

210-16

1



CONCESIÓN RUMICHACA - PASTO
CONCESIONARIA VIAL UNIÓN DEL SUR
REPORTE DE ACCIDENTALIDAD - FOMUS 004

HOJA 2/2

PLACA VEHICULO	NOMBRE DEL USUARIO	SEXO		DOCUMENTO	EDAD	TELÉFONO	TIPO DE CONDICIÓN			TRASLADO A	OBSERVACIÓN	
		M	F				LEVES	GRAVES	MUERTOS			
GRE 599	Mario Escobar N.N.	V		1023869	84	3175328379		V		HC IP10123		
TOTALES								2	1			
ATENDIDOS POR CONCESIÓN								2				
ATENDIDOS POR TERCEROS								1				

NOTA: EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS PACIENTES NO ACEPTE EL TRASLADO, FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO DE NO ACEPTACIÓN DEL SERVICIO.

DESCRIPCIÓN DE EVENTO
Al llegar al sitio me encuentro con un accidente de un vehículo que por aceite en la vía se accidenta en el lugar esta Polca, llega ambulancia de la concesionaria se traslado ambulancia particular trasladada otro usuario, como taller hace registro fotografico y señalización

INFORMACIÓN POLICIA DE CARRETERAS			PRESENCIA DE AUTORIDADES Y/O ENTIDADES		
NOMBRE POLICIA			No. PLACA		No. CROQUIS
Ruales Vallopo			310403849		092450
PRESENCIA DE SAS	SI	V	NO		
PRESENCIA DE OTRAS AUTORIDADES	SI		NO	Luchadores	
SEÑALIZACIÓN VERTICAL			DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA		
DEFENSAS METÁLICAS	TABLERO	1	MÁSTIL	2.	ANCLAJE
DEMARCACIÓN HORIZONTAL	VIGA		POSTE		PUNTERA
ALCANTARILLA	ML		M2		CANTIDAD
PAVIMENTO	CABEZAL		SECCIÓN		OTRA PARTE
ANCHO			LARGO		
OTROS (DEFINA CLARAMENTE EL ELEMENTO DAÑADO, ACLARE SU CANTIDAD Y DE SER NECESARIO SU SECCIÓN):					

EVALUACIÓN TIEMPOS DE ATENCIÓN					
HORA DE RECIBIDO DE LLAMADA (H1)	5:07	OPERADOR C.C.O.	Zornerdes	T. LLEGADA (H2-H1)	00:12
HORA DE LLEGADA AL SITIO (H2)	5:19	PR INICIAL	33+500	T. EN SITIO (H5-H2)	03:08
HORA DE TERMINACION DEL EVENTO (H5)	8:27	U. FUNCIONAL	3		
HORA DE LLEGADA A LA BASE OPERACIONAL (H6)		PR EVENTO	26+900		
		U. FUNCIONAL	2.		

ELABORO		REVISO		APROBO	
NOMBRE	Pablo Cesar Delgado	NOMBRE	W. Bon Calle	NOMBRE	
FIRMA	<i>[Firma]</i>	FIRMA	<i>[Firma]</i>	FIRMA	<i>[Firma]</i>
CARGO	OP. Corro taller.	CARGO	OP. CCO.	CARGO	
FECHA	1 - julio - 2016	FECHA	1/07/2016	FECHA	



CONCESIÓN RUMICHACA - PASTO
 CONCESIONARIA VIAL UNIÓN DEL SUR
 REPORTE DIARIO DE ACCIDENTALIDAD - FOMUS 004

HOJA 1/2

REGISTRO No. _____

1. ACCIDENTE VEHICULO <input checked="" type="checkbox"/>	(a) VOLCAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	3. COLISION VEHICULO ANIMAL	7. OTRO CUAL?
2. COLISION VEHICULAR	(b) SALIDA DE CALZADA <input checked="" type="checkbox"/>	4. ATROPELLO	
OTROS ASPECTOS		5. ACCIDENTE DE MOTOCICLETA	

