



HORA DE REPORTE	HORA DE SALIDA	HORA DEL ARRIBO	HORA DE INGRESO HOSPITAL	HORA DE REGRESO BASE
UBICACIÓN DEL SERVICIO: _____				
CALLE _____				
MUNICIPIO: _____				
<b>LUGAR DE OCURRENCIA:</b>				
HOGAR	ESCUELA	TRABAJO	VÍA PÚBLICA	CARRETERA EDUCATIVO
OTRO _____				
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>				
NOMBRE: _____				
DIRECCIÓN PARTICULAR: _____				
AÑOS _____ MESES _____ GÉNERO H _____ M _____				
OCUPACIÓN: _____				
DERECHOHABIENTE: _____				
<b>CAUSA TRAUMÁTICA/AGENTE CAUSAL:</b>				
<b>ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO:</b>				
SOBRE LA COLISIÓN:		COLISIÓN	VOLCADURA	
IMPACTO:		FRONTAL	LATERAL	POSTERIOR
PARABRISAS:		INTEGRO	ROTO	
BOLSA DE AIRE:		ACTIVADA	NO ACTIVADA	
CINTURÓN DE SEGURIDAD:		PUESTO	NO PUESTO	
VOLANTE:		INTEGRO	DEFORMADO/ROTO	
DENTRO DEL VEHÍCULO:		SI	NO	EYECTADO
ATROPELLADO:		AUTOMOTOR	BICICLETA	MOTOCICLETA MAQUINARIA
FRACTURA		ESGUINCE		LUXACIÓN

**ESCALA COMA DE GLASGOW:**

ABERTURA OCULAR: ESPONTÁNEA.....4 REACCIÓN A LA VOZ 3 REACCIÓN AL DOLOR.....2 SIN RESPUESTA.....1	RESPUESTA VERBAL: ORIENTADO. CONVERSA.....5 DESORIENTADO CONVERSA.....4 PALABRAS INAPROPIADAS.....3 SONIDOS INCOMPRESIBLES.....2 SIN RESPUESTA.....1	RESPUESTA MOTORA ESPONTÁNEA OBEDECE ORDENES.....5 LOCALIZA EL DOLOR.....5 SE RETIRA AL DOLOR.....4 FLEXIÓN ANORMAL (DECORTICACIÓN).....3 EXTENSIÓN ANDROMAL (DESCEREBRACIÓN).....2 SIN RESPUESTA.....1
---	---	---

**CAUSA CLÍNICA/ORIGEN PROBABLE:**

NEUROLÓGICA	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIA	DIGESTIVA
METABÓLICO	UROGENITAL	GINECO-OBSTETRICO	INFECCIOSA
COGNITIVO EMOCIONAL	MUSCULO ESQUELÉTICO	ONCOLÓGICO	OTRO:

<b>QUEMADURAS:</b>		GRADO	LUGAR	PORCENTAJE
<b>VÍA AÉREA:</b>				
PERMEABLE	COMPROMETIDA	AUSENTE	PRESENTE	
<b>CIRCULACIÓN/PRESENCIA DE PULSO:</b>				
CAROTÍDEO	RADIAL	PARO CARDIO RESPIRATORIO		
<b>PUPILAS:</b>				
ISOCORIA/NORMAL 0 0	ANISOCORIA 0 0	MIDOSIS 0 0	MIDRIASIS 0 0	
<b>SIGNOS VITALES Y MONITOREO:</b>				
HORA:	FRECUENCIA CARDIACA:	FRECUENCIA RESPIRATORIA:		
TENSIÓN ARTERIAL:	GLUCOSA:	SATURACIÓN O2: SISTÓLICA/DIASTÓLICA TEMPERATURA:		
<b>CONTROL DE HEMORRAGIAS:</b>				
PRESIÓN DIRECTA	PRESIÓN INDIRECTA	X GRAVEDAD	CRIOTERA PIA	VENDAJE COMPRESIVO
<b>VÍAS VENOSAS:</b>				
LÍNEA IV #:	CATÉTER #:	SITIO DE APLICACIÓN:		
<b>TIPO DE SOLUCIONES:</b>				
HARTMAN	NALC 0.9%	MIXTA	GLUCOSA	OTRA
<b>CONDICIÓN DEL PACIENTE:</b>				
CRÍTICO	NO CRÍTICO	ESTABLE	INESTABLE	
<b>OBSERVACIONES:</b>				

YO EL C.

HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS MÉDICOS DE URGENCIAS NECESARIOS PARA MI PERSONA Y DE LA NECESIDAD DE SER TRASLADADO A UNA UNIDAD MÉDICA PARA QUE SE ME BRINDE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA ASÍ EVITAR COMPLICACIONES A MI SALUD Y AUMENTE EL NIVEL DE MORTALIDAD EN MI PERSONA, AUN CON ESTE CONOCIMIENTO ME REHUSÉ A SER TRASLADADO AL HOSPITAL CON EL CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES QUE MI DECISIÓN TRAERA, POR CONSECUENCIA, DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS DEL MUNICIPIO DE JOCOTITLÁN, MEX.

NOMBRE Y FIRMA DEL LESIONADO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO \_\_\_\_\_

PERSONAL QUE CUBRIÓ LA EMERGENCIA \_\_\_\_\_

ADmisIÓN AL HOSPITAL \_\_\_\_\_ AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO.