

FICHA DE DATOS PREHOSPITALARIO

OBRA SOCIAL: INSSEP ☐ PROFE ☐ PAMI ☐ Plan Nacer ☐ ART ☐ OTRAS: _____
N° DE AFILIADO _____ FECHA ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

EDAD: _____ AÑOS SEXO: M ☐ F ☐ DNI: _____

DOMICILIO: _____

LUGAR DE ATENCION: _____

N° SERV. _____ N° MOVIL: _____

Hs. de REC. LLAMADO _____ Hs. de SALIDA _____ Hs. QTH _____ Hs. DISP. _____ Hs. BASE _____

MEDICO DR _____

ENFERMERO _____ CHOFER _____

CODIGO DE SALIDA: ROJO ☐ AMARILLO ☐ VERDE ☐ CALLE: PAVIMENTO ☐ TIERRA ☐ RIPIO ☐ BARRO ☐

CODIGO DE LLEGADA: ROJO ☐ AMARILLO ☐ VERDE ☐

CLIMA: NIEBLA ☐ NUBLADO ☐ LLUVIA ☐ LLOVIZNA ☐ GRANIZO ☐ SOL ☐ DIA ☐ NOCHE ☐

KM SAL _____ KM QTH _____ KM DISP. _____ KM BASE _____ LUGAR DE ATENCION RIESGOSA SI ☐ NO ☐

MOTIVO DEL LLAMADO _____

TIPO DE ATENCION

COMISARIA <input type="checkbox"/>	ATENCION DOMICILIARIA <input type="checkbox"/>	LESION POR VEH. A MOTOR <input type="checkbox"/>	COBERTURA <input type="checkbox"/>
DERIVACION A ESTUDIOS <input type="checkbox"/>	DERIVACION DE CTRO. DE SALUD <input type="checkbox"/>	VIA PUBLICA <input type="checkbox"/>	
TRASLADO: URBANO <input type="checkbox"/>	LARGA DISTANCIA <input type="checkbox"/>	ALTO RIESGO <input type="checkbox"/>	BAJO RIESGO <input type="checkbox"/>
HERIDA ARMA FUEGO <input type="checkbox"/>	HERIDA ARMA BLANCA <input type="checkbox"/>	AGRESION POR 3° <input type="checkbox"/>	
CAIDA DE ALTURA <input type="checkbox"/>	CAIDA DE MISMO NIVEL <input type="checkbox"/>	AHOGAMIENTO <input type="checkbox"/>	ASFIXIA <input type="checkbox"/>
DERRUMBE <input type="checkbox"/>	EXP. A INCLEMENCIAS CLIMATICA <input type="checkbox"/>	INTENTO DE SUICIDIO <input type="checkbox"/>	EXPLOSION <input type="checkbox"/>
QUEMADURAS: FUEGO <input type="checkbox"/>	ACIDO <input type="checkbox"/>	SOLDADURAS <input type="checkbox"/>	TERMICAS <input type="checkbox"/>
	SUST. QUIMICAS <input type="checkbox"/>		

DATOS DEL TRAUMA

AUTO ☐ MOTO ☐ CAMION ☐ COLECTIVO ☐ BICICLETA ☐ CARRO ☐ TREN ☐ AVION ☐ ELE. FIJO ☐ ANIMAL ☐

SITUACION: PEATON ☐ ACOMPAÑANTE ☐ CONDUCTOR ☐ CANTIDAD DE LESIONADOS _____ ☐

IMPACTO: FRONTAL ☐ POSTERIOR ☐ LATERAL ☐ INFERIOR ☐ SUPERIOR ☐

AUTO ☐ MOTO ☐ CAMION ☐ COLECTIVO ☐ BICICLETA ☐ CARRO ☐ TREN ☐ AVION ☐ ELE. FIJO ☐ ANIMAL ☐

CONDICION: CHOQUE ☐ VUELCO ☐ RODAMIENTO ☐ ATRAPAMIENTO ☐ VICTIMA EXPULSADA ☐

SEGURIDAD: BANDOLERA ☐ CINTURON ☐ APOYA CABEZA ☐ CASCO ☐ AIR BAG ☐ NINGUNO ☐

EXAMEN MEDICO

PC. _____ FR. _____ T° _____ TA. _____ / _____ GLASGOW _____ O. _____ V. _____ M. _____

RESPIRACION

EUPNEICO <input type="checkbox"/>	APNEA <input type="checkbox"/>	CIANOSIS <input type="checkbox"/>	DISNEA <input type="checkbox"/>	HIPERVENTILACION <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEA <input type="checkbox"/>	PARADOJAL <input type="checkbox"/>
TORAX INESTABLE <input type="checkbox"/>	GASPING <input type="checkbox"/>	ESTRIDOR <input type="checkbox"/>				
VIA AEREA: PERMEABLE <input type="checkbox"/>	OBSTRUIDA <input type="checkbox"/>	VOMITO <input type="checkbox"/>	SANGRE <input type="checkbox"/>			CUERPO EXTRAÑO <input type="checkbox"/>
HEMITORAX DERECHO: ENTRADA DE AIRE: NORMAL <input type="checkbox"/>		DISMINUIDA <input type="checkbox"/>				AUSENTE <input type="checkbox"/>
PERCUSION: NORMAL <input type="checkbox"/>		MATE <input type="checkbox"/>				HIPERSONORIDAD <input type="checkbox"/>
RUIDOS AGREGADOS: RONCUS <input type="checkbox"/>		SIBILANCIAS <input type="checkbox"/>				OTROS <input type="checkbox"/>
HEMITORAX IZQUIERDO: ENTRADA DE AIRE: NORMAL <input type="checkbox"/>		DISMINUIDA <input type="checkbox"/>				AUSENTE <input type="checkbox"/>
PERCUSION: NORMAL <input type="checkbox"/>		MATE <input type="checkbox"/>				HIPERSONORIDAD <input type="checkbox"/>
RUIDOS AGREGADOS: RONCUS <input type="checkbox"/>		SIBILANCIAS <input type="checkbox"/>				OTROS <input type="checkbox"/>

CIRCULACION

RUIDOS CARDIACOS: NORMAL ☐ HIPOFONETICOS ☐ AUSENTES ☐ SOLFLOS ☐

PULSO: REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ FILIFORME ☐ AUSENTES ☐ RADIAL +/- FEMORAL +/- CAROTIDEO +/-