



UNIÓN DEL SUR

REPORTE DIARIO DE AMBULANCIA

Fecha Aprobación: 01/09/2017
Versión: 1

1. TIPO DE NOVEDAD

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

2. PERSONAS ATENDIDAS

N° PTE	NOMBRE DEL USUARIO	SEXO		DOCUMENTO	EDAD	VALORADO		TIPO DE CONDICIÓN			TRASLADADO A	ATENDIDO EN SITIO	
		M	F			SI	NO	LEVES	GRAVES	MUERTOS			
1	Jorge L. Acosta	X		1087047178	30				1			HUDN	
2													
3													
4													
5													
6													
ATENDIDOS POR CONCESIÓN									1				
ATENDIDOS POR TERCEROS									0				
TOTALES									1				

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

3. DIAGNOSTICOS PACIENTES

DESCRIPCION PACIENTE 1:	- Herida en región frontal - Fractura de tabique nasal - Heridas múltiples del maxilar superior - Heridas múltiples en miembro inferior izquierdo	PLACA VEHICULO	---
		N° TELEFONO	---
DESCRIPCION PACIENTE 2:	/	PLACA VEHICULO	---
		N° TELEFONO	---
DESCRIPCION PACIENTE 3:	/	PLACA VEHICULO	---
		N° TELEFONO	---

4. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Eco informa servicio a la comunidad en el PR 45+300 al llegar al sitio se encuentra persona con heridas en la frente y región nasal, también herida en pierna izquierda, paciente valorado por médico de turno, atiende, estabiliza y se remite a Hospital Dejer tamental en pasto bonito.

5. EVALUACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN

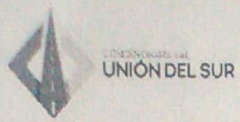
HORA DE RECIBO DE LLAMADA	18:22	OPERADOR C.C.O	Andres cruz	T. LLEGADA	
HORA DE LLEGADA AL SITIO	18:36	PR INICIAL	38+500		00:14
HORA DE INICIO DE TRASLADO	19:22	U. FUNCIONAL	3		T. EN SITIO
HORA DE LLEGADA AL LUGAR DEL TRASLADO	20:35	PR EVENTO	45+300		00:46
HORA DE TERMINACION DEL EVENTO	21:57	U. FUNCIONAL	4		T. DE TRASLADO
HORA DE REGRESO A LA BASE OPERACIONAL	23:07	LUGAR DE TRASLADO	Hospital D.		01:13

6. DATOS DEL USUARIO

NOMBRE * Jorge Luis Acosta	ACEPTA SERVICIO	
CEDULA No. * 1087047178	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
FIRMA * <i>Jorge Luis Acosta</i>	No. TELEFONO	311 766 0585
ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE <i>Jessica...</i>	NOMBRE <i>Ayda Inchausti</i>	NOMBRE <i>Wilson Vallejo Gamboa</i>
FIRMA <i>Jessica...</i>	FIRMA <i>AI</i>	FIRMA <i>Wilson Vallejo Gamboa</i>
CARGO <i>Medico General RUM</i>	CARGO <i>Opuntista eco</i>	CARGO <i>COORDINADOR C.C.O. Concesionaria Vial Unión del Sur</i>
FECHA <i>21-12-2019</i>	FECHA <i>22-12-2019</i>	FECHA <i>23-12-2019</i>

Andres A. Rosero M.
98'390759
Auxilio Emergencia

UM-7126
Placa-7CEW309



REPORTES DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Fecha Aprobación:
01/09/2017

