

**REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

INICIO	ARRIBO	TRASLADO	LLEGADA	TÉRMINO

NUM. FOLIO
NUM. PARTE

**Fecha:**      DÍA      MES      AÑO

--	--	--	--	--	--

**Ubicación:** \_\_\_\_\_  
**Colonia:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Servicio:**  
 Urgencia     Cuidados Intensivos     Traslado     Otro:  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**Lugar de Ocurrencia:**  
 Hogar     Escuela     Trabajo     Recreativo     Vía Pública

**Zona:**  
 Urbana     Carr. Estatal     Carr. Federal     Carr. Rural

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_\_      **Sexo:**     Masculino     Femenino  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Colonia:** \_\_\_\_\_      **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_      **Derechohabiente:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Respiratoria     Cardiovascular     Metabólica  
 Emocional       Neurológica       Ginecológica\*  
 Sistémica       Alérgico           Otra:  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE ATENCIÓN**

**A) Tipo:**  
 Atropellado       Choque       Volcadura  
 Lx. por caída     Agresión     Quemadura  
 Intoxicación     H.P.A.F.     H.P.A.B  
 Choque de Moto     Cortado     Incendio  
 Asfixiado       Ahogado     Otro  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**B) Agente causal:**  
 Conductor       Peatón       Pasajero  
 Falla de Vehículo     Cond. Del Camino     Agentes Naturales  
 Producto Químico     Distractor     Otro  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 Cinemática: \_\_\_\_\_

**C) Medidas de Seguridad:**  
 Cinturón de Seguridad     SRI       Casco

**PRINCIPAL DIAGNÓSTICO**

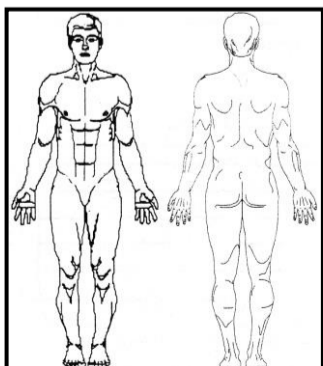
**EXPLORACIÓN FÍSICA**

HORA	FC	FR	T/A	Temp.	Oxi	Glasgow	LI C

**Pupilas:**  Iguales     Midriasis     Miosis     Anisocoria     Arreflexia  
**Color Piel:**  Normal     Cianosis     Marmórea     Pálida  
**Piel:**  Seca     Húmeda    **Temp.:**  Normal     Caliente     Fría

**Influenciado por:**  Alcohol     Drogas     Otro:  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**LOCALIZACIÓN DE LESIONES**



- SIMBOLOGIA**
- Hemorragia
  - Herida
  - Contusión
  - Fractura
  - Luxación / Esguince
  - Objeto Extraño
  - Quemadura
  - Picadura / Mordedura
  - Edema / Hematoma
  - Otro: \_\_\_\_\_

**MANEJO**

Vía Aérea       Apoyo Ventilatorio       Oxígeno \_\_\_\_ lt/min  
 Canalización     MAST o PNA       Inmovilización Ext.  
 Empaquetamiento     Collarín Cervical       RCP  
 Monitor       Desfibrilación       Otro:  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Médico que autoriza: \_\_\_\_\_

**URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS**

Parto       Aborto       Hx. Vaginal  
 Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_  
 Ruidos Cardíacos Fetales:  Perceptible     No Perceptible \_\_\_\_\_  
 Expulsión de Placenta:  Sí     No      Hora: \_\_\_\_\_

**Material Utilizado:**

**NEGATIVA DE ATENCIÓN**

Me he negado a recibir atención médica y a ser trasladado por los paramédicos de la ambulancia de la Secretaría de Salud, habiéndome informado de los riesgos que conlleva mi decisión.

Firma Paciente: \_\_\_\_\_      Testigo: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICACIÓN DE PRIORIDAD**

Rojo       Amarillo       Verde       Negro

**UNIDAD MÉDICA QUE RECIBE**

**OBSERVACIONES**

<b>AMBULANCIA</b>	<b>SSA No.</b>	<b>PLACAS</b>
-------------------	----------------	---------------

Operador: \_\_\_\_\_  
 Jefe de Servicio: \_\_\_\_\_  
 TUM 1: \_\_\_\_\_  
 TUM 2: \_\_\_\_\_

**RECEPCIÓN DEL PACIENTE**

Responsable de Atención      Médico que Recibe

Nombre y Firma

Nombre y Firma

**ORIGINAL**