



Servicio de ambulancias
Dentro y fuera de la ciudad.
Las 24 horas del día.
Los 365 días del año

0002586



| | | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------|---------------|--------|-----------|------------|
| INSTITUCION | UNIDAD OPERATIVA | CODIGO US | Nº AMBULANCIA | CIUDAD | PROVINCIA | Nº DE HOJA |
| IESS | Ambulancia Vida Salud | - | 01 | Quito | Pichincha | - |

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|-------|
| 1 DATOS GENERALES | | | | | | |
| NOMBRE DE LA VICTIMA | DIRECCION DEL SUENTO | FECHA Y HORA DEL SUENTO | FECHA Y HORA DE LA ATENCION | INTERROGATORIO DE SINTOMAS | GRUPO SANGUINEO | OTROS |
| Abasolo Chicongo Jesus | Av. Eloy Alfaro y Pinos | 08/08/23 16:32 PM | 08/08/23 16:50 PM | NO APLICA | - | - |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------------|----------------|--|--|--|--|
| 2 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO | | | | | | | | | |
| 1. VENTILACION | 2. CORDON | 3. CUELLO | 4. TORSO | 5. EXTREMIDADES | 6. SALUD CHECK | | | | |
| - | - | - | - | - | - | | | | |

Pac. consciente orientado, color cutáneo rosado sin deformidad, tórax con expansión conservada, ruidos cardíacos precorales, abdomen blando depresible, extremidades inferiores sin deformidad + anastomosis en zona de corte.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR: Trauma Helicopto del Estomago en expedición (C.169)

| | | | | | | | | | |
|------------------|-------|-------------|------------------|--------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|
| 3 SIGNOS VITALES | | | | | | | | | |
| LUGAR | PULSO | TEMPERATURA | PRESION ARTERIAL | SAT O2 | FRECUENCIA RESPIRATORIA | APERTURA GLOTTAL | RESPUESTA VERBAL | RESPUESTA MOTORA | TOTAL GLASSGOW |
| ECG | 68 | 36.3 | 119/74 | 95 | 16 | 4 | 5 | 6 | 15 |
| TRANSPORTE | 70 | 36.7 | 116/72 | 95 | 16 | 4 | 5 | 6 | 15 |
| ENTREGA | 68 | 36.7 | 118/73 | 95 | 17 | 4 | 5 | 6 | 15 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 4 TRAUMA | | | | | | | | | |
| ACCIDENTE | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO | VEHICULO |
| IMPACTO FRONTAL | IMPACTO LATERAL | IMPACTO POSTERIOR | IMPACTO ANTERIOR | IMPACTO SUPERIOR | IMPACTO INFERIOR | IMPACTO SUPERIOR | IMPACTO INFERIOR | IMPACTO SUPERIOR | IMPACTO INFERIOR |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-----------|---------|---------|----------|---------------------|------------|----------------|----------------|
| 5 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL | | | | | | | | | |
| FECHA ULTIMA MENSTRUACION | FECHA DE EMBARAZO | GESTACION | PARIDAD | ABORTOS | CESAREAS | CONTRACCIÓN UTERINA | INTENSIDAD | FECHA DE PARTO | FECHA DE PARTO |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 6 PARO CARDIO RESPIRATORIO | | | | | | | | | |
| PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO | PRESENCIA DE PARO CARDIO RESPIRATORIO |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 LOCALIZACION DEL TRAUMA | | | | | | | | | |
| NO APLICA | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8 PROCEDIMIENTOS | | | | | | | | | |
| NO APLICA | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8 CONDICION DE LLEGADA AL HOSPITAL | | | | | | | | | |
| MORTO - COMA - SHOCK - GITUROS - SHOCK | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 DERIVACION | | | | | | | | | |
| A DOMICILIO - A OTRO LUGAR | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| REGA DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| 20:10 PM CARGO DE QUIEN ENTREGA: Paramedico RESPONSABLE QUE ENTREGA: Cristian Lora | | | | | | | | | |
| 20:13 PM CARGO DE QUIEN RECIBE: Paramedico RESPONSABLE QUE RECIBE: Nexandra | | | | | | | | | |

Santo Domingo.

Atención Hospitalaria (1)



Servicio de ambulancias
Dentro y fuera de la ciudad.
Las 24 horas del día,
los 365 días del año

0002586



1 MEDICAMENTOS

| N° | MEDICAMENTO | PRESENTACION | CONSUMO | N° | MEDICAMENTO | PRESENTACION | CONSUMO |
|----|-------------|--------------|---------|----|-------------|--------------|---------|
| 01 | | | | 06 | | | |
| 02 | | | | 07 | | | |
| 03 | | | | 08 | | | |
| 04 | | | | 09 | | | |
| 05 | | | | 10 | | | |

2 INSUMOS MEDICOS

| N° | INSUMO | PRESENTACION | CONSUMO | N° | INSUMO | PRESENTACION | CONSUMO |
|----|----------------------|--------------|---------|----|-----------------------|--------------|---------|
| 01 | APPOSITOS | | | 11 | ESPIRADORIO | | |
| 02 | AGUA TORACOCENTESIS | | | 12 | GUANTES DESECHABLES | XL | 2 puros |
| 03 | BAJA LENSURE | | | 13 | GASAS | | |
| 04 | BIGOTERA | | | 14 | JERINGUILLAS | | |
| 05 | CANULA DE GUEDEL | | | 15 | MASCARILLA DE OXIGENO | | |
| 06 | CLAMP UMBILICAL | | | 16 | TUBO ENDOTRAQUEAL | | |
| 07 | COMBITUBE | | | 17 | SONDA VESICAL | | |
| 08 | CATERETER VENOSO | | | 18 | SONDA NASOGASTRICA | | |
| 09 | GRUPO DE VENOSOLUBLE | | | 19 | SUTURAS | | |
| | | | | 21 | TUBO DE TORNAS | | |
| | | | | 22 | TAPON NASAL | | |
| | | | | 23 | VENDAS | | |
| | | | | 24 | | | |
| | | | | 25 | | | |
| | | | | 26 | | | |
| | | | | 27 | | | |
| | | | | 28 | | | |
| | | | | 29 | | | |

3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)

No Aplico

HOMBRE DEL QUE RECIBE: _____ FIRMA: _____ HOMBRE DEL QUE RECIBE: _____ FIRMA: _____

5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

REFUSA TRATAMIENTO: _____ REFUSA TRASLADO: _____ NOMBRE: _____ CEDULA: _____ FIRMA: _____

HORA: _____ CAUSA: _____

6 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO

REFUSA RECEPCION: _____ NOMBRE: _____ CEDULA: _____ FIRMA: _____

HORA: _____ CAUSA: _____

4 OBSERVACIONES

Servicio de Ambulancias desde el H. Salca a su domicilio ubicada en Santo Domingo.

Xm 1. 7692 Km

Km 2: 8026 Km.

Km Total: 334 Km.