

REGISTRO DE ATENCION PREHOSPITALARIA



PROTECCION CIVIL
BOCAS, SAN LUIS POTOSI

FECHA			AMBULANCIA		TIPO DE SERVICIO	
DIA	MES	AÑO	No.	INSTITUCION	URGENCIA	TRASLADO
HORA DE INICIO		EN EL LUGAR	AL HOSPITAL	EN EL HOSPITAL	DISPONIBLE	EN BASE

OPERADOR: _____ TUM.1 _____
 JEFE DE SERVICIO: _____ TUM.2 _____
 UBICACIÓN DEL SERVICIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: M F
 DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
 OCUPACION: _____ ESTADO CIVIL: _____
 LUGAR DE OCURRENCIA **HOGAR** **ESCUELA** **TRABAJO** **RECREACION Y DEPORTE** **VIA PUBLICA**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

CADIOVASCULAR METABOLICO NEUROLOGICO ALERGICO OTRO: _____

ANTECEDENTES CLINICOS

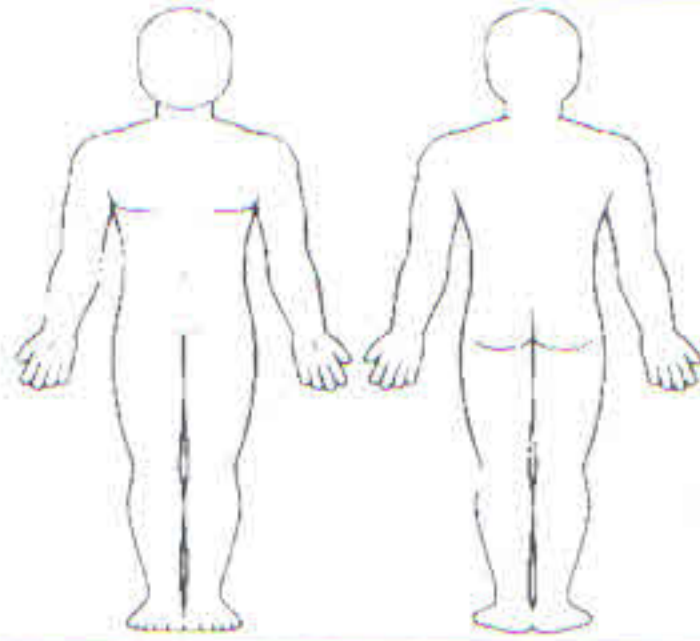
CAUSA DE LA URGENCIA: TRAUMATICA NO TRAUMATICA ESPECIFICAR: _____
 CINEMATICA DEL TRAUMA: _____

EXPLORACION FISICA

HORARIO	FV	FC	TA	TEMP	OXIMETRIA	GLASGOW	LLENADO CAPILAR

PUPILAS: IGUALES DESIGUALES NO REACTIVAS COLOR PIEL: NORMAL CIANOSIS MARMOREA
 PIEL: SECA HUMEDA TEMPERATURA: CALIENTE TIBIA FRIA

LOCALIZACION DE LESIONES



1. HERIDA
2. HEMORRAGIA
3. CONTUSION
4. QUEMADURA
5. FRACTURA/LUXACION/ESGUINCE
6. PICADURA/MORDEDURA
7. OTROS

ENFERMEDAD O CONDICION

- SINCOPE O DESMAYO
- CONVULSIONES
- GINECOLOGICO/OBSTETRICO
- DOLOR TORACICO
- DOLOR ABDOMINAL
- ALERGIAS

LESIONES Y DIAGNOSTICO: _____

MANEJO PREHOSPITALARIO _____

MANEJO DE LA VIA AEREA: _____

MANEJO DE LA VENTILACION: _____

MANEJO DE LA CIRCULACION: _____

LIQUIDOS ENDOVENOSOS: _____

INMOVILIZACION: _____

OTRO TRATAMIENTO: _____

PRIORIDAD DEL PACIENTE ROJO AMARILLO VERDE NEGRO

EQUIPO Y MATERIAL UTILIZADO: _____

ME NIEGO A LA ATENCION Y/O TRASLADO A BORDO DE LA AMBULANCIA DE LA DPCM A UN HOSPITAL DESLINDANDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DE URGENCIAS MEDICAS DE DICHA DEPENDENCIA:

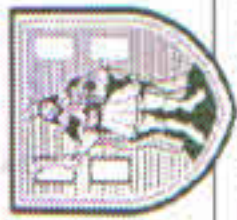
NOMBRE Y FIRMA: _____

AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO: _____

UNIDAD MÉDICA QUE RECIBE: _____

 NOMBRE Y FIRMA
 DEL MEDICO QUE RECIBE

 NOMBRE Y FIRMA
 DEL PERSONAL DE URGENCIAS MÉDICAS



GOBIERNO MUNICIPAL
SAN LUIS POTOSÍ

PROTECCION CIVIL DE BOCAS S.L.P.
BITACORA DE AMBULANCIA DBO-30
CONTROL DE TURNO OPERADORES



PROTECCIÓN CIVIL
BOCAS, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA: DE ____ AL ____ DE ____ OPERADOR ____

H. AYUNTAMIENTO 2018-2021

GASOLINA AL RECIBIR: ____ GASOLINA AL ENTREGAR: ____

FECHA	TIPO DE SERVICIO	DESTINO	DX	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	ODOMETRO		TUM	CODIGO
						INICIAL	FINAL		

SERVICIOS:	CARGAS DE COMBUSTIBLE:	LIQUIDOS UNIDADES:	SIRENA:
TRAUMA: _____ ENFERMO: _____	KM: _____ LTS: _____	AGUA RADIADOR: _____	TORRETAS: _____
PARTO: _____ ESPECIAL: _____	FECHA: _____ \$ _____	TRANSMISION: _____	FLASHER: _____
NO AMERITA: _____ SE NEGÓ: _____	ACEITE: _____ FRENOS: _____	SERVICIOS TITAN	FAROS DE NIEBLA: _____
FALSA ALARMA: _____ OTROS: _____	KM: _____ LTS: _____	KM SALIDA _____ KM LLEGADA _____	POLIZA DE SEGURO: _____
TOTAL DE SERVICIOS: _____	FECHA: _____ \$ _____	TIPO: _____	TARJETA DE CIRCULACION: _____
SE ENTREGA LA UNIDAD LIMPIA: _____	ACEITE: _____ FRENOS: _____	KM SALIDA _____ KM LLEGADA _____	CABLES PASA CORRIENTE: _____
SI: _____ NO: _____	KM: _____ LTS: _____	TIPO: _____	LLANTA DE REFACCION: _____
	FECHA: _____ \$ _____	TIPO: _____	RADIO FRECUENCIA: _____
	ACEITE: _____ FRENOS: _____		RADIO AM-FM: _____

FIRMA DE OPERADOR: _____ OBSERVACIONES: _____

FIRMA ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO: _____