vestimenta:

Coloracion de piel

Sitio de atención:

Motivo de consulta:

Via aerea:

Medicamentos:

Tipo de servicio

Tipo de evento:

Estado de las pupilas:

Padecimiento actual:

Antecedentes patologicos:

Exploracion Fisica

NORMAL

Descripcion de lesiones

Electrocardiograma:

Ritmo:

Frecuencia:

Onda P:

PR:

Eje QRS:

QRS:

ST:

Onda T:

QT:

Anormalidades:

Interpretacion electrocardiográfica:

Impresion Diagnostica

Tratamiento