



**Cruz Roja Ecuatoriana**  
Junta Provincial de Pichincha

NUMERO DE  
HOJA

0001094

**A. DATOS DE LA AMBULANCIA**

ENTIDAD DEL SISTEMA	BASE FISICA	UNICODIGO	N° AMBULANCIA	TIPOLOGIA	ZONA

**B. DATOS GENERALES**

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA  
ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CÉDULA	PASAPORTE	CARNET DE REFUGIADO	SIN IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO PATERNO	
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	EDAD	Condición de la edad	HORAS	MESES
FECHA DE DESPACHO	HORA DE DESPACHO	DIRECCION DEL EVENTO		ESCENARIO DEL EVENTO	
DD/MM/AAAA	24 HORAS				
ISSFA		ISSPOL	IESS	NINGUNO	SEGURO PRIVADO
DESCRIBA		SPPAT		PLACA VEHICULO	

**C. INTERROGATORIO**

ANTECEDENTES DEL EVENTO, CINEMATICA, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, ADICCIONES

ALERGIAS:	DISCAPACIDAD:	AUDITIVA	VISUAL	FISICA	INTELLECTUAL	PSICOSOCIAL
Paciente con dolor de cabeza en la zona occipital y nuca, acompañado de náuseas y vómitos, sin pérdida de conciencia.						

**D. CONSTANTES VITALES**

HORA	F.C. /min	TEMPERATURA °C	TENSION ARTERIAL mm/Hg	F.R. /min	SPO <sub>2</sub>	GLUCOSA mg/dl	ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)				ESCALA REVISADA DE TRAUMA (RTS)				EXAMEN PUPILAR			
							OCULAR	VERBAL	MOTOR	TOTAL	ECG	TAS	FR	TOTAL	REACTIVIDAD	OD: SI	NO	OS: SI
			1		%					/15				/12				
10:00	72	36.5	120/80	20	95%	4.5	5	8	15	/15	12	12	12	/12	ISOCORIA		ANISOCORIA	
11:00	72	36.5	110/70	20	95%	4		6	1	/15				/12	MIOSIS		MIORIASIS	

**E. EXAMEN FISICO**

1. CARA	2. CRANEO	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. PELVIS, INGLE-PERINE	7. COLUMNA	8. EXTREMIDADES SUPERIORES	9. EXTREMIDADES INFERIORES	10. SIN PATOLOGIA APARENTE
Paciente consciente, orientado, sin alteraciones de conciencia.									

**F. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

1. Dolor de cabeza	CIE 10
2. Náuseas y vómitos	CIE 10

**G. PROCEDIMIENTOS**

VIA AEREA	MANUAL	CANULA O.F.	CANULA N.F.	DISPOSITIVO SUPRAGLOTICO	INTUBACION OROTRAQUEAL	PUNCIÓN CRICOTIROIDEA	MEDICACION DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION				
VTP	VENTILACION MANUAL	CANULA NASAL	MASCARILLA	BVM	O2	VENTILACION MECANICA	AUTORIZADO POR	MEDICACION	DOSIS	VIA DE ADMIN	HORA
MODULO VENTILATORIO	ASISTIDO	ESPONTANEO	PEEP	VOLUMETICO	FR	FRIO2					
CONTROL DE HEMORRAGIA	PRESION DIRECTA	VENDAJE COMPRESIVO	CANALIZACION DE VIAS	INTRAVENOSA	INTRA OSEA						
INMOVILIZACION	COLLAR CERVICAL	FERULAS RIGIDAS	F.E.L.	CHALECO DE EXTRICACION	FERULA DE TRACCION						
DESCOMPRESION TORACICA	SONDAJE VESICAL	LAVADO GASTRICO	EKG								

**OTROS PROCEDIMIENTOS**

**H. TRAUMA**

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

ACCIDENTES DE TRANSITO				VIOLENCIA				ACCIDENTE				AUTO AGRESION			
ACCIDENTE VEHICULAR	ACCIDENTE MOTO	ACCIDENTE BICICLETA	OTRO	VICTIMA CONDUCTOR	AGRESION FISICA	AGRESION INTRAFAMILIAR	AGRESION SEXUAL	CUERPO EXTRAÑO							
VICTIMA PASAJERO	ASIENTO DELANTERO	ASIENTO TRASERO	EYECTADO DEL VEHICULO	CAIDO DE VEHICULO	VICTIMA PEATON	ATROPELLO	SUMERSION	EXPLOSION	APLASTAMIENTO	ELECTROCUCION					
IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	VOLCAMIENTO	ATRAPADO	TIEMPO DE RESCATE	min	ARMA DE FUEGO	ARMA CORTANTE	ARMA PUNZANTE	AMPUTACION					
AIRBAG ACTIVADO	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	CHALECO AIRBAG	ROPA DE PROTECCION	OTROS ESPECIFIQUE						CAIDA (ALTURA APROX.)	metros			

