

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

Folio de la hoja 122

GRADO 1 ☒ GRADO 2 ☐ GRADO 3 ☐

Código de servicio 11 Unidad Móvil M011 Tipo de unidad ASISTENCIA BAS No. Placas QPR-001
 No. de socio F55 - Lillia Sanchez Jaime Teléfono 5556782349
 Nombre completo Lillia Sanchez Jaime
 Domicilio del suceso 10x1
 Sexo: NA Edad: 0 Paciente desconocido NA
 Filiación NA
 Vestimenta NA Coloración de piel NA

Sitio de atención:	Motivo de la consulta:	No traumáticos <input checked="" type="checkbox"/>	Tramáticos <input type="checkbox"/>	Via área	Estado de pupilas
Hogar					
Tipo de servicio:					
NA					
					Isocoria
					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:

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

Tiempo de evolución y terapéutica actual

Signos Vitales:

Hora	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Temperatura	Saturación de O2	Glucometria	Glasgow
19:09	100	10	120/80	24	98	90	8

Exploración física:

Normal
 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

Descripción de lesiones

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:
 Responsable NA
 Parentesco o relación NA Firma
 Nombre y firma del médico Dr. Chapatin
 Cédula profesional XXX-XXXX-XXX
 TUM: Cacharpo
 Operador: sdffsdf
 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 () NA en su conocimiento de
 PACIENTE ☐ RESPONSABLE ☐ llevar a cabo las indicaciones y exhortaciones de: TENCION 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 derivarse 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