TIEMPO	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	NEBLINA	LLUVIOSO	OTRO	
TERRENO	PLANO	ONDULADO	MONTAÑOSO <input checked="" type="checkbox"/>	ESCARPADO	
GEOMETRIA	CURVA IZQ	CURVA DER <input checked="" type="checkbox"/>	RECTA	ASCENSO (A) O DESCENSO (D) A	
SECCION TIPICA	TERRAPLEN	MEDIA LADERA IZQUIERDA <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIA LADERA DERECHA	CAJON	
SUPERFICIE	SECA	HUMEDA	OTRA: CUAL? <i>(Con Aceite)</i>		
CAUSA PROBABLE	EXCESO DE VELOCIDAD	FALLAS HUMANAS	FALLAS MECANICAS	OTRA CUAL? <i>Se reserva Vehículo</i>	
SEÑALIZACIÓN VERTICAL	MARGEN DERECHA	PR 261800	SI	SP	SR 30(30)
	MARGEN DERECHA	PR 261660	SI	SP	SR 05
	MARGEN IZQUIERDA	PR 271900	SI	SP	SR 30(30)
	MARGEN IZQUIERDA	PR 271900	SI	SP	SR 65
SEÑALIZACIÓN HORIZONTAL	CONTINUA doblo	<input checked="" type="checkbox"/>	DISCONTINUA		

VEHÍCULO No. 1					
MARCA	PLACA	COLOR	MODELO	SERVICIO	LINEA
Chevrolet	GRE 599	RJO		Particular	A120
CONDUCTOR	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
Martin Escobar Chumorro	87812631	MnA C5	Alamos	3162916413	
PROPIETARIO	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
SOAT	ASEGURADORA	CATEGORIA	SENTIDO DE CIRCULACION		
		Primera	1 ptoles - Pasto		

VERSION: *No da version, No Firma, Por traslado a hospital con Pañando al señor Marco tulio Escobar. No Presenta documentos del vehiculo.*

FIRMA:

No Firma

VEHÍCULO No. 2					
MARCA	PLACA	COLOR	MODELO	SERVICIO	LINEA
CONDUCTOR	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
PROPIETARIO	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
SOAT	ASEGURADORA	CATEGORIA	SENTIDO		

VERSION:

FIRMA:

VEHÍCULO No. 3					
MARCA	PLACA	COLOR	MODELO	SERVICIO	LINEA
CONDUCTOR	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
PROPIETARIO	CEDULA No.	DIRECCION		TELEFONO	
SOAT	ASEGURADORA	CATEGORIA	SENTIDO		

VERSION:

FIRMA:



CONCESIONARIA VIAL UNION DEL SUR
 REPORTE DIARIO DE AMBULANCIA
 PROCEDIMIENTO ATENCION DE ACCIDENTE DE TRANSITO - FOMUS 005

1. TIPO DE NOVEDAD

1. ACCIDENTE VEHICULO	(a) VOLCAMIENTO	3. COLISION VEHICULO ANIMAL	7. OTRO CUAL?
	(b) SALIDA DE CALZADA ✓	4. ATROPELLO	
2. COLISION VEHICULAR		5. ACCIDENTE DE MOTOCICLETA	8. SERVICIO A LA COMUNIDAD

2. PERSONAS ATENDIDAS

NO. PACIENTE	NOMBRE DEL USUARIO	SEXO		DOCUMENTO	EDAD	TELÉFONO	TIPO DE CONDICIÓN			TRASLADADO A	PLACA DEL VEHICULO
		M	F				LEVES	GRAVES	MUERTOS		
1	Mario Escobar	✓		1023869	84	3173328309	-	L	-	H.C. Spiales	
2	N.N.										
3											
4											
5											
6											
TOTALES								2			
ATENDIDOS POR CONCESIÓN								2			
ATENDIDOS POR TERCEROS								2			

NOTA: EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS PACIENTES NO ACEPTE EL TRASLADO, FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO DE NO ACEPTACIÓN DEL SERVICIO.

