UNIDAD MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL SOMBRERETE

REPORTE DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA
PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS SOMBRERETE

Se recibe reporte _____ siendo _____del dia_____para_____

_____

Saliendo la unidad _____ a bordo_____

_____

TIPO DE SERVICIO:

TRASLADO_____ APOYO_____ ACCIDENTE_____
ENFERMEDAD_____ PARTO_____ OTROS_____
TRASLADO A: (fox) (zulú) (Denver) (otros) _____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____
Domicilio: _____ Edad: _____
Derechohabiente: (si) (no) hipertenso (si) (no) diabético (si) (no)
Toma algún medicamento (si) (no) _____
Alérgico (si) (no) _____
Presenta: _____

_____

_____

MANEJO DE PACIENTE:

t/a_____ hora_____ TAP _____
fc._____ hora _____ TAP _____
fr_____ hora _____ TAP _____

LESIONES POR AREA CORPORAL:

Cráneo	(___)							
Cara	(___)	clavícula	d___	i___		muslo	d___	i___
Cuello	(___)	brazo	d___	i___		rodilla	d___	i___
Tórax	(___)	antebrazo	d___	i___		pierna	d___	i___
Abdomen	(___)	mano	d___	i___		pie	d___	i___
Genitales	(___)	dedos	d___	i___				

Agente causal _____
Servicios prestados: _____

_____

_____

_____

No. de unidad de primera respuesta	TAP que trata y entrega paciente	Familiar o acompañante del paciente	Médico que recibe paciente
Nombre y firma del primer respondiente	Entrega en hospital		
Maniobras que aplicó al paciente	Entrega a familiar		

Kilometraje inicial __/__/__/__/__/__/__/__/
Kilometraje final __/__/__/__/__/__/__/__/
Kilómetros recorridos _____

Cronometría: Se Recibe Reporte: _____ Salida de Base: _____Llegada Lugar: _____Salida Lugar: _____Llegada

Hospital: _____Salida Hospital: _____Llegada Base: _____