

| | | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|------------------------------|------------------------|
| HORA DE REPORTE | HORA DE SALIDA | HORA DEL ARRIBO | HORA DEL INGRESO AL HOSPITAL | HORA DE RETORNO A BASE |
| | | | | |

UBICACIÓN DEL SERVICIO:

| |
|-----------------|
| CALLE _____ |
| MUNICIPIO _____ |

LUGAR DE OCURRENCIA:

| | | | | | |
|-------|---------|---------|-------------|-----------|------------------|
| HOGAR | ESCUELA | TRABAJO | VIA PUBLICA | CARRETERA | CENTRO DEPORTIVO |
|-------|---------|---------|-------------|-----------|------------------|

OTRO _____

DATOS DEL PACIENTE:

| |
|--|
| NOMBRE: |
| DIRECCION PARTICULAR: |
| AÑOS: _____ MESES: _____ GENERO: H ___ M ___ |
| OCUPACION: |
| DERECHOAMBIENTE A: |

CAUSA TRAUMATICA/AGENTE CAUSAL:

| | | | | |
|--------|--------------------|------------------|--------------|--------------------|
| ARMA | JUQUETE | AUTOMOTOR | BICICLETA | PRODUCTO BIOLÓGICO |
| FUEGO | SUSTANCIA CALIENTE | SUSTANCIA TOXICA | MAQUINARIA | HERRAMIENTA |
| ANIMAL | SER HUMANO | EXPLOSION | ELECTRICIDAD | OTRO: |

ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO:

| | | | | | |
|----------------------------------|----------------|------------------------|-------------|------------|-----------|
| COLISION: | VOLCADURA: | | | | |
| SOBRE LA COLISION CONTRA OBJETO: | FIJO | MOVIMIENTO | | | |
| IMPACTO: | FRONTAL | LATERAL | POSTERIOR | | |
| PARABRISAS: | BOLSA DE AIRE: | CINTURON DE SEGURIDAD: | | | |
| INTEGRO | ROTO DOBLADO | SI | NO | PUESTO | NO PUESTO |
| VOLANTE: | INTEGRO | DEFORMADO /ROTO | | | |
| ATROPELLADO: | AUTOMOTOR | BICICLETA | MOTOCICLETA | MAQUINARIA | |
| DENTRO DEL VEHICULO: | SI | NO | EYECTADO | | |
| ESCALA DE GLASGOW: | | | | | |

CIRCULACION:

| | | | | |
|----------------------|-----------|--------|------------------------|-----------|
| PRESENCIA DE PULSOS: | CAROTIDIO | RADIAL | PAROCARDIORESPIRATORIO | |
| CALIDAD: | RAPIDO | LENTO | RITMICO | ARRITMICO |
| PIEL: | NORMAL | PALIDA | CIANOTICA | |

CAUSA CLINICA/ ORIGEN PROBABLE:

| | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|------------|
| NEUROLOGICA | CARDIOVASCULAR | RESPIRATORIO | DIGESTIVA |
| METABOLICO | UROGENITAL | GINECO-OBSTETRICA | INFECCIOSA |
| COGNITIVO EMOCIONAL | MUSCULO ESQUELETICO | ONCOLOGICO | |
| OTRO: | 1 VEZ | SUBSECUENTE | |

PARTO:

| | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|-----------|
| SEMANAS DE GESTACIO: | FECHA PROBABLE DE PARTO: | HORA DE INICIO DE CONTRACCIONES: | | |
| | | | | |
| FRECUENCIA: | DURACION: | HORA DE NACIMIENTO: | | |
| | | | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO: | PLACENTA EXPULSADA: | | | |
| | SI | NO | | |
| PRODUCTO: | SEXO: | | | |
| VIVO | MUERTO | FEMENINO | MASCULINO | |
| APGAR: | SILVERMAN: | | | |
| 1 MNTO | 5 MNTS | 10 MINUTO | 1 MINUTO | 5 MINUTOS |

EVALUACION INICIAL:

| | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| NIVEL DE CONCIENCIA: | | | |
| CONCIENTE | RESPUESTA ESTIMULO VERBAL | RESPUESTA ESTIMULO DOLOROSO | INCONCIENTE |

VIA AEREA:

| | | | |
|-----------|--------------|---------|----------|
| PERMEABLE | COMPROMETIDA | AUSENTE | PRESENTE |
|-----------|--------------|---------|----------|

OBSERVACION DE LA VENTILACION:

| | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|
| AUTOMATISMO REGULAR | AUTOMATISMO IRREGULAR | VENTILACION RAPIDA |
| VENTILACION SUPERFICIAL | APNEA | |

