



**Gobierno Municipal
Zacoalco de Torres
2024 - 2027**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES
OFICIO 001/2024**

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A OFICIO UTZT/068/2024
ASUNTO DE RESPUESTA: POSITIVA**

**LIC. GLORIA ELIZABETH LOMELÍ ZAVALA
DEPENDENCIA: PRESIDENCIA MUNICIPAL
DEPARTAMENTO/ÁREA: UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO
A LA INFORMACIÓN
DOCUMENTO: OFICIO**

PRESENTE.

En contestación a su oficio número **UTZT/068/2024** derivado de la petición de información suscrita por el (la) **C. JOSÉ OJEDA**. Mismo que me fue derivado y entregado por su conducto el pasado día 12 de noviembre de 2024, en lo que respecta a esta dirección de departamento de servicios médicos municipales, de la cual ocupo el cargo, hago del conocimiento que mi respuesta es en sentido **AFIRMATIVA**, se anexa copia de bitácora de servicios médicos municipales del día 3 de noviembre del 2024 donde se le brindo el servicio al **C. JOSÉ OJEDA**.

Dando respuesta afirmativa a la solicitud.



**Gobierno Municipal
Zacoalco de Torres
2024 - 2027**

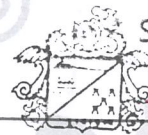
Sin otro particular, agradezco de antemano la atención a la presente y que a sus ordenes para cualquier duda o aclaración.

“2024, año del Bicentenario del Nacimiento del Federalismo Mexicano, así como de la Libertad y soberanía de los Estados”

Zacoalco de Torres, Jalisco a 12 de noviembre de 2024

Atentamente

Dr. Eduardo Dueñas Santana
Director de Servicios Médicos Municipales



**SERVICIOS MÉDICOS
MUNICIPALES**
ZACOALCO DE TORRES, JAL.
2024-2027

C.C.P. SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES.



**UNIDAD DE TRANSPARENCIA
Y ACCESO A LA INFORMACIÓN
PÚBLICA**
ZACOALCO DE TORRES, JAL.
2024-2027

RECIBIDO 13-Nov-24 HORA 10:27 am



Gobierno Municipal
Zacoalco de Torres
2024 - 2027

SECRETARIA GENERAL
CERT/155/2024
13/11/24

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe **ABOGADO ESTEBAN DIAZ CASTILLO**, Secretario General del Ayuntamiento Constitucional 2024-2027 de Zacoalco de Torres, Jalisco; y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 63 de la Ley de Gobierno y la Administración Pública Municipal del Estado de Jalisco hago constar y;

CERTIFICO:

Que las presentes copias fotostáticas concuerdan fielmente con su original, las cuales constan de 02 dos fojas útiles, cuyo contenido obra al anverso y reverso de la presente certificación correspondiente a la **ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA DEL C. JOSE CRUZ OJEDA MORENO**, emitido por Servicios Médicos Municipales de Zacoalco de Torres, Jalisco, mismas que fueron cotejadas y certificadas en mi presencia el día 13 trece de noviembre de 2024 dos mil veinticuatro.

Se expide la presente certificación a petición de los interesados, para los usos y fines legales a que haya lugar

ATENTAMENTE

"2024, AÑO DEL BICENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL FEDERALISMO MEXICANO, ASI COMO DE LA LIBERTAD Y SOBERANIA DE LOS ESTADOS"
Zacoalco de Torres, Jalisco; 13 trece del mes de noviembre de 2024 dos mil veinticuatro.

ABOGADO ESTEBAN DIAZ CASTILLO
SECRETARIO GENERAL DEL AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DE ZACOALCO DE TORRES, JALISCO.



CRONOGRAMA:

7:00

LLAMADA

SALIDA

LUGAR

TRASLADO

HOSPITAL

9:15
BASE

ACTIVADOR:

- ☐ CEINCO
☐ SVT
☐ UMPCB ZT
☒ DSP ZT
☐ AREA MEDICA
☐ PERSONALMENTE
☐ TELEFONO
☐ OTRO: _____

TIPO DE RESPUESTA:

- ☒ URGENCIA
☐ TRASLADO DE URGENCIA
☐ TRASLADO PROGRAMADO
☐ SERVICIO ESPECIAL
☐ RESCATE

ASIGNADO

S. Ciudadana

ATIENDE

Ser. Medicos

UBICACION DEL SERVICIO:

CALLE/CARRETERA: Via Cuervo San Isidro
NºEXT./KM: Progreso
ENTRE: Zacatecas de T. Y: Progreso San Isidro
COLONIA: Cuervo
MUNICIPIO: Zacatecas de T. SECCION: _____
TELÉFONO: _____

LUGAR DE OCURRENCIA:

- ☐ CARRETERA ☒ VIA PUBLICA ☐ HOGAR ☐ TRABAJO ☐ IGLESIA
☐ DEPORTE ☐ RECREACION ☐ ESCUELA ☐ SMM ZT ☐ OTRO: _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRE/MEDIA FILACION: José Guzmán Moreno
EDAD: 54 ☒ MASCULINO ☐ FEMENINO
CALLE/CARRETERA: Progreso
NºEXT./KM: 37 N°INT: _____ TELÉFONO: _____
COLONIA: Centro SECCION: _____
MUNICIPIO: Zacatecas de T. DERECHO HABIENTE: _____
ALERGIAS: A la Pizca PATOLOGIAS: _____
ACOMPAÑANTE: S/A. PARENTES: _____

OBSTETRICOS:

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____
FUM: _____ FPP: _____
CONTROL PRENATAL: _____
INICIO CONTRACCIONES: _____
FRECUENCIA FETAL: _____
DURACION: _____

