SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS

LAGOS DE MORENO, JAL.

REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

FOLIO Nº 4926

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS · SAMU · LAGOS

ESTADO: _____ DELEGACIÓN: _____ ASIGNACIÓN: _____

II DATOS DEL SERVICIO

FECHA: ___ ___ ___ (DIA MES AÑO) DÍA DE LA SEMANA

CRONOMETRÍA

HORA LLAMADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL	HORA BASE

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: 1 ENFERMEDAD 2 TRAUMATISMO 3 GINECOOBSTÉTRICO

UBICACIÓN DEL SERVICIO:

CALLE: _____

ENTRE: _____ Y _____

COLONIA/ COMUNIDAD: _____

DELEGACIÓN POLÍTICA/ MUNICIPIO: _____

III CONTROL

LUGAR DE OCURRENCIA

HOGAR ☐ VÍA PÚBLICA ☐ TRABAJO ☐ ESCUELA ☐ RECREACIÓN Y DEPORTE ☐

TRANSPORTE PÚBLICO ☐ OTRA _____

NÚMERO DE AMBULANCIA ☐☐

OPERADOR: _____

PRESTADORES DEL SERVICIO: _____

HELICÓPTERO:MATRÍCULA: ☐☐☐☐☐

NOMBRE O MEDIA FILIACIÓN: _____

IV DATOS DEL PACIENTE

SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. ☐☐ AÑOS ☐☐ MESES

DOMICILIO: _____

COLONIA/ COMUNIDAD: _____

DELEGACIÓN POLÍTICA/ MUNICIPIO: _____

TELEFONO: _____ OCUPACIÓN _____

DERECHOHABIENTE A _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS _____

V CAUSA TRAUMÁTICA

AGENTE CASUAL

1	ARMA	6	MAQUINARIA	11	ELECTRICIDAD
2	JUGUETE	7	HERRAMIENTA	12	EXPLOSIÓN
3	AUTOMOTOR	8	FUEGO	13	SER HUMANO
4	BICICLETA	9	SUSTANCIA CALIENTE	14	ANIMAL
5	PRODUCTO BIOLÓGICO	10	SUSTANCIA TÓXICA	15	OTRO

ESPECÍFIQUE: _____

LESIONES CAUSADAS POR: _____

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

COLISIÓN ☐ VOLCADURA ☐

AUTOMOTOR ☐ MOTOCICLETA ☐ BICICLETA ☐ MAQUINARIA ☐

SOBRE LA COLISIÓN

CONTRA OBJETO FIJO ☐ EN MOVIMIENTO ☐ IMPACTO FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐

HUNDIMIENTO CMS — PARABRISAS INTEGRO ☐ ROTO/DOBLADO ☐ — VOLANTE INTEGRO ☐ DOBLADO ☐ — BOLSA DE AIRE SI ☐ NO ☐

CINTURÓN DE SEGURIDAD COLOCADO ☐ NO COLOCADO ☐ — DENTRO DEL VEHÍCULO SI ☐ NO ☐ EYECTADO ☐

ATROPELLADO

AUTOMOTOR ☐ MOTOCICLETA ☐ BICICLETA ☐ MAQUINARIA ☐

VI CAUSA CLÍNICA

ORIGEN PROBABLE

1	NEUROLÓGICA	5	DIGESTIVA	9	MÚSCULO ESQUELÉTICO
2	CARDIOVASCULAR	6	UROGENITAL	10	INFECCIOSA
3	RESPIRATORIO	7	GINECO-OBSTÉTRICA	11	ONCOLÓGICO
4	METABÓLICO	8	COGNITIVO EMOCIONAL	12	OTRO

ESPECIFIQUE: _____

1 VEZ: _____ SUBSECUENTE: _____

DATOS DE LA MADRE:

GESTA: _____ CESAREAS _____ PARA _____ ABORTOS _____

IX EVALUACIÓN SECUNDARIA

NIVEL DE CONCIENCIA

1	CONCIENTE	
2	RESPUESTA ESTÍMULO VERBAL	
3	RESPUESTA ESTÍMULO DOLOROSO	
4	INCONSCIENTE	

VÍA AÉREA: 1 PERMEABLE 2 COMPROMETIDA

REFLEJO DE DEGLUCIÓN: 1 AUSENTE 2 PRESENTE

VENTILACIÓN

OBSERVACIÓN		AUSCULTACIÓN		HEMITÓRAX		SITIO	
1	AUTOMATISMO REGULAR	1	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES	1	DERECHO	1	APICAL
2	AUTOMATISMO IRREGULAR	2	RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS	2	IZQUIERDO	2	BASE
3	VENTILACIÓN RÁPIDA	3	RUIDOS RESPIRATORIOS AUSENTES				
4	VENTILACIÓN SUPERFICIAL						
5	APNEA						

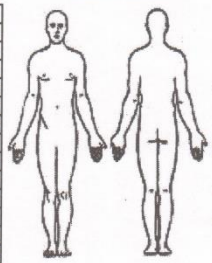
CIRCULACIÓN

PRESENCIA DE PULSOS		CALIDAD		PIEL		CARACTERÍSTICAS	
1	CAROTIDEO	1	RÁPIDO	1	NORMAL	1	CALIENTE
2	RADIAL	2	LENTO	2	PÁLIDA	2	FRÍA
3	PARO CARDIORESPIRATORIO	3	RÍTMICO	3	CIANÓTICA	3	DIAFORESIS
		4	ARRÍTMICO				

EXPLORACIÓN FÍSICA

1	DEFORMIDADES	(D)
2	CONTUSIONES	(CD)
3	ABRASIONES	(A)
4	PENETRACIONES	(P)
5	MOVIMIENTO PARADÓJICO	(MP)
6	CREPITACIÓN	(C)
7	HERIDAS	(H)
8	FRACTURAS	(F)
9	ENFISEMA SUBCUTÁNEO	(ES)
10	QUEMADURAS	(Q)
11	LACERACIONES	(L)
12	EDEMA	(E)
13	ALTERACIÓN DE SENSIBILIDAD	(AS)
14	ALTERACIÓN DE MOVILIDAD	(AM)
15	DOLOR	(DO)

ZONA DE LESIÓN



PUPILAS D I

SIGNOS VITALES Y MONITOREO

HORA	FR	FC	TAS	TAD	Sa02	TEMP.	GLUC.	EKG	MINI EXÁMEN NEUROLÓGICO			
									A	V	D	I
									A	V	D	I
									A	V	D	I

INTERROGATORIO

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGIRIENDO: _____

ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS: _____

HORA DE ÚLTIMA COMIDA: _____

EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE: 1 CRÍTICO 2 NO CRÍTICO

PRIORIDAD: 1 INESTABLE 2 ESTABLE — 1 ROJO 2 AMARILLO — 1 VERDE 2 NEGRO

TRAUMA SCORE _____

GLASGOW _____

X TRATAMIENTO

VÍA AÉREA: 1 ASPIRACIÓN 2 CÁNULA OROFARÍNGEA 3 CÁNULA NASOFARÍNGEA 4 INTUBACIÓN OROTRAQUEAL 5 INTUBACIÓN NASOTRAQUEAL 6 COMBITUBO 7 MASCARILLA LANRINGEA 8 CRICOTIROIDOTOMÍA POR PUNCIÓN

CONTROL CERVICAL: 1 MANUAL 2 COLLARÍN RÍGIDO 3 COLLARÍN BLANDO

ASISTENCIA VENTILATORIA: 1 BALÓN, VÁLVULA MASCARILLA 2 VÁLVULA DE DEMANDA 3 VENTILADOR AUTOMÁTICO FREC____VOL____ — 1 HIPERVENTILACIÓN — 1 DESCOMPRENSIÓN PLEURAL CON AGUJA — 1 HEMITORAX DERECHO 2 HEMITORAX IZQUIERDO

OXIGENOTERAPIA: 1 PUNTAS NASALES 2 MASCARILLA SIMPLE 3 MASCARILLA CON RESERVORIO 4 MASCARILLA VENTURI

LTS X MIN _____

CONTROL DE HEMORRAGIAS: 1 PRESIÓN DIRECTA 2 PRESIÓN INDIRECTA 3 GRAVEDAD 4 VENDAJE COMPRESIVO 5 CRIOTERAPIA 6 MAST

VÍAS VENOSAS: 1 LÍNEA IV # _____ 2 CATÉTER # _____

SITIO DE APLICACIÓN: 1 MANO 2 PLIEGUE ANTECUBITAL 3 INTRAOSEA 4 OTRA

TIPO DE SOLUCIONES: 1 HARTMANN 2 NACL 0.9 3 MIXTA 4 GLUCOSA 5% 5 OTRA

CANTIDAD _____