

Nombre del paciente:		GÉNERO:		EDAD:			
LUGAR:		FECHA:		HORA:			
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"/>					
Escena:							
¿Dónde ocurrió el accidente? Detallar descripción del lugar, clima, distancias de evacuación, cantidad de personas involucradas. Otros detalles relevantes.							
Evaluación Primaria							
Completar de acuerdo a la condición del paciente al realizar la Evaluación Primaria:							
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"/>							
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 consciencia, AVDN							
Alerta <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> al Dolor <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>		TX sobre la columna					
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							
INFORMACIÓN SUBJETIVA:							
HORA:		SÍNTOMAS: ¿QUÉ NOS DICE EL PACIENTE?. (DOLOR, NAUSEAS, PICAZÓN, ETC) ¿DONDE?					
ALERGIAS: ¿A QUÉ? LOCAL <input type="checkbox"/> SISTÉMICA <input type="checkbox"/> TX:							
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"/>							
INFORMACIÓN OBJETIVA:							
HORA:		LO QUE MIRO, ESCUCHO O SIENTO (M.E.S) - EXAMEN FÍSICO. BUSCAR DEFORMIDADES, HERIDAS, HEMATOMAS, INFLAMACIÓN, DECOLORACIÓN DE LA PIEL. ETC. ¿DONDE?					
SIGNOS VITALES							
HORA	FC	FR	AVDN	TA	PIEL	TEMP / °C	SAT. PO2

[illegible]

CRITERIOS DE EVACUACIÓN: URGENTE ☐ NO URGENTE ☐ MOTIVO PRINCIPAL: METODO:

OBSERVACIONES:**SOCORRISTAS:**

FECHA Y HORA