



NOTA MÉDICA

NOMBRE DE UNIDAD MÉDICA / HOSPITAL

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masc ☐ Fem ☐

Fecha y hora de ingreso: _____ Aseguradora: _____ Póliza: _____

Llega en: Ambulancia: _____ Vehículo particular: _____ Por su pie: _____ Fecha y hora del accidente: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

AHF, APP, APNP:

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Adicciones: _____

Otros: _____

☐ ACC. DE AUTO

☐ Alcance

☐ Choque frontal

☐ Choque lateral

☐ Volcadura

☐ Conductor

☐ Pasajero

☐ Asiento delantero

☐ Asiento posterior

☐ Cinturón de seguridad

☐ Bolsa de aire

☐ Expulsado vehículo

MECANISMO DE LA LESIÓN

☐ ACC. MOTOCICLETA

☐ Conductor

☐ Pasajero

☐ Casco puesto

☐ Ropa protectora

☐ ACC. BICICLETA

☐ Casco puesto

☐ PEATÓN ATROPELLADO

☐ ACC. ESCOLAR

☐ Caída

☐ Lesión deportiva

☐ Lesión traslado

☐ Otro

☐ OTROS

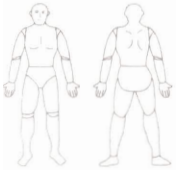
EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales. Temp: _____ °C Talla: _____ Peso: _____ Kg. TA: _____ FC: _____ FR: _____ Pulso: _____

Rots: _____ Glasgow: _____ Estado general: _____

Mecanismo de lesión al momento del siniestro: _____

y que posteriormente presenta:



IDENTIFICAR SITIO POR NÚMERO

1. Laceración

2. Abrasión

3. Hematoma

4. Contusión

5. Deformidad

6. Fractura expuesta

7. Quemadura

8. Frio

9. Edema

10. Amputación

11. Avulsión / Desgarro

12. Dolor

EXPLORACIÓN FÍSICA

RX SOLICITADAS: Cráneo # _____ Col. Cervical # _____ C. Dorsal # _____ C. Lumbar # _____ Torax PA # _____ Óseo # _____ Abdomen # _____ Hombro # _____ Brazo # _____

Antebrazo # _____ Mano # _____ Muslo # _____ Pierna # _____ Tobillo # _____ Pie # _____ Pelvis # _____ Otras # _____

Ultrasonido ☐ RMN ☐ TAC ☐ Otros Estudios ☐

DESCRIPCIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN

DIAGNÓSTICO

Firma del paciente al recibir resultado radiográfico

MEDICAMENTO (NÚMERO DE CAJAS Y PRESCRIPCIÓN)

Firma del paciente al recibir diagnóstico

Interconsulta: Si ☐ No ☐ Con la especialidad de: _____

Firma del paciente al recibir medicamentos

Inmovilización ☐ Collarín Blando ☐ Collarín Semirígido ☐ Collarín Philadelphia ☐ Cabestrillo ☐ Faja ☐ Férula ☐ Otro ☐

Curaciones ☐ Suturas ☐ INSTRUCCIONES: Uso por: _____ días Con retiro para: _____

OBSERVACIONES: _____

PRONÓSTICO: _____

Firma del paciente al recibir órtesis

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:

CED. PROF.:

El médico que suscribe legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión dictamina haber evaluado médicamente al paciente arriba mencionado.

PARA QUEJAS O SUGERENCIAS, FAVOR DE COMUNICARSE LAS 24 HORAS A LADA SIN COSTO 01-800-3MEDICA (01-800-3-633422) SI REQUIERE HOSPITALIZACIÓN:

Motivó:	Si se traslada ¿A dónde?:	Fecha y Hora:
Autoriza:	Datos de la Ambulancia:	