Empresa Social Del Estado Centro de Salud JENESANO	MANUAL DE MEDICINA				
	FORMATO:	TRASLADO DE PACIENTE			
	Levantamiento: Agoto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: F-CE-M-03	Página: -1 de 1	Versión: 01

HORA DE SALIDA	
HORA DE LLEGADA	
FECHA	
TRASLADO No	

DATOS DEL PACIENTE

MOTIVO DEL TRASLADO _____ SI _____ NO _____

Nombres y Apellidos _____ Edad _____ D.I _____

Sexo [F] [M] Dirección de residencia _____ Teléfono _____

Atención en residencia _____ Via Pública _____ Comercio _____ Trabajo _____ Hospital _____ Otro _____

EPS _____ EPSS _____ Vinculado _____ SOAT _____ ARP _____ Desconocido _____ Empresa _____

Antecedentes alergicas _____ Medicamentos _____

Patológicos _____ Cx. _____ Ultima Ingesta _____

EXAMEN FISICO

HORA				
GLASGOW				
F.C.				
F.R.				
T.A.				
T°				

NIVEL DE CONCIENCIA

A _____ S _____ D _____ I _____

Signos de dificultad respiratoria [SI] Cuales _____

	Anormal		Anormal
1. Craneo	_____	6. Genitales	_____
2. Cara	_____	7. Extremidades	_____
3. Cuello	_____	8. Piel	_____
4. Torax	_____	9. Neurologico	_____
5. Abdomen	_____	10. Otros	_____

GLASGOW
13 - 15
9 - 2
5 - 6
3

PRES - SIST
75 - 80
80 - 75
1
0

FREC - RES
10 - 20
+20
6 - 9
1 - 5
0

Inicial Inicial Inicial

Estado general [BUENO] [MALO]

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA _____

PROCEDIMIENTOS: Via venosa _____ Monitorización _____

O2 x cánula o máscara _____ I.O.T _____ Inyectología _____

Cricotiroidotomía por punción _____ Toracotomía cerrada _____

Descomprensión Toraxica con aguja ____ Comprensión por hemorragía ____

Inmovilizaciones: Total _____ Cervical _____ MSSS _____ MSIS _____

ANALGESIA CON: _____

OTROS _____

_____
FIRMA MEDICO O INSTITUCIÓN RECEPTORA

DATOS RELEVANTES DEL TRASLADO

_____

Hora salida _____

Hora de llegada IPS destino _____

Nombre auxiliar _____

Nombre de conductor _____

Nombre de médico Si aplica _____

Otro _____

Hora IPS destino _____