|  |
| --- |
| INFORMACIÓN GENERAL |
| FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA INGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA SALIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONSECUTIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENERO: F\_\_\_ M\_\_\_ TIPO DE ID: CC\_\_\_ TI\_\_\_ CE\_\_\_ OTRO\_\_\_\_ CODIGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EDAD: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ARL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ESTUDIANTE: \_\_\_\_ DOCENTE: \_\_\_\_ ADMINISTRATIVO: \_\_\_\_ SEGURIDAD: \_\_\_\_ S. GENERALES: \_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATOS DEL RESPONSABLE Y/O ACOMPAÑANTE |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE O ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| MOTIVO DE CONSULTA, SITUACIÓN PRESENTADA (Qué paso, cómo, dónde, lugar anatómico, tiempo evolución y síntomas) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| VALORACIÓN PRIMARIA (ABC) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| VALORACIÓN SECUNDARIA (Hallazgos del Examen Cefalocaudal) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ANTECEDENTES |
| Farmacológicos: | Gineco obstétricos: G\_\_\_ P\_\_\_ C\_\_\_ A\_\_\_ V\_\_\_ |
| Quirúrgicos: | Familiares: |
| Tóxicos Alérgicos: | Patológicos: |
| SIGNOS VITALES |
| FECHA | HORA | TA | FC | FR | T° | SO2 | $\*^{1}$GLASGOW |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ACCIONES REALIZADAS |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RECOMENDACIONES (Educación en salud e indicaciones de autocuidado dadas al paciente) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| OBSERVACIONES |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ÁREA PROTEGIDA |
| Hora de activación del servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ | Funcionario quien atiende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Hora de llegada de Ambulancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Hora de Salida de Ambulancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| No. De Móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ambulatorio:Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ | $\*^{2}$TAM: \_\_\_ | $\*^{3}$TAB: \_\_\_ | Remitido:Si: \_\_\_ No: \_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Observaciones: |
|  |
|  |
|  |
| NOMBRE: | CEDULA: | CARGO: | FIRMA responsable con registro |
|  |  |  |  |
| FINALIZACION DE ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS |
| Firma del paciente, responsable o acompañante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma de testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Con mi firma certifico que realicé todas las actividades descritas en el presente documento al paciente en mención. Firma de Auxiliar de Enfermería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |