

INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE

PRIORIDAD

1	CRÍTICO	3	INESTABLE	1	ROJO	4	VERDE
2	NO CRÍTICO	4	ESTABLE	2	AMARILLO	5	NEGRA

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN / SER TRASLADADO EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA PRESENTE DECLARO QUE ME NIEGO A ACEPTAR EL (TRATAMIENTO) (TRASLADO) A UN HOSPITAL Y RECONOZCO, QUE EL PERSONAL DE LA AMBULANCIA DE PROTECCIÓN CIVIL ME RECOMENDARON LO ANTERIOR, POR LO QUE EXIMO A PROTECCIÓN CIVIL Y A DICHAS PERSONAS DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUDIERA DERIVAR AL HABER RESPETADO Y CUMPLIDO MIS DESEOS.

NOMBRE / FIRMA / PACIENTE

NOMBRE / FIRMA / TESTIGO

AUTORIDAD O AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO

DEPENDENCIA:

NÚMERO DE UNIDADES:

NOMBRE O NÚMEROS DE LOS OFICIALES:

VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

	TIPO Y MARCA	PLACAS
1		
2		
3		
4		

POSICIÓN, ORIENTACIÓN (DONDE Y COMO) SE ENCONTRÓ EL PACIENTE:

PERTENENCIAS:

RECIBE PERTENENCIAS:

NOMBRE / FIRMA / CARGO

COMPAÑÍA SEGURO DE AUTOMÓVIL:

FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

ENTREGA PACIENTE

MÉDICO QUE RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

MATERIAL UTILIZADO

1	SONDA ASPIRACIÓN	
2	PUNTAS NASALES	
3	MASCARILLA ADULTO	
4	PUNZOCATH 14	
5	PUNZOCATH 16	
6	PUNZOCATH 18	
7	VENOPACK	
8	JERINGAS 5 CC	
9	ABATELENGUAS	
13	HIELO INSTANTÁNEO	
14	DESTROSTIX	
15	LANCETA	
16	CURITA	
17	GASA SIMPLE	
18	ALGODÓN	
19	SABANA	
20	VENDA GASA 10 CM	
21	COMPRESA ESTÉRIL	

1	T. ENDOTRAQUEAL 3.0	
2	T. ENDOTRAQUEAL 4.0	
3	TROCAR TORÁCICO 14	
4	TROCAR TORÁCICO 16	
5	ELECTRODOS ADULTO	
6	ELECTR. PEDIÁTRICOS	
7	S. NASOGÁSTRICA	
8	SABANA QUEMADOS	
9		
10		
11		
12		

1	NACL 0.9 %	
4	GLUCOSA 10 %	