Versión: 1

HOJA 1 DE 2

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

FECHA		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		PRIORIDAD				
D	M	A	19		18	36	M	F	R	A	X
PR DEL EVENTO		U.FUNCIONAL	NUMERO DE IDENTIFICACION		CELULAR						
45 + 200			1-087-049-133		3122660585						
ESTADO CIVIL	F. DE NACIMIENTO	EDAD	OCUPACION								
Unión Libre	04-02-89	30 A	Constructor - Maestreo de Obras								
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL			TELEFONO	CIUDAD	D.T.O.						
MA 9- CARO NI CHASU			3122660585	Paito	Huarico						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE			TELEFONO	CIUDAD	D.T.O.						
JUAN DE OJEDA			3155893693	Paito	Huarico						
ASEGURADORA RESPONSABLE DEL PACIENTE			POLIZA O NUMERO DEL CARNÉ								
SURA			AT 134 823 303 948								

CAUSA EXTERNA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN

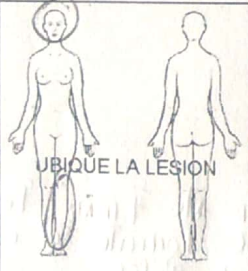
ENFERMEDAD GENERAL	LESION POR AGRESION	LESION AUTOINFRINGIDA
ACCIDENTE COMUN	ACCIDENTE DE TRANSITO	ACCIDENTE DE TRABAJO
CATASTROFE	ACC. RABICO U OFIDICO	OTROS <input checked="" type="checkbox"/>

CUAL? Servicio a la Comunidad.

"H- accidente". Es: Paciente en Camino de Conductor Sobre Accente de Transito, Por causa de Roca, en la via, no se sabe de Transito, Por causa de Roca, en la via, no se sabe Aproximadamente en el Km, se llega a cañal de Pesequi, donde fue conducido. Ahí por 3105 = Paciente en Requiere Conductor de la vía con heridas en cara de Bordes Requiere, Sangrado Moderado de Bordes Requiere en MIT. Heridas por ausencia en dotomas, Hacer pérdida de conciencia, no otra sintomatología.

ANTECEDENTES PERSONALES	ALERGIAS	PATOLOGIAS
	Negativo	(-) de conciencia, no otra sintomatología
	MEDICAMENTOS	LIQ. Y ALIMENTOS
	Negativo	Negativo

EXAMEN FISICO	FR 24	T° 36.0	PA 110/46	FC 80	STO 97%	GSW 19	RO 4	RV 5	RM 6
---------------	-------	---------	-----------	-------	---------	--------	------	------	------



DESCRIBA LOS ALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo, Sin Deformaciones, Cara; Turgencia normal con Deformación, Oculación a digito Piorron, nariz. Con Heridas Múltiples, Irregulares con Tejido en avulsión, Sangrado Moderado; Labio Superior. con Avulsión; Encías con lesiones. , Piezas dentales en Buen estado. | Región frontal Heridas de 4cm. de Bordes Requiere. Miembro Inferior Izquierdo: Heridas en total 2. de Aprox. 5cm cada una de Bordes Requiere, escaso sangrado.

PROCÉDIMENTOS REALIZADOS

OXIGENACION	ASPIRACION	VENTILACION	INTUBACION	DEFIBRILACION	MONITOREO <input checked="" type="checkbox"/>
HEMOSTASIA	SUTURA	VENDAJE	INMOVILIZACION	COLLAR CERVICAL	LIQUIDOS
MEDICACION <input checked="" type="checkbox"/>	PARTO	APOYO PSICOLOGICO <input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:		

- Se Realizo Aserrin y Antisepsia de Heridas con ssn 0.9%, Solución espesa y Yodado Respectivamente, además de Hemostasia, y Adhesión de Mecorandias (Tejamat 100mg en 500cc de ssn 0.9%), Sin efectos adversos. Procedimientos Sin complicaciones.



UNIÓN DEL SUR

REPORTES DE ATENCION PREHOSPITALARIA

Fecha Aprobación:

01/09/2017

Versión: 1

HOJA 2 DE 2

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

DIAGNÓSTICO

- 1. Herida en Región Frontal
- 2. Fractura de Tabique Nasal
- 3. Heridas Múltiples en Miembro Inferior Izquierdo
- 4. Heridas Múltiples en Mucosa Superior; Labio Superior.

