

Nombre del paciente:			GÉNERO:	EDAD:	INFORMACIÓN SUBJETIVA:													
LUGAR:			FECHA:	HORA:	HORA: SÍNTOMAS: ¿QUÉ NOS DICE EL PACIENTE?. (DOLOR, NAUSEAS, PICAZÓN, ETC) ¿DONDE?													
Contacto de emergencia:																		
Mecanismo de Daño:																		
Explicar: ¿Qué le pasó? ¿Cómo? ¿Cuándo? Estado en que se encuentra al paciente.	El problema principal es: Sist. Nervioso Central <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Relacionado con el medio ambiente <input type="checkbox"/> Problema médico <input type="checkbox"/>			ALERGIAS: ¿A QUÉ? LOCAL <input type="checkbox"/> SISTÉMICA <input type="checkbox"/> TX: <input type="checkbox"/>														
	MEDICACIÓN: DROGA: MOTIVO: DOSIS: ¿LO TOMO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
HISTORIAL PASADO: RELACIONADO CON EL MD:																		
ENFERMEDADES: CARDIACOS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> EN LA SANGRE <input type="checkbox"/>																		
ÚLTIMA INGESTA:																		
EVENTOS ¿TUVO ALTERACIÓN DE ESTADO DE CONCIENCIA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
Escena:											INFORMACIÓN OBJETIVA:							
¿Dónde ocurrió el accidente? Detallar descripción del lugar, clima, distancias de evacuación, cantidad de personas involucradas. Otros detalles relevantes.		HORA: LO QUE MIRO, ESCUCHO O SIENTO (M.E.S) - EXAMEN FÍSICO. BUSCAR DEFORMIDADES, HERIDAS, HEMATOMAS, INFLAMACIÓN, DECOLORACIÓN DE LA PIEL, ETC. ¿DONDE?																
Evaluación Primaria Completar de acuerdo a la condición del paciente al realizar la Evaluación Primaria:											SIGNOS VITALES							
A Vía Aérea: ¿Abierta? <input type="checkbox"/> ¿Cerrada? <input type="checkbox"/> TX: HIPEREXTENSIÓN <input type="checkbox"/> SUBLUXACIÓN <input type="checkbox"/> LATERALIZACIÓN <input type="checkbox"/> CÁNULA OROF <input type="checkbox"/>		HORA									FC	FR	AVDN	TA	PIEL	TEMP / °C	SAT. PO2	
B ¿Ventila? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TX:																		
C ¿Tiene pulso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TX: RCP <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> NO SE REALIZÓ <input type="checkbox"/> Hemorragias ¿tiene? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TX: PRESIÓN DIRECTA <input type="checkbox"/> VENDAJE HEMOSTÁTICO <input type="checkbox"/> TORNIQUETE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>																		
D Estado de conciencia, AVDN		Alerta <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> TX sobre la columna al Dolor <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>																
E Estabilización de temperatura.		Aislar del FRÍO <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> TX:																
Evolución al finalizar la Ev. Primaria: ¿Tiene pulso? <input type="checkbox"/> ¿Ventila? <input type="checkbox"/> Nivel del AVDN: A A- V D N																		

CRITERIOS DE EVACUACIÓN: **URGENTE** **NO URGENTE** MOTIVO PRINCIPAL:

METODO:

OBSERVACIONES:

SOCORRISTAS:

FECHA Y HORA