| | | |
|---|---|---|
| | **HISTORIA CLÍNICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS NUNCHIA** | Cod:<br>Versión:<br>Fecha de aprobación:<br><br>Pág.: |

***INFORMACION GENERAL***

Paciente ____ de ____

**Formato 24**

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DD | MM | AA |

**Horas**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aviso | | | | |
| Despacho | | | | |
| Arribo a la Escena | | | | |
| Traslado al Hospital | | | | |
| Arribo al Hospital | | | | |
| Retirada del Hospital | | | | |
| Regreso a la Estación | | | | |

| TRIPULACIÓN | |
|---|---|
| VEHICULO | |
| Conductor/ Maquinista | |
| Líder | |
| Tripulante 1 | |
| Tripulante 2 | |
| Tripulante 3 | |

| |
|---|
| Dirección del incidente |
| Punto de referencia |
| Teléfono/referencia |

**Clasificación del servicio**

| | |
|---|---|
| Urgencia | |
| Emergencia | |
| Desastre | |
| Traslado | |
| Consulta | |

Otro _____

**Localización del incidente**

| | |
|---|---|
| Vía publica | |
| Sitio publico | |
| Empresa | |
| Hospital | |
| Área rural | |
| Residencia | |

Otro _____

Nombre completo Edad

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CC | TI | RC | N° de | Sexo | F | M |

Fecha de nacimiento Estado civil Hijos

Nivel de escolaridad Profesión Religión Rh

Dirección de residencia Municipio Vereda

Teléfono Celular

Nombre completo del acompañante Parentesco

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación | CC | N° | Teléfono |

Dirección de residencia

| TIPO DE ASEGURAMIENTO | |
|---|---|
| SISBEN | |
| EPS | |
| ARL | |
| PREPAGADA | |
| SOAT | |
| PARTICULAR | |
| FOSYGA | |
| NINGUNO | |

| URGENCIA TRAUMÁTICA | | | |
|---|---|---|---|
| Politrauma | | Pélvico / Genital | |
| TCE | | Miem. Superiores | |
| Maxilofacial | | Miem. Inferiores | |
| Org. Sentidos | | Tejidos blandos | |
| Raquimedular | | Osteomuscular | |
| Tórax | | Inhalación / Intoxicación | |
| Abdomen | | Shock | |

Otro _____

| Primer Respondiente | |
|---|---|
| Ciudadano | |
| Socorristas | |
| Medico | |
| Enfermera | |
| Policía | |
| Bomberos | |
| Transito | |
| Familiar | |
| Ninguno | |

Otro _____

| Tipo de evento | | | |
|---|---|---|---|
| Acc. Transito | | Auto inflingido | |
| Acc. Aéreo | | Caída | |
| Acc. Hogar | | Ambiental | |
| Acc. Químico | | Incendio | |
| Acc. Laboral | | Electrocución | |
| Inmersión | | Explosión | |
| Atrapamiento | | Golpe / impacto | |
| Agresión | | Enfermedad común | |
| Cuerpo extraño | | Otro | |

***INFORMACION DEL PACIENTE***

***ANTECEDENTES PERSONALES***

| EMERGENCIA MÉDICA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paro cardiorespiratorio | | Respiratoria | | Intoxica / Envenamiento | | Calor / frío | |
| Neurológica | | Gastrointestinal | | Psiquiátrica | | Shock | |
| Órgano de los sentidos | | Genitourinario | | Cáncer | | Piel y anexos | |
| Obstrucción vía aérea | | Gineco – obstétrico | | Metabólica | | Enf. Común | |
| Cardiovascular | | Osteomuscular | | Reacción alérgica | | Otro | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Alergias | Si | No | 3.1 Infarto | Si | No | 3.4 Hipoglicemia | Si | No | 3.7 Diabetes | Si | No |
| 2. Medicamentos | Si | No | 3.2 Asma | Si | No | 3.5 Hipertensión arterial | Si | No | 4 Cirugías | Si | No |
| 3. Patologías | Si | No | 3.3 Convulsiones | Si | No | 3.6 Enfer. cerebrovascular | Si | No | Ultima Ingesta | | |

Especifique (indique con el numero)

_____

_____

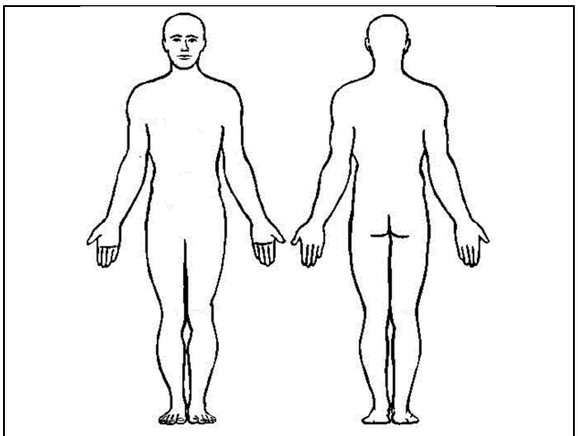
_____

***EXAMEN FÍSICO***

| Hora | | | | Respiración | | Pulso | | Presión arterial | Conciencia | | Pupilas | | Piel | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Min | | Min | | | Alerta | | Isocoricas | | Normal | |
| | | | | | | | | | A la voz | | Midriasis | | Fría | |
| | | | | Presente | | Presente | | | Esti. Dolor | | Miosis | | Caliente | |
| | | | | Ausente | | Ausente | | | No Respon. | | Anicosocoria | | Seca | |
| | | | | Dificultad | | Rítmico | | Glucometria | Glasgow | | Normoreactivas | | Húmeda | |
| | | | | Sat. O2 | | Arrítmico | | | | | No reactivas | | Pálida | |
| | | | | | | Fuerte | | | | | D | I | Ictérica | |
| | | | | | | Débil | | | | | | | Enrojecida | |
| | | | | | | | | | | | | | Cianótica | |
| | | | | | | | | | | | mm | mm | T° | |