EN CASO DE REQUERIR TRANSPORTE

TRABAJANDO A: HUDN

FIRMA FUNCIONARIO QUIEN RECIBE EL PACIENTE EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA:

[Handwritten signature]

ESTADO EN QUE SE ENTREGA

VIVO

MUERTO

SERVICIO

Urgencias

HORA

21 50

OBSERVACIONES

Se declara que lo anteriormente descrito en enfermedad Actual, a por Relatos de Parente, Sismédica llega a col de Tokun de Pedregal Montarico. en Servicio a la comunidad, por ende no se tiene certeza de lo ocurrido, Persona atención no fue encontrada en el lugar de los hechos. Ademas como Resaltar que Reporte y Historio Clinico no se Firmo Consentimiento Informado, RESPONSABLES DE ATENCION (NOMBRE, FIRMA, REGISTRO O DOC ID) Por que Parente de Parente Tomo Historias Clinicas y Firmadas por el señor Luis Acosta Jessica Manera Aguirre Las cuales se anexa Reconstruccion Jessica Crocero

RM 1.085308.088

CONDUCTA DEL PACIENTE

ACEPTA SER VALORADO	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	REQUIERE TRASLADO	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	ACEPTA TRASLADO	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
---------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Paciente / Acompañante) [Handwritten] identificado con C.C. No. [Handwritten] de [Handwritten] autorizo a la tripulación de la movil para realizar la valoración, procedimiento y/o traslado del paciente. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrían ocurrir como consecuencia de la patología base o durante el traslado, de tal manera que admito la realización de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio medico y la patología 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 CONFIDENCIALIDAD

Yo (Paciente / Acompañante) [Handwritten] identificado con C.C. No. [Handwritten] de [Handwritten] he sido informado que la movil cuenta con un sistema de monitoreo por camaras, para realizar la grabacion de los procedimientos realizados durante la valoración y/o traslado. Autorizo a SISMEDICA LTDA., para realizar la grabacion en la atención del paciente

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

FIRMA DEL PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE O TESTIGO

Nota: Familia no Firma, Pero Firma de Paciente se encuentra en documentos Potos.

FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA	GSW	NIVEL DE CONCIENCIA DE UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOCEFALICO	R	PACIENTE QUE REQUIERE RESUCITACION CON RIESGO VITAL INMEDIATO
FC	FRECUENCIA CARDIACA	RO	RESPUESTA OCULAR	A	PACIENTE DE EMERGENCIA O URGENTES CON RIESGO VITAL INMEDIATO
PA	PRESION ARTERIAL	RV	RESPUESTA VERBAL	N	PACIENTES URGENTES CON RIESGO POTENCIAL
T	TEMPERATURA	RM	RESPUESTA MOTORA	V	PACIENTES MENOS URGENTES DE COMPLEJIDAD SIGNIFICATIVA



UNIÓN DEL SUR

REPORTES DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Fecha Aprobación:
01/09/2017

Versión: 1

HOJA 1 DE 2

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

FECHA		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ	SEXO		PRIORIDAD				
D	21	M	12		A	19	<input checked="" type="checkbox"/>	F	R	A	V
PR DEL EVENTO 45+ 200		U.FUNCIONAL		NUMERO DE IDENTIFICACION A.097.047.173		CELULAR 3127660585					

ESTADO CIVIL	F. DE NACIMIENTO 14 - FEB - 1989	EDAD 30A	OCUPACION Constructor			
--------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------	--	--	--

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL M7 92 - CASA M EL HOMBRO			TELEFONO	CIUDAD	DTO.
--	--	--	----------	--------	------

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE JHONDA ORTEGA			TELEFONO 3155893693	CIUDAD PASTO	DTO. NAPEA
--	--	--	------------------------	-----------------	---------------