**LOCALIZACION**

SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA

	1. HERIDA PENETRANTE	6. FRACTURA EXPUESTA	11. MORDEDURA
	2. HERIDA NO PENETRANTE	7. FRACTURA CERRADA	12. CUERPO EXTRAÑO
	3. HERIDA CORTANTE	8. HEMATOMA	13. QUEMADURA
	4. ESGUINCE	9. AMPUTACION	14. CONTUSION
	5. LUXACION	10. OBJETO EMPALADO	15. DOLOR

I. EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATAL										MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR										PARTO		ABORTO	
FUM		DD/MM/AAAA		SEMANA DE GESTACIÓN		GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESÁREAS		EXPULSIVO									
MEMBRANAS ÍNTEGRAS		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO DE RUPTURA		MOVIMIENTO FETAL		SI		NO		FRECUENCIA CARDÍACA FETAL		SCORE MAMA		CONTRACCIONES UTERINAS		HORA		DURACIÓN		FRECUENCIA	
PRESENTACIÓN		DILATACIÓN		BORRAMIENTO		PLANO		ALTURA UTERINA								24 HORAS		24 HORAS		24 HORAS			
FECHA NACIMIENTO		DD/MM/AAAA		HORA DEL NACIMIENTO		24 HORAS		APGAR 1 MINUTO		/10		APGAR 5 MINUTOS		/10		SEXO R.N.							
J. PARO CARDIO RESPIRATORIO																							
PRESENCIADO		NO PRESENCIADO		RCP POR PERSONAL ENTRENADO		RCP POR LEGO		RCP EN VÍA PÚBLICA		RCP EN AMBULANCIA		TERAPIA ELÉCTRICA		MEDICACIÓN									
TIEMPO APROXIMADO DE RCP PREVIO ARRIBO PERSONAL SANITARIO		min		HORA INICIO RCP		24 HORAS		HORA FINAL RCP		24 HORAS		RCP BÁSICO		RCP AVANZADO									
OBSERVACIONES																							
K. ESTABILIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD																							
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		N/A										SERVICIO		FECHA		DD/MM/AAAA		HORA		24 HORAS			
DATOS DE QUIEN ESTABILIZA		APELLIDOS		NOMBRES		CARGO		FIRMA / SELLO															
CAUSA		N/A										N/A											
L. CUSTODIA DE PERTENENCIAS																							
DATOS DE QUIEN ENTREGA		APELLIDOS		NOMBRES		CARGO		FIRMA / SELLO ENTREGA															
DATOS DE QUIEN RECIBE		APELLIDOS		NOMBRES		CARGO / PARENTESCO		FIRMA / SELLO RECIBE															
DESCRIPCIÓN		N/A																					
M. DESCARGO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS																							
Nº		MEDICAMENTO / DISPOSITIVO		PRESENTACIÓN		CONSUMO		Nº		MEDICAMENTO / DISPOSITIVO		PRESENTACIÓN		CONSUMO		Nº		MEDICAMENTO / DISPOSITIVO		PRESENTACIÓN		CONSUMO	
1		Oxígeno		Litros		2		5								9							
2								6								10							
3								7								11							
4								8								12							
N. OBSERVACIONES																							
Paciente solicita transporte secundario a casa asistencial de tratamiento permanente por enfermedad terminal Solca																							
O. DATOS FAMILIARES / ACOMPAÑANTES																							
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA		PASAPORTE		CARNET REFUGIADO		SIN IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO													
P. EQUIPO DE RESPUESTA DE LA UNIDAD																							
CARGO		APELLIDOS		NOMBRES		CARGO		APELLIDOS		NOMBRES													
OPERADOR V. EMERGENCIA		Bryan Camacho				RADIO DESPACHADOR																	
PROFESIONAL DE SALUD 1		Cristina Diaz G				EVALUADOR PREHOSPITALARIO																	
PROFESIONAL DE SALUD 2						DATOS DE LA UNIDAD		SALIDA DE BASE		LLEGADA A BASE		HORAS EN BASE/CLAVE											
PROFESIONAL DE SALUD 3						KILOMETRAJE						1											
Q. RADIO DESPACHO																							
R. DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE																							
ATENCIÓN EN EL LUGAR		AMERITA TRASLADO		SI		NO		TRASLADO A ESTABLECIMIENTO DE SALUD		PRESENCIA DE SIGNOS VITALES		AUSENCIA DE SIGNOS VITALES											
NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD		Hospital de Especialidades Solca		HORA LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		21:05		HORA DE FIRMA		24 HORAS		FIRMA / SELLO ENTREGA											
DATOS DE QUIEN RECIBE		APELLIDOS		Pillap Balladras		NOMBRES		Diana		CARGO		Redo		FIRMA / SELLO RECIBE									
DATOS DE QUIEN ENTREGA		APELLIDOS		Diaz Grijia		NOMBRES		Cristina Alexandra		CARGO		Paramédico		FIRMA									
S. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD																							
REHUSA ATENCIÓN		REHUSA TRASLADO		REHUSA TRATAMIENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA															
APELLIDOS				NOMBRES																			
OBSERVACIONES																							