

**DATOS GENERALES**

FECHA:  DIA /  MES /  AÑO  
 KM INICIAL: \_\_\_\_\_  
 KM FINAL: \_\_\_\_\_

HORA DE SALIDA: \_\_\_\_\_ LLEGADA A LUGAR: \_\_\_\_\_ TRASLADO: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_ REGRESO A BASE: \_\_\_\_\_

**TIPO DE SERVICIO**  
ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

HOGAR	TRABAJO	VIA PUBLICA	ESCUELA
VEHICULO	OTRO		

CALLE: \_\_\_\_\_  
 COLONIA: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**PERSONAL**

UNIDAD PC-00 \_\_\_\_\_ OPERADOR: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL TUM-B/TAMP: \_\_\_\_\_  
 PERSONAL DE APOYO: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL LESIONADO Y/O PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD APROX: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES.  MASCULINO  FEMENINO  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ESTADO DE CONCIENCIA:  CONCIENTE  INCONCIENTE  SIGNOS VITALES AUSCENTES

POSICION EN QUE SE ENCONTRO

SUPINA DE PIE	PRONA DE COMA	FOWLER SEMI FOWLER	DECUBITO LATERAL IZQUIERDO	DECUBITO LATERAL DERECHO
---------------	---------------	--------------------	----------------------------	--------------------------

**VALORACION INICIAL**

**SIGNOS VITALES**

HORA	FR	FC	TAS	TAD	TEMP	A	V	D	I

ESCALA DE GLASGOW: \_\_\_\_\_ PTS. SpO2: \_\_\_\_\_ %

APERTURA OCULAR: 4 ESPONTANEA, 3 AL HABLAR, 2 AL DOLOR, 1 NINGUNA  
 RESPUESTA VERBAL: 5 ORIENTADA, 4 CONFUSA, 3 PALABRAS INAPROPIADAS, 2 SONIDOS INCOMPREENSIBLES, 1 NINGUNA  
 RESPUESTA MOTORA: 6 OBEDECE ORDENES, 5 LOCALIZADA, 4 DE RETIRADA, 3 FLEXION NORMAL, 2 EXTENSION ANORMAL, 1 NINGUNA

ALIENTO ALCOHOLICO SI  NO   
 OTRAS SUSTANCIAS SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

**PUPILAS**  
 NORMAL, ANISOCORICA, MIOTICA, MIDRIATICA

**HISTORIAL**

S \_\_\_\_\_  
 A \_\_\_\_\_  
 M \_\_\_\_\_  
 P \_\_\_\_\_  
 L \_\_\_\_\_  
 E \_\_\_\_\_

**LESIONES PROBABLES EN AREA CORPORAL**

Área	Hx	Cx	Fx	Lx	Esq	Qx
Cara						1 2 3 4
Cráneo						1 2 3 4
Tórax						1 2 3 4
Brazo	I D					1 2 3 4
Antebrazo	I D					1 2 3 4
Mano/Muñeca	I D					1 2 3 4
Abdomen						1 2 3 4
Cadera						1 2 3 4
Pierna	I D					1 2 3 4
Rodilla	I D					1 2 3 4
Muslo	I D					1 2 3 4
Tobillo	I D					1 2 3 4
Pie	I D					1 2 3 4
Genitales						1 2 3 4
Región Cervical						
Región Dorsal						
Región Lumbar						

Lesiones aparentes: \_\_\_\_\_

Frontal, Dorsal

**AGENTE CAUSAL Y TIPO**

ARMA DE FUEGO	ARMA BLANCA	AUTOMOTOR
BICICLETA	MOTOCICLETA	MAQUINARIA
HERRAMIENTA	FUEGO	SUSTANCIA CALIENTE
SUSTANCIA TOXICA	ELECTRICIDAD	EXPLOSION
SER HUMANO	ANIMAL	OTRO

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

ATROPELLAMIENTO	PICADURA	PRENSADO
CAIDA	MORDEDURA	VIOLACION
APLASTAMIENTO	CHOQUE	VOLCADURA
ASFIXIA	AGRESION	RIÑA
INTOXICACION	QUEMADURA	OTRO

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD**

NEUROLOGICA	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIA
DIGESTIVA	METABOLICA	RENAL
UROGENITAL	GINECO-OBSTETRICA	PSIQUIATRICA
SISTEMICA	INFECCIOSA	EMOCIONAL

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**TIPO DE TRATAMIENTO Y/O MANEJO**

VIA AEREA	COLLARIN CERVICAL	OXIGENOTERAPIA
APOYO VENTILATORIO	LINEA INTRA VENOSA	PAN T. ANTISHOCK
INMOVILIZACION EXT.	EMPAQUETAMIENTO	CURACION
RCP BASICO	RCP AVANZADO	EKG
DESFIBRILADOR	MEDICO	NINGUNO

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**LABOR DE PARTO**

PRODUCTO:  VIVO  MUERTO SEXO:  MASCULINO  FEMENINO.  
 ESCALA DE APGAR: \_\_\_\_\_ PTS. TIEMPO DE GESTACION: \_\_\_\_\_ MESES.

**VALORACION CARDIO RESPIRATORIA**

PARAMETROS	0	1	2
COLORACION	AZUL PALIDO	CUERPO ROSA, MANOS Y PIES AZUL	COMPLETAMENTE ROSA
FRECUENCIA CARDIACA	AUSCENTE	LENTO 100	ARRIBA DE 100
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGO DE FLEXIBILIDAD EN EXTREMIDADES	MOVIMIENTO ACTIVO
RESPUESTA A ESTIMULOS	AUSCENTE	ALGO DE MOVIMIENTO LENTO	LLANTO VIGOROSO
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSCENTE	CENO E IRREGULAR	BUEN LLANTO

PRONOSTICO:  
 5-10 RECIEN NACIDO NORMAL  
 4-7 RECIEN NACIDO QUE REQUIERE REANIMACION Y VALORACION DE RETRACCIONES  
 4-7 RECIEN NACIDO QUE REQUIERA REANIMACION INTENSIVA

**INSTITUCION DONDE SE TRASLADA**

CRUZ ROJA, ISEM, NAVAL, NO AMERITA, OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
 IMSS, PEMEX, SSA, SMDF  
 ISSSTE, MILITAR, ISSEM YM, PRIVADO

**AUTORIDAD QUE TOMA CONOCIMIENTO EN EL LUGAR**

S.P.M  S.S.C  P.F.  M.P.  S.D.N.  OTRO

UNIDADES \_\_\_\_\_  
 AL MANDO \_\_\_\_\_  
 UNIDADES \_\_\_\_\_  
 AL MANDO \_\_\_\_\_  
 UNIDADES \_\_\_\_\_  
 AL MANDO \_\_\_\_\_

**VEHICULOS INVOLUCRADOS**

	MARCA Y TIPO	PLACAS Y ENTIDAD
1		
2		
3		

ACCIDENTE CONTRA OBJETO FIJO \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE MEDICO O AUTORIDAD CORRESPONDIENTE RECEPTOR**

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_ SELLO INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_

**DECLARATORIA DE SERVICIO**

Mediante la presente declaro que no acepto el tratamiento y/o traslado posterior a una institución medica, reconociendo que el personal de la unidad de Protección Civil de Teotihuacán me brindo el apoyo necesario, eximiendo a los mismos de toda responsabilidad que pudiera derivar de haber respetado y cumplido mi voluntad.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO FAMILIAR \_\_\_\_\_