ASCULTACION:

| | | |
|--|--|---|
| RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES | RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS | RUIDOS RESPIRATORIOS AUSENTES |
| APERTURA OCULAR .ESPONTANEA.....4 .REACCION VOZ.....3 .REAC. DOLOR.....2 .SIN RESPUESTA.....1 | RESPUESTA VERBAL ORIENTADO CONVERSA.....5 DESORIENTADO CONVERSA.....4 PALABRAS INAPROPIADAS.....3 SONIDOS INCOMPENSIBLES..2 SIN RESPUESTA.....1. | RESPUESTA MOTORA ESPONTANEA OBEDECE ORDENES..6 LOCALIZA EL DOLOR.....5 SE RETIRA AL DOLOR.....4 FLEXION ANORMAL DECORTICACION.....3 EXTENSION ANORMAL DESCEREBRACION.....2 SIN RESPUESTA.....1. |

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| | | | |
|-------------------------|------------|---------|-----------|
| CONDICION DEL PACIENTE: | | | |
| CRITICO | NO CRITICO | ESTABLE | INESTABLE |

TX7 TRATAMIENTO:

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|-----------|
| CARACTERISTICAS: | | | |
| CALIENTE | FRIA | DIAFORESIS | |
| EVALUACION SECUNDARIA/ EXPLORACION FISICA: | | | |
| DEFORMIDADES | CONTUSION | ABRASIVAS | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| QUEMADURAS | PENETRACION | MOVIMIENTOS PARADOJICOS | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| CREPITACION | LACERACIONES | HERIDAS | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| FRACTURAS | EFISEMA SUBCUTANEO | EDEMAS | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| ALTERACION DE SENCIBILIDAD | ALTERACION DE MOVIMIENTO | DOLOR | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| PUPILAS: | | | |
| ISOCORIA/NORMAL | ANISOCORIA | MIOSIS | MIDRIASIS |
| OO | Oo | oo | OO |
| SIGNOS VITALES Y MONITOREO: | | | |
| HORA: | FRECUENCIA RESPIRATORIA: | | |
| FRECUENCIA CARDIACA: | SAO2: | | |
| TENSION ARTERIAL SISTOLICA: | TENSION ARTERIAL DIASTOLICA | | |
| TEMPERATURA: | GLUCOSA: | | |

| | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------|
| VIA AEREA: | | |
| ASPIRACION | MASCARILLA | CANULA NASOFARINGEA |
| INTUBACION NASOTRAQUEAL | CANULA OROFARINGEA | |

| | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| CONTROL CERVICAL: | | |
| MANUAL | COLLARIN RIGIDO | COLLARIN BLANDO |

| | |
|---------------------------------|--------------------|
| ASISTENCIA VENTILATORIA: | |
| BALON VALVULA MASCARILLA | VALVULA DE DEMANDA |
| VENTILADOR AUTOMATICO | HIPERVENTILACION |
| FREC: _____ VOL: _____ | |

| | | |
|------------------------|------------|-----------------------|
| OXIGENOTERAPIA: | | |
| PUNTAS NAALES | MASCARILLA | MASCARILLA CON RESERV |

| | | |
|--------------------------------|--------------------|------------|
| CONTROL DE HEMORRAGIAS: | | |
| PRESION DIRECTA | PRESION INDIRECTA | X GRAVEDAD |
| CRIOterapiA | VENDAJE COMPENSIVO | |

| | | |
|----------------------|------------|----------------------|
| VIAS VENOSAS: | | |
| LINEA IV #: | CATERER #: | SITIO DE APLICACION: |

| | | | |
|----------------------------|-----------|-------|------------|
| TIPO DE SOLUCIONES: | | | |
| HARTMAN | NALC 0.9% | MIXTA | GLUCOSA 5% |
| OTRA: | CANTIDAD: | | |

YO EL C. _____ HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS MEDICOS DE URGENCIA NECESARIOS PARA MI PERSONA Y DE LA NECESIDAD DE SER TRASLADADO A UNA UNIDAD MEDICA, PARA QUE SE ME BRINDE LA ATENCION ESPECIALIZADA PARA ASI EVITAR COMPLICACIONES A MI SALUD Y AUMENTE EL NIVEL DE MORTALIDAD EN MI PERSONA, A UN CON ESTE CONOCIMIENTO ME REHUSO A SER TRASLADADO AL HOSPITAL CON EL CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES QUE MI DECISION TRAERA POR CONSECUENCIA DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DE PROTECCION CIVIL Y BOMBEROS DEL MUNICIPIO DE JOCOTITLAN.

 NOMBRE Y FIRMA DEL LESIONADO NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

| | |
|---|--------------------------------|
| PERSONAL QUE CUBRIERON LA EMERGENCIA | |
| | |
| ADMISION AL HOSPITAL | AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO |

OBSERVACIONES: _____

| | |
|--|-----------------------------|
| SEGUNDA TOMA DE SIGNOS VITALES: | |
| HORA: | FRECUENCIA RESPIRATORIA: |
| FRECUENCIA CARDIACA: | SAO2: |
| TENSION ARTERIAL SISTOLICA: | TENSION ARTERIAL DIASTOLICA |
| TEMPERATURA: | GLUCOSA: |

| | | | |
|---------------------------------|----|----|----|
| MINI EXAMEN NEUROLOGICO: | | | |
| A: | V: | D: | I: |

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| INTERROGATORIO: | |
| ALERGIAS: | ENFERMEDADES Y CIRUGIAS PREVIAS: |