

FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

FECHA	EXPEDIENTE
___/___/___	# _____

UBICACIÓN DEL SERVICIO

Calle: _____ Esquina próxima: _____
 Colonia: _____ Municipio: _____ Estado: _____
 Lugar de ocurrencia: _____

TRIPULACIÓN

Nombre del operador: _____
 Jefe del servicio: _____
 Personal auxiliares: _____

CRONOMETRÍA

	HORA DE LLAMADA	:	AM <input type="checkbox"/>
			PM <input type="checkbox"/>
	HORA DE SALIDA	:	AM <input type="checkbox"/>
			PM <input type="checkbox"/>
	HORA DE LLEGADA	:	AM <input type="checkbox"/>
			PM <input type="checkbox"/>
	HORA DE TRASLADO	:	AM <input type="checkbox"/>
			PM <input type="checkbox"/>
	HORA DE HOSPITAL	:	AM <input type="checkbox"/>
			PM <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE / AFILIACIÓN	DOMICILIO DEL PACIENTE	OCUPACIÓN	TELÉFONO
_____	_____	_____	_____

EVALUACIÓN PRIMARIA

Motivo principal de la atención: _____
 Nivel de conciencia: _____ Prioridad inicial: _____
 Vía aérea: _____ Ventilación: _____ Calidad: _____
 Pulsos: _____ Ritmo: _____ Coloración: _____
 Temperatura: _____ Condición: _____ Otros: _____

Posición, orientación, (donde y cómo se encontró el paciente)

EVALUACIÓN SECUNDARIA

PUPILA DERECHA	PUPILA IZQUIERDA	HISTÓRICO DE SIGNOS VITALES								GLASGOW				
_____	_____	HORA:	FC	FR	TAS	TAD	TAM	SO ₂	TEMP	GLUC	M	O	V	TOTAL
SIGNOS NEUROLÓGICOS														
AUSCULTACIÓN PULMÓN DERECHO														
AUSCULTACIÓN PULMÓN IZQUIERDO														
DIAGNÓSTICO ELECTOGRÁFICO														

SIGNOS	ALERGIAS	MEDICAMENTOS	PADECIMIENTOS	ÚLTIMA COMIDA	EVENTOS RELACIONADOS
_____	_____	_____	_____	_____	_____

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES _____

FACTORES DE RIESGO

PADECIMIENTO ACTUAL

CAUSA DE URGENCIA

- Traumática
No traumática

POSIBLE MECANISMO DE LESIÓN

- Accidente Vehicular Atropellamiento Caída
Lesión penetrante Lesión/explosión otros