| Estado hemodinámico | | ESCALA DE GLASGOW | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Normal | | PUNTAJE | OCULAR | | VERBAL | | MOTORA | | |
| Anormal / Descompensado | | 1 | Ninguna | | Ninguna | | Ninguna | | |
| Paro respiratorio | | 2 | Al estímulo doloroso | | Sonidos incomprensibles | | Extensión anormal | | |
| Paro cardiorespiratorio | | 3 | Al llamado | | Rtas inapropiadas | | Flexión anormal | | |
| | | 4 | Espontanea | | Desorientado | | Retirada | | |
| | | 5 | | | Orientado | | Localiza | | |
| | | 6 | | | | | Obedece a la orden | | |

**Especifique**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fractura cerrada | | 13 | Quemadura | |
| 2 | Fractura abierta | | 14 | Punción | |
| 3 | Herida A. blanca | | 15 | Incisión | |
| 4 | Herida A. fuego | | 16 | Hematoma | |
| 5 | Empalamiento | | 17 | Abrasión | |
| 6 | Trauma cerrado | | 18 | Avulsión | |
| 7 | Amputación | | 19 | Contusión | |
| 8 | Aplastamiento | | 20 | Laceración | |
| 9 | Luxación | | 21 | Mord./ Picadura | |
| | Hemorrag | | | | |
| 11 | Herida | | 23 | Dolor | |
| 12 | Esguince | | 23 | Cuerpo extraño | |
| 24 | Otro | | | | |

| SOPORTE VITAL BASICO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A | | B | | C | |
| Evaluación | | Evaluación | | Evaluación | |
| M. frente mentón | | O2 _____ | | Rcp | |
| M. tracción mandibular | | Cánula nasal | | Control de hemorragias | |
| Despeje de vía aérea | | Mascara simple | | Manta térmica | |
| Can. Orofaríngea | | Mascara de no reinhalación | | Posición | |
| Can. Nasofaríngea | | Ventury | | Cual | |
| Collar cervical | | BVM | | | |

| SOPORTE VITAL AVANZADO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tubo endotraqueal | | BVM | | Acceso venoso periférico | |
| Mascara laríngea | | Punción torácica | | Punción ósea | |
| I-gel | | Válvula unidireccional torácica | | L.E.V. | |
| Combitubo | | Cricotiroidotomia | | Solución salina _____Hora_____ | |
| Intubación endo y oro traqueal | | Dextrosa _____Hora_____ | | | |
| Laringoscopia | | Lactato – Hartman _____Hora_____ | | | |

| MEDICAMENTOS | |
|---|---|
| Medicamento | Dosis |
| | |
| | |
| | |

| DEFIBRILACION | |
|---|---|
| Hora | Joules |
| | |
| | |
| | |
| | |

| OTROS PROCEDIMIENTOS | |
|---|---|
| Movimiento en bloque | |
| Tabla espina larga | |
| Camilla _____ | |
| Inmovilización férulas | |
| Lavado – curación | |
| Apósitos estériles | |
| Vendas _____ | |
| Examen físico | |
| Monitorización de Signos vitales | |
| OTROS | |
| | |
| | |

Impresión Diagnostica

| CONTROL MEDICO | | | |
|---|---|---|---|
| Vía radio | | MD no disponible | |
| Vía celular | | TAPH presente | |
| Vía telefónica | | Otro personal de salud | |
| Medico presente | | Protocolo | |
| Nombre: | | | |

| RESULTADO | |
|---|---|
| **Trasporte a hospital** | |
| **Trasporte secundario** | |
| **Dado de alta en el sitio** | |
| **Paciente se niega al traslado** | |
| **Reconocimiento / evaluación** | |
| **Entrega a otra ambulancia** | |

| | |
|---|---|
| **Rcp exitosa** | |
| **Fallece en el sitio** | |
| **Fallece en el traslado** | |
| **Fallece en el hospital** | |
| **Hallado cadáver** | |
| **Otro** | |

**Testigo 1**_____
__**Testigo 2**
_____

| Complicaciones |
|---|
| |
| |
| |
| **Paciente se niega al traslado**<br><br>**Firma** |
| **Identificación** |

| ENTREGA DE PACIENTE | |
|---|---|
| **Con signos vitales** | |
| **Sin signos vitales** | |
| **Consciente** | |
| **Inconsciente** | |
| **Presión arterial** | |
| **Pulso** | |
| **Respiración** | |
| **Saturación O2** | |
| **Institución que recibe** | |

| Fecha | Hora |
|---|---|
| Atendido por<br>Firma y sello | |
| Médico que recibe<br>Firma y sello | |