ASEGURADORA RESPONSABLE DEL PACIENTE			POLIZA O NUMERO DEL CARNÉ		
--------------------------------------	--	--	---------------------------	--	--

CAUSA EXTERNA QUE ORIGINA LA ATENCION

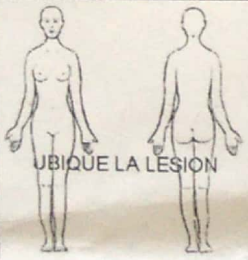
ENFERMEDAD GENERAL	LESION POR AGRESION	LESION AUTOINFRINGIDA
ACCIDENTE COMUN	ACCIDENTE DE TRANSITO	ACCIDENTE DE TRABAJO
CATASTROFE	ACC. RABICO / OFIDICO	OTROS

CUAL? *Accidente*

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: *Herida*

ANTECEDENTES PERSONALES	ALERGIAS		PATOLOGIAS	
	MEDICAMENTOS		LIQ. Y ALIMENTOS	

EXAMEN FISICO	FR	T°	PA	FC	GSW	RO	RV	RM
---------------	----	----	----	----	-----	----	----	----

	DESCRIBA LOS ALLAZGOS				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OXIGENACION	ASPIRACION	VENTILACION	INTUBACION	DESFIBRILACION	MONITOREO
HEMOSTASIA	SUTURA	VENDAJE	INMOVILIZACION	COLLAR CERVICAL	LIQUIDOS
MEDICACION	PARTO	APOYO PSICOLOGICO	OTROS:		



UNIÓN DEL SUR

REPORTES DE ATENCION PREHOSPITALARIA

Fecha Aprobación: 01/09/2017

Versión: 1

HOJA 2 DE 2

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

DIAGNÓSTICO

- 1. Fractura de Tibiofibula Hacia
- 2. Herida en Región Frontal
- 3. Heridas Múltiples en Miembro Inferior.

EN CASO DE REQUERIR TRANSPORTE

TRASLADADO A: Hospital Universitario Departamento N.

FIRMA FUNCIONARIO QUIEN RECIBE EL PACIENTE EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA:

ESTADO EN QUE SE ENTREGA

VIVO

MUERTO

SERVICIO

Urgencias.

HORA

OBSERVACIONES

Paciente. quien sufre accidente de tránsito

RESPONSABLES DE ATENCIÓN (NOMBRE, FIRMA, REGISTRO O DOC ID)

Jessica K. Oroñez
RM. 1.095.309098

Jessica K. Oroñez M.
Médico General FUSM
RM-1095309098

CONDUCTA DEL PACIENTE

ACEPTA SER VALORADO

SI

NO

REQUIERE TRASLADO

SI

NO

ACEPTA TRASLADO

SI

NO

FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Paciente / Acompañante) Joya Tuñal identificado con C.C. No. 1095309098 autorizo a la tripulación de la móvil para realizar la valoración, procedimiento y/o traslado del paciente. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrían ocurrir como consecuencia de la patología base o durante el traslado, de tal manera que admito la realización de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a la patología 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) Joya Tuñal identificado con C.C. No. 1095309098 he sido informado que la móvil cuenta con un sistema de monitoreo por cámaras, para realizar la grabación de los procedimientos realizados durante la valoración y/o traslado. Autorizo a SISMEDICA LTDA., para realizar la grabación en la atención del paciente

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

FIRMA DEL PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE O TESTIGO

Joya Tuñal

PARENTESCO

Acompañante

FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA	GSW	NIVEL DE CONCIENCIA DE UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEONCEFÁLICO	R	PACIENTE QUE REQUIERE RESUSITACIÓN 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 VERBAL	N	PACIENTES URGENTES CON RIESGO POTENCIAL
T	TEMPERATURA	RM	RESPUESTA MOTORA	V	PACIENTES MENOS URGENTES DE COMPLEJIDAD SIGNIFICATIVA