



# 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  NL  AN  
FEMORALES  NL  AN  NL  AN  
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

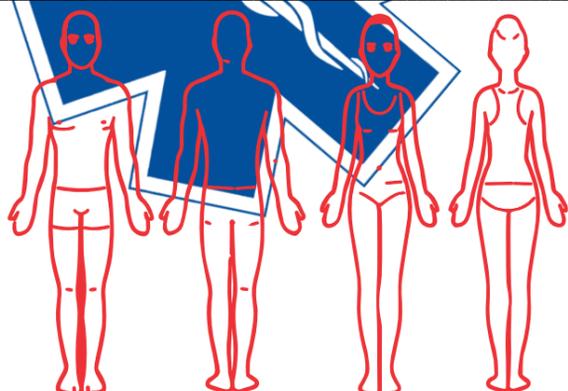
NACIDO VIVO  SI  NO SEXO: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_