Formato de Registro de Atención Prehospitalaria

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | INSABI INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR | Secretaría de Salud GOBIERNO DE MICHOACÁN | Gob de M

Fecha

Día | Mes | Año

Sede: _____ Folio C5i: _____ Folio CRUM: _____

Cronometria e información básica del servicio

Llamada	Salida de base	Llegada al lugar	Inicia traslado	Llegada a hospital	Salida del hospital	Llegada a base

Número de ambulancia: _____ Placa de la ambulancia: _____ Kilometraje inicial: _____

Número de aeronave: _____ Kilometraje final: _____

Tipo de servicio: ( ) Traslado ( ) Servicio de emergencia ( ) Cuidados intensivos ( ) Operativo/cobertura evento

Personal operativo

Operador de la ambulancia: _____

Personal operativo: _____

Lugar de ocurrencia de la urgencia

( ) Hogar ( ) Escuela ( ) Trabajo ( ) Instalaciones deportivas ( ) Espacio recreativo ( ) Vía Pública

( ) Centro comercial ( ) Hospital Otro: _____

Domicilio: _____

Traslado interhospitalario

Solicita: _____

Hospital que refiere: _____

Médico que recibe: _____

Hospital que recibe: _____

Servicio: _____ No. de referencia: _____

Regulación médica

Médico o técnico regulador: _____ Folio de recepción: _____

Motivo de la solicitud de servicio

( ) Accidente industrial o en oficina	( ) Apoyo a ambulancia terrestre	( ) Complicación diabética	( ) Electrocución	( ) Intoxicación	( ) Persona enferma	( ) Transfor
( ) Accidente vehicular	( ) Apoyo en incendio	( ) Complicaciones gineco obstétricas	( ) Evento Vascular Cerebral	( ) Lesión por arma blanca	( ) Problemas del comportamiento	( ) Traslado foráneo
( ) Alergia/picadura de animal	( ) Apoyo en sismo	( ) Complicaciones respiratorias	( ) Exposición a calor/frío	( ) Lesión por arma de fuego	( ) Quemadura	( ) Traslado local
( ) Agresión física sin armas	( ) Asfixia/Ahogamiento	( ) Convulsiones	( ) Hemorragia	( ) Mordedura de animal	( ) Sangrado/laceración	( ) Traslado a domicilio
( ) Atropellado	( ) Caída	( ) Dolor intenso	( ) Inhalación de gases peligrosos	( ) Parto	( ) Síncope/desmayo	( ) Uso de materiales peligrosos
( ) Apoyo a ambulancia aérea	( ) Cobertura de evento	( ) Dolor de pecho/problemas cardiacos	( ) Intento/amenaza suicida	( ) Pérdida de la consciencia	( ) Sobredosis de fármacos	( ) Otro (especificar)

Datos del Paciente

Nombre o media filiación: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Aseguradora: _____

Edad:	Años	Meses	Días

Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Derechohabiencia: ( ) IMSS ( ) ISSSTE ( ) INSABI ( ) Particular ( ) Sin seguro

Otro: _____ No.de seguro: _____

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades y cirugías previas: _____

Medicamentos frecuentes: _____

Eventos previos: _____

Alergias: _____

Gineco-obstétrico

Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Semanas de Gestación: _____ Fecha probable de parto: _____

Contracciones: _____ Duración: _____ Frecuencia: _____

Respiración por minuto: _____ Sangrado transvaginal: _____ Frecuencia cardiaca fetal: _____

Lugar de nacimiento: _____ Hora de nacimiento: _____

Estado del producto: ( ) Vivo ( ) Muerto **Sexo del producto:** ( ) Masculino ( ) Femenino

Padecimiento actual

Causa de la urgencia: ( ) Traumática ( ) No traumática

Posible mecanismo de lesión: ( ) Accidente vehicular ( ) Atropellamiento ( ) Caída ( ) Lesión penetrante ( ) Lesión por explosión ( ) Otros

Otras lesiones: ( ) Quemadura ( ) Mordedura ( ) Intoxicación ( ) Picadura

Enfermedad: ( ) Súbita ( ) Crónica ( ) Complicación

Especificar: _____

Exploración física básica

Signos vitales

Hora	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia Respiratoria	Tensión arterial sistólica	Tensión arterial diastólica	Saturación de oxígeno	Temperatura	Nivel de Glucosa
:							
:							
:							

Estado de la piel: ( ) Normal ( ) Alta temperatura ( ) Cianótica ( ) Pálida ( ) Baja temperatura ( ) Diaforetica

Vía aérea: ( ) Permeable ( ) Comprometida

Reflejo de deglución: ( ) Presente ( ) Ausente

Hemitórax: ( ) Derecho ( ) Izquierdo

Sitio: ( ) Aplical ( ) Base

Pupilas: ( ) Normales ( ) Dilatadas ( ) Contraídas ( ) Asimétricas ( ) Asimétricas

Respiración: ( ) Automatismo regular ( ) Automatismo irregular ( ) Ventilación rápida ( ) Ventilación superficial ( ) Apnea

Nivel de consciencia: ( ) Consciente ( ) Respuesta al estímulo verbal ( ) Respuesta al estímulo doloroso ( ) Estímulo doloroso inconsciente

Pulso: ( ) Carotídeo ( ) Radial ( ) Paro cardiorespiratorio ( ) Rápido ( ) Lento ( ) Rítmico ( ) Arrítmico

Auscultación: ( ) Ruidos normales ( ) Ruidos anormales ( ) Ruidos Ausentes

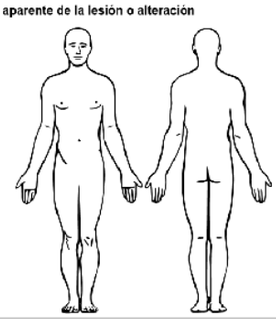
Prioridad y descripción de la lesión

Activación de código: ( ) Código mater ( ) Código trauma ( ) Código stroke ( ) Código cardio ( ) Código "Q" ( ) Código Tóxico ( ) Vigilancia epidemiológica

Triage: ( ) Verde: afección leve ( ) Amarillo: grave y estable ( ) Rojo: crítico recuperable ( ) Negro: fallecido/agónico

Tipo y ubicación aparente de la lesión o alteración

( ) Hemorragia	HE
( ) Contusión	CO
( ) Abrasión	A
( ) Penetración	P
( ) Movimiento paradójico	MP
( ) Crepitación	C
( ) Herida	H
( ) Fractura	F
( ) Enfisema subcutaneo	ES
( ) Quemadura	Q
( ) Laceración	L
( ) Edema	ED
( ) Alteración en la sensibilidad	AS
( ) Alteración en la movilidad	AM
( ) Dolor	DO



Otras: _____

Manejo proporcionado

Control cervical: ( ) Manual ( ) Collarín rígido ( ) Collarín Blando

Asistencia ventilatoria: ( ) Bolsa válvula mascarilla ( ) Válvula de demanda ( ) Ventilador automático

Líquidos endovenosos: Lineas intravenosas: _____ Catéter: _____

Solución: ( ) Hartman ( ) NaCl 0.9% ( ) Mixta ( ) Glucosa 5% ( ) Otra

Sitio de aplicación: ( ) Mano ( ) Pliegue antecubital ( ) Intraóseo ( ) Otro

Cantidad: _____ Infusiones: _____

Vía aérea: ( ) Aspiración ( ) Cánula orofaringea ( ) Cánula nasofaringea ( ) Intubación orotraqueal ( ) Intubación nasotraqueal ( ) Cricotirotomía por punción

Contención de hemorragia: ( ) Presión directa ( ) Presión indirecta ( ) Gravedad ( ) Vendaje compresivo ( ) Crioterapia ( ) Fast

Reanimación cardiopulmonar: ( ) Básica ( ) Avanzada

Descompresión pleural con agua: ( ) Hemitorax derecho ( ) Hemitorax izquierdo

Inmovilización y curación: ( ) Inmovilización de extremidades ( ) Empaquetamiento ( ) Vendaje ( ) Curación

Oxigenoterapia: ( ) Puntas nasales ( ) Mascarilla simple ( ) Mascarilla con reservorio ( ) Mascarilla Venturi

Fármacos u otras indicaciones: _____

Observaciones

Derivación del paciente

Derivación: ( ) A establecimiento de atención médica ( ) Atención en el domicilio o sitio de la urgencia ( ) Servicio cancelado/falsa alarma ( ) Persona fallecida

Establecimiento de atención médica: _____

Nombre y firma del personal paramédico

Nombre y firma de quien recibe al paciente o responsable del mismo

Negativa de atención

Bajo protesta de decir verdad y una vez recibida la información suficiente, clara, oportuna y veraz, por parte del personal de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Michoacán, manifiesto mi voluntad, en uso de mi derecho como paciente para decidir libremente, de no recibir atención prehospitalaria ni ser trasladado a nosocomio alguno, liberando de toda demanda, acción penal, responsabilidad civil y/o administrativa que pudiera desprenderse tanto al personal o a los Servicios de Salud de Michoacán, por cualquier efecto adverso o nocivo que pudiera resultar, aún cuando se me hizo del conocimiento del estado de salud. Lo anterior, de conformidad con el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 12 y 17 de la Ley de Salud del Estado de Michoacán, artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y a la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Médica Prehospitalaria.

Nombre y firma del paciente o su responsable

Nombre y firma de testigo

El prestador de los servicios prehospitalarios no es testigo de los hechos, únicamente registra los datos clínicos observados y los procedimientos realizados a partir del momento de arribo a la ub

"El pre... información... confidencial, cuya divulgación y tratamiento es responsabilidad de la Secretaría de Salud de Michoacán, quien será responsable del tratamiento qu... en términos de la Ley... Datos Personales en Posesión de Sujetos, Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Michoacán de C... y Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Consulte nuestro Aviso de Privacidad a través del portal web: http://salud.michoacan.gob.mx/"

studocu

Scan to open on Studocu

Downloaded by Jael Reyes (balanuntuku@gmail.com)