



Fecha: _____

Folio: _____

FORMATO DE ATENCION PREHOSPITALARIA
PROTECCION CIVIL ZINACANTEPEC

I. Control:

Número de ambulancia: _____
Operador: _____
Prestadores del servicio: _____

VI. Evaluación Inicial:

Nivel de Consciencia: _____
Vía aérea: Permeable Comprometida Reflejo deglución SI NO
Ventilación: _____
Inspección: _____

Cronometría							
Km de Salida	Hora Llamada	Hora Salida	Hora Llegada	Hora Traslado	Hora Hospital	Hora Base	Km de Llegada

Auscultación: _____

Pulso: _____ Calidad: _____
Piel: _____

II. Datos del servicio:

Calle: _____

Entre: _____
y _____
Colonia: _____
Delegación y/o Municipio: _____
Lugar de Ocurrencia: _____

Exploración Física: (especifique)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

III. Datos del paciente:

Nombre: _____

Pupilas: _____

Sexo: M F Edad:
Años Meses

Hora	FR	FC	TAS	TAD	SaO2	Temp	Gluc	Li. Cap	ECG	TSM

Domicilio: _____

Prioridad: _____

Colonia: _____

Teléfono: _____

Delegación: _____

Ocupación: _____

A: _____

M: _____

P: _____

L: _____

E: _____

IV. Causa traumática:

Agente Causal: (especifique) _____

Accidentes automovilísticos:

Colisión: SI NO Volcadura: SI NO
Contra objeto: FIJO MOV Impacto: Frontal Lateral Posterior
Parabrisas: Integro Roto Volante: Integro Doblado
Bolsa de aire: SI NO Cinturón de seguridad SI NO
Dentro del vehículo: SI NO

VII. Gineco Obstetricia:

Gesta: _____ Para _____ Abortos _____ Cesáreas _____
Inicio de Contracciones: _____ Duración: _____
Sangrado Transvaginal Anormal: SI NO Hora de Inicio _____

Fecha de última regla _____

V. Alteración Clínica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratoria | <input type="checkbox"/> Digestiva |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Gineco Obstetrica |
| <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Urogenital |
| <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Emocional |
| <input type="checkbox"/> Músculo esquelética | <input type="checkbox"/> Otra |

Datos posparto:
Hora de Nacimiento: _____ Lugar: _____
Placenta Expulsada: SI NO

Producto: Vivo Muerto Sexo: Masc Fem
Apgar: _____ Silverman: _____
1er Minuto 5 Minutos

Especifique: _____

VIII. Tratamiento:

Vía aérea: _____

Control Cervical: _____

Oxigenoterapia: _____

Dispositivo: _____

Its x minuto: _____

Asistencia Ventilatoria: **SI NO**

Dispositivo: _____

Frecuencia: _____ Volumen: _____

Control de Hemorragias:

P. Directa P. Indirecta

Elevación Otro

Especifique: _____

Vía Venosa **SI NO** Cantidad: _____

No. De Cateter:

Solución: _____

Cantidad: _____

Otros (especifique)

Fármacos, dosis, vía de administración

Médico (s) Responsable (s):

IX: Traslado:

Institución o lugar al que se traslada al paciente:

Helicóptero Matrícula:

NEGATIVA DE ATENCIÓN

Declaro que **NO** acepto las sugerencias que me hace el personal de ambulancia de Protección Civil Zinacantepec en cuanto al tratamiento y/o traslado a un Hospital; por lo que eximo a Protección Civil Zinacantepec y a dicho personal paramédico de toda responsabilidad que derive

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma de quien recibe

X. Datos Legales:

Vehículos Involucrados:

	TIPO Y MARCA	PLACAS
1.-	_____	_____
2.-	_____	_____
3.-	_____	_____
4.-	_____	_____

Autoridad (es) que tomaron conocimiento:

S. PUBLICA. _____ C.E.S. _____ P.F.P. _____ S. PRIVADA _____

Unidades: _____

Nombre del (os) oficial (es):

Pertenencias:

Nombre y firma de quien recibe pertenencias:

XI. Observaciones:

XII. Hospital Receptor

_____ Nombre y Firma (quien recibe)	_____ Nombre y Firma (quien entrega)
--	---

XIII Material Utilizado: (Especifique):

Material	Cantidad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

XIV. Ministerio Público: