



PARAMEDIC EMS

SAVE YOUR LIVES

SISTEMA PRE-HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS
BOLETA DE ATENCION DE PACIENTES

CEDE EN: _____ FOLIO: _____

FECHA: _____ TURNO: DIURNO VESPERTINO NOCTURNO CODIGO: _____ UNIDAD _____

PRIORIDA

CRONOMETRIA

HORA	SALIDA	HORA	LLEGADA	ABORDAJE ENTREGA	HOSPITAL	CIERRE KM	SALIDA	KM	LLEGADA	LUGAR DE ENTREGA

I. DATOS DEL SERVICIO

DEPARTAMENTO: _____
MUNICIPIO: _____
COLONIA /COMUNIDAD: _____
REFERENCIA: _____
TELEFONO: _____

II. DATOS DEL PERSONAL DE EMERGENCIA

DEPARTAMENTO: _____
OPERADOR: _____
JEFE DE SERVICIO: _____
MOTORISTA: _____
AUXILIARES: _____

III. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
GENERO: _____ EDAD: _____
DNI: _____
LUGAR DE RESIDENCIA: _____
TELEFONO: _____
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE (PARENTESCO): _____
DNI: _____

IV. MOTIVO DE ATENCION

1- TRAUMA

DESCONOCIDO
 CERRADO:
 CONTUSIONES FRACTURA LUXACION
 PENETRANTE: HPAF HPAB
SITIO _____
HERIDAS _____
AMPUTACION _____
VEHICULAR: TIPO _____
MOTOCICLETA: TIPO _____
ATROPELLAMIENTO: _____
PRECIPITACION: _____ MTS
 QUEMADURA CAIDA ASALTO SEXUAL

2- PROBLEMA MEDICO

ALTERACION NEUROLOGICA:
 ECV TRASTORNOS CONDUCTA
 SINDROME CONVULSIVO
 ALTERACION DE CONCIENCIA

DOLOR:

ABDOMINAL TORACICO
ALTERACION RESPIRATORIA:
 AHOGAMIENTO ASFIXIA ASMA OVACE
ALTERACIONES GINECOLOGICAS:
 DOLOR PELVICO STV PARTO ABORTO
OTROS:

INTOXICACION ENVENENAMIENTO
 RX ALERGICA/ANAFILAXIS
 CRISIS HIPERTENSIVA
 DIABETES MELLITUS DESCOM
 DIARREA SANGRADO DIGESTIVO ALTO
 SANGRADO DIGESTIVO BAJO
 MUERTE APARENTE

V. EVALUACION PRIMARIA

SIGNOS VITALES:

ANTES HORA _____
P/A _____ FR _____ FC _____ SPO2 _____ T _____ GMT _____
DURANTE HORA _____
P/A _____ FR _____ FC _____ SPO2 _____ T _____ GMT _____
DESPUES HORA _____
P/A _____ FR _____ FC _____ SPO2 _____ T _____ GMT _____

ESCALA DE GLASGOW

PARÁMETROS	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

O _ V _ M _
TOTAL ___/15

ESTADO DE CONCIENCIA:

CONCIENTE INCONCIENTE AGRESIVO SEDADO
 SUJETADO
PUPILAS: REACTIVAS NO REACTIVAS
 OTROS _____

VIA AEREA:

OBSTRUIDA PERMEABLE ESTRIDOR SALIVACION

RESPIRACION:

NORMAL FORZADA PARADOJICA AUSENTE
SIMETRIA TORACICA: IGUAL INESTABLE (DER IZQ.)
TRAQUEA: CENTRAL DESVIADA

RUIDOS PULMONARES:

LIMPIOS DER IZQ. DISMINUIDOS DER IZQ.
CREPITOS DER IZQ. SIBILANCIAS DER IZQ.
RONCUS DER IZQ. AUSENTES DER IZQ.

CIRCULACION:

PIEL TIBIA FRIA CALIENTE ROSADA PALIDA
 CIANOTICA SECA HUMEDA SUDOROSA

RUIDOS CARDIACOS: NORMALES DISMINUIDOS
 AUSENTES

PULSOS:

CAROTIDEOS NL AN DER IZQ
FEMORALES NL AN DER IZQ
HEMORRAGIA EXTERNA SI NO

LOCALIZACION: _____

VI. ANTECEDENTES PACIENTE

ALERGIAS: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: _____

MEDICAMENTOS: _____

ULTIMA INGESTA: _____

CIRUGIAS PREVIAS: _____

EMBARAZADA: SI NO G _____ P _____ A _____ O _____

FUM: _____ EG: _____ FUP: _____

FPP _____

VII. EXAMEN FISICO

SCALP LACERACION FRACTURA ABIERTA HEMATOMA

PUPILAS

DERECHA

DILATADAS CONTRAIDAS NO REACTIVA

IZQUIERDA DILATADAS CONTRAIDAS NO REACTIVA

CARA SIN LESION FRACTURA LACERACION

HEMATOMA

OIDOS

SIN LESION OTORREA DER IZQ OTORRAGIA

DER IZQ

CUELLO

SIN LESION LACERACION ABRASION EFISEMA

SUBCUTANEO HEMATOMA

TORAX SIN LESION LACERACION ABRASION

EFISEMA SUBCUTANEO HEMATOMA FRACTURA

CREPITACION CINTURON DE SEGURIDAD

ABDOMEN SIN LESION CIRUGIA PREVIA LACERACION

DISTENSION IRRITACION PERITONEAL CINTURON DE

SEGURIDAD DOLOR AU: _____ FCF: _____

PELVIS

FRACTURA INESTABILIDAD LESION GENITAL

HEMATURIA SI NO

GENITOURINARIO: _____

PARTO NORMAL PARTO ANORMAL

NACIDO VIVO SI NO SEXO: _____

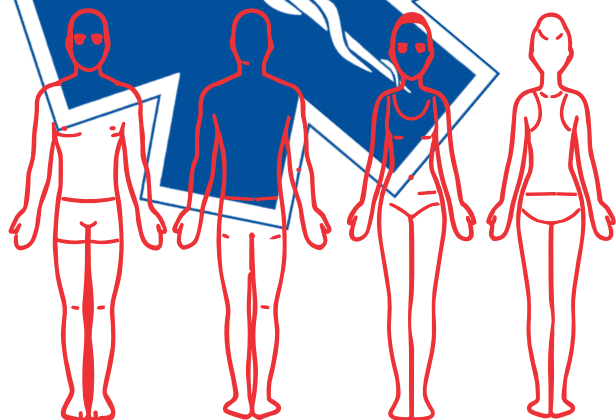
PLACENTA: SI NO

EXTREMIDADES:

FRACTURAS

LACERACIONES

OTROS: _____



- 1. LACERACION
- 2. ABRASION
- 3. HEMATOMA
- 4. CONTUSION
- 5. DEFORMIDAD
- 6. HPAF

- 7. HPAB
- 8. QUEMADURA SCTQ ___ %
- 9. EDEMA
- 10. AMPUTACION
- 11. DOLOR

VIII. OBSERVACIONES

CONDICION DEL PACIENTE

ESTABLE INESTABLE CRITICO FALLECIDO

MATERIAL UTILIZADO:

PROTOCOLO UTILIZADO:

OTROS:

IX. INFORMACION MEDICA

MEDICO REMITENTE

FIRMA Y SELLO _____

MEDICO QUE RECIBE

FIRMA Y SELLO _____

RESPONSABLE DE BOLETA

NOMBRE: _____

DONATIVO: L. _____ FACTURANO: _____

OTROS: _____

FIRMA DONANTE: _____

AFILIADO SI NO _____

IX. INFORMACION MEDICA

FECHA: _____

LUGAR: _____

YO, _____

CEDULA NO. _____

HE REHUSADO EN ESTA FECHA CON PLENO CONOCIMIENTO DEL PERJUICIO QUE CAUSÓ A LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DELSERVICIO ESPECIALIZADO PRE-HOSPITALARIO DE EMERGENCIA DE PARAMEDIC EMS Y POR ESTE MEDIO DESCARGO DE TODA RESPONSABILIDAD A SUS MÉDICOS, TÉCNICOS, APAA, PERSONAL ADMINISTRATIVO. SINDIVIDUALMENTE O EN UN CONJUNTOPOR LESIÓN, DAÑO O COMPLICACIONES QUE PUEDA RESULTAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HABER REHUSADO AL TRATAMIENTO O TRASLADO. LIBERO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE TIPO LEGAL O REGLAMENTARIO Y RENUNCIO A TODO DERECHO DE ACCIÓN LEGAL QUE YO PUEDA ADQUIRIR COMO RESULTADO DE MI NEGACIÓN.

FIRMA _____

POR PARAMEDIC EMS _____

TESTIGO _____

CEDULA NO. _____