3. DETALLE DE LESIONES

DESCRIPCION PACIENTE 1: Polihematomas - 2 x profundos de tobillo derecho
 T.C.C. - Trauma cerrado de tórax
 Trauma cerrado de abdomen
 Trauma cerebral

DESCRIPCION PACIENTE 2: / / /

DESCRIPCION PACIENTE 3: / / /

4. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

EN EL PR 26+900 SE PRESENTA UNA SALIDA DE CALZADA DEL VEHICULO CHEVROLET AVEO de placa GRE 599 color Rojo conducido por el señor Martin Escobar Chamorro en el cual hay un lesionado Mario Tello Escobar traslado Hospital civil Spiales pulca Hace presencia y carro taller

5. EVALUACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN

HORA DE RECIBO DE LLAMADA (H1)	05:07	OPERADOR C.C.O	Donisela C.	T. LLEGADA (H2-H1)	00:08
HORA DE LLEGADA AL SITIO (H2)	05:15	PR INICIAL	38100	T. EN SITIO (H3-H2)	00:10
HORA DE INICIO DE TRASLADO (H3)	05:25	U. FUNCIONAL	3	T. DE TRASLADO (H4-H3)	00:17
HORA DE LLEGADA AL LUGAR DEL TRASLADO (H4)	05:42	PR EVENTO	26+900		
HORA DE TERMINACION DEL EVENTO (H5)	06:10	U. FUNCIONAL			
HORA DE REGRESO A LA BASE OPERACIONAL (H6)	07:20	LUGAR DE TRASLADO	H.C. Spiales		

6. DATOS DEL USUARIO



NOMBRE: MARTIN ESCOBAR

CEDULA No. 07 316833

FIRMA: [Firma]

LABORO		REVISO		APROBO	
NOMBRE	Donisela C.	NOMBRE	Wilson Calleja	NOMBRE	[Firma]
FIRMA	[Firma]	FIRMA	Wilson Calleja	FIRMA	[Firma]
CARGO	Operador	CARGO	Operador	CARGO	[Firma]
FECHA	01-07-2016	FECHA	01/07/2016	FECHA	[Firma]

01-07-2016
 Donisela C.
 c.c. 108524433

		CONCESIÓN RUMICHACA -PASTO CONCESIONARIA VIAL UNION DEL SUR REPORTES DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA-FOMUS 006						PAG 1 DE 2	
		ATENCION PREHOSPITALARIA PARA PACIENTES DE ACCIDENTES DE TRANSITO Y/O SERVICIOS A LA COMUNIDAD							
FECHA D M A 16 6 15		HORA 6 15		NOMBRES Y APELLIDOS Noro Tulio Escobar		SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F		PRIORIDAD R A <input checked="" type="checkbox"/> V N	
PR DEL EVENTO 261 900		U.FUNCTIONAL		NUMERO DE IDENTIFICACION 1023 869		CELULAR 317 532 8329			
ESTADO CIVIL Casado		F. DE NACIMIENTO 10.06.31		EDAD 84		OCUPACION agricultor			
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL el contadoro				TELEFONO 317 532 8329		CIUDAD contador		DTO. Morón	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE Martin Escobar				TELEFONO 316 291 6413		CIUDAD contador		DTO. Morón	
ASEGURADORA RESPONSABLE DEL PACIENTE				POLIZA O NUMERO DEL CARNET					
CAUSA EXTERNA QUE ORIGINA LA ATENCION									
ENFERMEDAD GENERAL			LESION POR AGRESION			LESION AUTOINFRINGIDA			
ACCIDENTE COMUN			ACCIDENTE DE TRANSITO <input checked="" type="checkbox"/>			ACCIDENTE DE TRABAJO			
CATASTROFE			ACC. RABICO U OFIDICO			OTROS			
CUAL? MOTIVO DE LA ATENCION: accidente de transito salida de la via de vehiculo									
ANTECEDENTES PERSONALES			ALERGIAS -			PATOLOGIAS HTA			
EXAMEN FISICO			MEDICAMENTOS + ??			LIQ. Y ALIMENTOS NO			
FR 35T 31 PA 20/140 FC 90 GSW 11/15 RO 3 RV 3 RM 15			DESCRIBA LOS ALLAZGOS - Hemigravio rosul TEC. lesion comu - Hiperostosis - desorientacion pte el q. de Hiperostosis / g - Hiperostosis art tobillo derecho						
 UBIQUE LA LESION			PROCEDIMIENTOS REALIZADOS						
OXIGENACION <input checked="" type="checkbox"/>		ASPIRACION <input checked="" type="checkbox"/>		VENTILACION <input checked="" type="checkbox"/>		INTUBACION		DESFIBRILACION	
HEMOSTASIA <input checked="" type="checkbox"/>		SUTURA		VENDAJE		INMOVILIZACION <input checked="" type="checkbox"/>		COLLAR CERVICAL <input checked="" type="checkbox"/>	
MEDICACION		PARTO		APOYO PSICOLOGICO <input checked="" type="checkbox"/>		OTROS:			

Escobar



ATENCION PREHOSPITALARIA PARA ATENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO Y/O SERVICIOS A LA COMUNIDAD

DIAGNOSTICO

Operar en el sitio
 inmovilizar
 Montar en SU
 - apoyo psicologica
 - inmovilizacion cervical
 - Hueso estesia nasal
 - Colocar un cinta que quede
 - O2 3 lit / min / ponic de segun dca

EN CASO DE REQUERIR TRANSPORTE

RECIBIDO POR:

FIRMA:

Medico Polo Ch.
MEDICO GENERAL
RAI 624499 / 03
C.C. 87 710 882

ESTADO EN QUE SE ENTREGA

VIVO

MUERTO

OBSERVACIONES

Ple genil 84 corp estable, desarmado / con cinta / polipropileno.
 en carabina condensa guante y se estabiliza inmoviliza a
 proteccion cervical y puntado urgente a H Civil IPM

RESPONSABLE DE ATENCION (NOMBRE, FIRMA, REGISTRO O DCC ID)

por 3 condito G
 CC 12 969-231 P
 PDC 03075

Yo (Paciente / Acompañante) Nadyn Escobar identificado con C.C. No. 8711631 de TPIC autorizo a la tripulacion de la movil para realizar la valoracion, procedimiento y/o traslado del paciente. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de la patologia base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimacion o su finalizacion, de acuerdo al criterio medico y a la patologia del paciente. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se me han respondido de manera clara y suficiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA GRABACION Y EL PROCESO DE COFIDENCIALIDAD
 Yo (Paciente / Acompañante) _____ identificado con C.C. No. _____ de _____ he sido informado que la movil cuenta con un sistema de monitoreo por camaras, para realizar la grabacion de los procedimientos realizados durante la valoracion y/o traslado. Autorizo a SISMEDICA LTDA., para realizar la grabacion en la atencion del paciente _____

MARTIN ESCOBAR
87-712-631

FIRMA DEL PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE

PARENTESCO

Hijo

De igual forma, SISMEDICA LTDA., garantiza la confidencialidad y reserva del documento grabado.

FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA	GSW	NIVEL DE CONCIENCIA DE UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	R	PACIENTE QUE REQUIERE RESUCITACIÓN CON RIESGO VITAL INMEDIATO
FC	FRECUENCIA CARDIACA	RO	RESPUESTA OCULAR	A	PACIENTE DE EMERGENCIA O URGENTES CON RIESGO VITAL INMEDIATO
PA	PRESIÓN ARTERIAL	RV	RESPUESTA VERTICAL	N	PACIENTES URGENTES CON RIESGO POTENCIAL
T	TEMPERATURA	RM	RESPUESTA MOTORA	V	PACIENTES MENOS URGENTES DE COMPLEJIDAD SIGNIFICATIVA
B	PACIENTES NO URGENTES				



CONCESIONARIA VIAL UNION DEL SUR
REPORTE DIARIO DE AMBULANCIA
PROCEDIMIENTO ATENCION DE ACCIDENTE DE TRANSITO - FOMUS 005

1. TIPO DE NOVEDAD			
1. ACCIDENTE VEHICULO	(a) VOLCAMIENTO	3. COLISION VEHICULO ANIMAL	7. OTRO CUAL?
	(b) SALIDA DE CALZADA <input checked="" type="checkbox"/>	4. ATROPELLO	
2. COLISION VEHICULAR		5. ACCIDENTE DE MOTOCICLETA	8. SERVICIO A LA COMUNIDAD

PERSONAS ATENDIDAS											
NO. PACIENTE	NOMBRE DEL USUARIO	SEXO		DOCUMENTO	EDAD	TELÉFONO	TIPO DE CONDICIÓN			TRASLADADO A	PLACA DEL VEHICULO
		M	F				LEVES	GRAVES	MUERTOS		
1	Marta Escobar					3162816413					
2	Marco T. Escobar	x			84a						
3	Fabiola Escobar		x		48a						
4											
5											
6											
TOTALES											
ATENDIDOS POR CONCESIÓN											
ATENDIDOS POR TERCEROS											

NOTA: EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS PACIENTES NO ACEPTE EL TRASLADO, FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO DE NO ACEPTACIÓN DEL SERVICIO.

3. DETALLE DE LESIONES		
DESCRIPCION PACIENTE 1:		
DESCRIPCION PACIENTE 2:		
DESCRIPCION PACIENTE 3:		

4. DESCRIPCION DEL EVENTO:
 Vehículo Aseo Ecuator con número placas OKE-599 conducido por: Martín Escobar c.c: 07.712.631, en el vehículo se movilizaban dos personas más: Marco Tello Escobar y Fabiola Escobar no se obtienen más datos de los ocupantes, las tres personas son trasladadas al Hospital Civil de Iquitos, dos los traslado ambulancia de concesión Unión del Sur, y uno de los pacientes lo traslado ambulancia del Centenario.

5. EVALUACION DE TIEMPOS DE ATENCION			
HORA DE RECIBO DE LLAMADA (H1)	05:24	OPERADOR C.C.O	Sorheyder
HORA DE LLEGADA AL SITIO (H2)	05:54	PR INICIAL	64+900
HORA DE INICIO DE TRASLADO (H3)		U. FUNCIONAL	5
HORA DE LLEGADA AL LUGAR DEL TRASLADO (H4)		PR EVENTO	26+900
HORA DE TERMINACION DEL EVENTO (H5)	06:24	U. FUNCIONAL	2
HORA DE REGRESO A LA BASE OPERACIONAL (H6)	07:02	LUGAR DE TRASLADO	
		T. LLEGADA (H2-H1)	00:30
		T. EN SITIO (H3-H2)	
		T. DE TRASLADO (H4-H3)	

6. DATOS DEL USUARIO			
NOMBRE			
CEDULA No.		65	NO
FIRMA			
ELABORO	REVISO	APROBO	
NOMBRE Diana Custinelli	NOMBRE Sorheyder	NOMBRE	
FIRMA Diana Custinelli	FIRMA Sorheyder	FIRMA	
CARGO Médico	CARGO op.cco	CARGO	
FECHA Julio-1-16	FECHA Julio-01-2016	FECHA	

DIEGO L. MARTINEZ C.
 AUXILIAR DE ENFERMERIA
 UNIVERSIDAD DE NARIÑO
 REGISTRO 02 0239