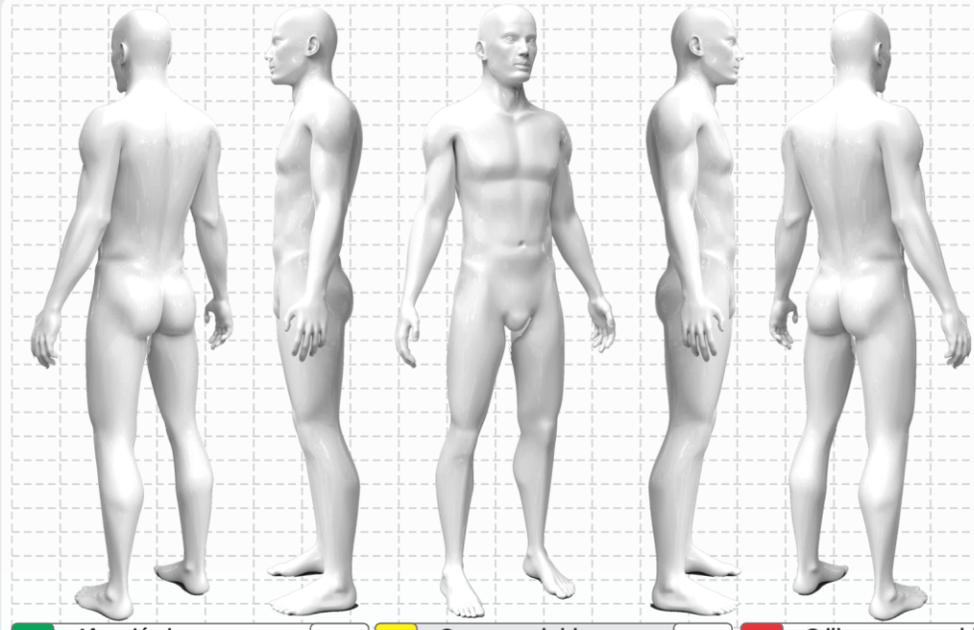
OTRAS LESIONES

- Quemaduras Mordedura
Intoxicación Picadura

ENFERMEDAD

- Súbita Complicación
Crónica

PROPIEDAD Y DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN



<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemorragia	HE
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contusión	CO
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abrasión	A
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Penetración	P
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mov. Paradójico	MP
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Crepitación	C
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herida	H
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fractura	F
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfism. Subcutáneo	ES
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quemadura	Q
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laceración	L
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Edema	ED
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alt. de Sensibilidad	AS
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alt. de Movilidad	AM
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor	DO
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otros:	

Afección leve
 Grave y estable
 Crítico recuperable
 Fallecido / agónico

Código mater Código trauma Código stroke Código cardio Código "Q" Código tóxico V. Epidemiológica
 Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No

MANEJO PROPORCIONADO

Control cervical

- Aplicación de collarín cervical
- Inmovilización manual
- Uso de tabla espinal
- Fijación con cintas
- Evaluación neurológica

Inmovilización

- Inmovilización de extremidades
- Uso de férulas
- Aplicación de vendajes
- Colocación de cabestrillo
- Fijación con cintas

Curación

- Limpieza de heridas
- Aplicación de antiséptico
- Cobertura con apósitos
- Vendaje de heridas
- Suturas

Vía aérea

- Aspiración de secreciones
- Administración de oxígeno
- Uso de cánula nasal
- Colocación de máscara facial
- Intubación endotraqueal

Contención de hemorragia

- Presión directa
- Vendaje compresivo
- Uso de torniquete
- Elevación del miembro
- Aplicación de hemostáticos

Oxigenoterapia

- Cánula Nasal
- Máscara Simple
- Máscara con Reservorio
- Ventilación con (BVM)
- Oxígeno a Alto Flujo

Líquidos endovenosos

Lineas intravenosas:

Catéter:

Sitio de aplicación

- Mano
- Pliegue antecubital
- Intraóseo
- Otro

Reanimación Cardiopulmonar

- Básica
 - Avanzada
- Solución
- Hartman
 - NaCl.9%
 - Mixta
 - Glucosa
 - Otra

MATERIAL EMPLEADO

- Sonda de aspiración
- Tela adhesiva estéril
- Guante / Gasas estériles
- Apósito adhesivo estéril
- Jeringa estéril
- Aguja hipodérmica estéril
- Catéter intravenoso estéril
- Tubo endotraqueal estéril
- Bolsa de resucitación estéril
- Cánula nasal estéril
- Sutura estéril
- Venda elástica estéril
- Solución salina estéril
- Vendaje compresivo
- Torniquete desechable
- Esfigmomanómetro estéril
- Cánula de oxígeno estéril
- Mascarilla de oxígeno estéril
- Empapador estéril
- Bolsa para desechos médicos
- Otros:

¿A donde se traslada?

¿Que autoridad tomó conocimiento?

¿Control de pertenencias?

NEGATIVA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Bajo protesta de decir la verdad y una vez recibida la información suficiente, clara, oportuna y veraz por parte del personal médico de salud, manifiesto mi voluntad en uso de mi derecho como paciente para decidir libremente no recibir atención prehospitalaria en este momento. Entiendo los riesgos asociados con la negativa de atención y estoy plenamente informado sobre las posibles consecuencias de mi decisión. Reconozco que el personal médico me ha proporcionado detalles sobre mi estado de salud actual, las opciones de tratamiento disponibles y las recomendaciones para mi bienestar. A pesar de la recomendación de recibir atención médica, he decidido de manera consciente y voluntaria declinar cualquier intervención o tratamiento en este momento. Entiendo que mi decisión puede tener implicaciones para mi salud y acepto plenamente la responsabilidad de las consecuencias que puedan surgir como resultado de esta negativa de atención. Firmo este documento como evidencia de mi elección informada y libre de no recibir atención prehospitalaria en este momento.

Nombre y firma del personal médico

Nombre y firma del paciente o responsable

Nombre y firma del testigo