NEONATALES:

FECHA DE NACIMIENTO: _____
HORA: _____
PRODUCTO: ☒ VIVO ☐ MUERTO
☒ MASCULINO ☐ FEMENINO
APGAR: 2024 2027
SILVERMAN: SECRETARIA GENERAL

HORA:

SPO2: 98
F.R: 18
F.C: 80
T/A: 160/120
GLUCOSA: _____
TEMPERATURA: 36.5
GLASGOW: 15
TRAUMA SCORE: _____

PIEL:

- ☒ NORMAL ☒ SIMETRICO ☐ ASIMETRICO
☐ FRIA ☒ DERECHO ☐ IZQUIERDO
☐ DIAFORETICA ☐ VENTILA ☐ VENTILA
☐ CALIENTE ☐ HIPOVENTILA ☐ HIPOVENTILA
☐ SECA ☐ SIBILANCIAS ☐ SIBILANCIAS
☐ ROJA ☐ CREPITOS ☐ CREPITOS
☐ PALIDA ☐ ESTERTORES ☐ ESTERTORES
☐ ICTERICA ☐ NO VENTILA ☐ NO VENTILA
☐ CIANOTICA ☐ LIVIDEZ
☐ LIVIDEZ
☐ OTRA: _____

PUPILAS:

- ☐ ISOCORIA
☐ MIOSIS
☐ MIDRIASIS
☐ ANISOCORIA
☐ HIPOREFLEXIA
☐ AREFLEXIA
☒ NORMOREFLEXIA

PULSO:

- ☒ NORMAL
☐ RAPIDO
☐ DEBIL
☐ SUPERFICIAL
☐ AUSENTE

LLENADO CAPILAR:

- ☒ NORMAL
☐ RETARDADO
☐ AUSENTE

RESPIRACION:

- ☒ NORMAL
☐ BRADIPNEA
☐ TAQUIPNEA
☐ APNEA
☐ DISNEA

TORAX:

- ☐ ASIMETRICO
☐ IZQUIERDO
☐ VENTILA
☐ HIPOVENTILA
☐ SIBILANCIAS
☐ CREPITOS
☐ ESTERTORES
☐ NO VENTILA

ABDOMEN:

- ☐ BLANDO
☐ DEPRESIBLE
☐ DOLOROSO
☐ RIGIDO
☐ DISTENDIDO

PERISTALSIS:

- ☒ NORMAL
☐ AUMENTADA
☐ DISMINUIDA
☐ AUSENTE

TIPO DE SERVICIO:

- ☒ CHOQUE
☐ VOLCADURA
☐ ATROPELLADO
☐ CAIDO
☐ SU ALTURA
☐ BICICLETA
☐ VEHICULO
☐ ALTURA: _____
☐ A. FISICA
☐ CONTUNDENTE
☐ A. BLANCA
☐ A. DE FUEGO
☐ HUMANO
☐ ANIMAL
☐ A. SEXUAL
☐ QUEMADURAS
☐ ELECTROCUTADO
☐ IMERCION
☐ ACCIDENTADO
☐ OTRO: _____

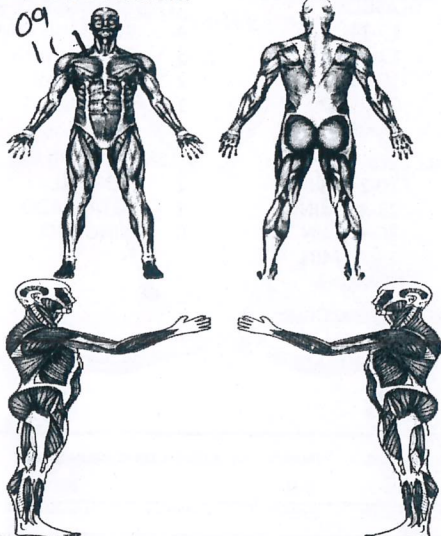
PATOLOGIA:

- ☐ ALT RESPIRATORIA
☐ ALT CARDIOVASCULAR
☐ ALT NEUROLOGICA
☐ ALT GASTROINTESTINAL
☐ ALT RENAL/UROLOGICA
☐ ALT OSTEOARTICULAR
☐ ALT PSIQUIATRICA
☐ ALT EMOCIONAL
☐ ALT GINECOBISTETRICA
☐ ALT METABOLICA
☐ INFECCION
☐ ONCOLOGICA
☐ INTOXICACION
☐ OTRA: _____
INTENTO SUICIDA:
☐ RS-0
☐ RS-1
☐ RS-2
☐ RS-3
☐ RS-4
☐ CONSUMADO

TRATAMIENTO:

- VIAS RESPIRATORIAS:**
☐ ASPIRACION
☐ MANUAL
☐ CANULA OROFARINGEA
☐ CANULA NASOGASTRICA
☐ CANULA OROTRAQUEAL
CONTROL DE HEMORRAGIA
☐ PRESION DIRECTA
☐ PRESION INDIRECTA
☐ ELEVACION EXTREMIDAD
☐ CRIOTERAPIA
☐ TORNQUETE
VENTILACION:
☐ PUNTAS NAALES
☐ MASCARILLA SIMPLE
☐ MASCARILLA RESERVORIO
☐ ESCAFANDRA
☐ BVM
☐ RESP. SALVAMENTO
☐ RESP. ASISTIDA
☐ VENTILADOR
☐ NEBULIZACION
EDO CONSCIENCIA:
☒ ALERTA
☐ VERBAL
☐ DOLOR
☐ INCONCIENTE
EQUIPO:
☐ INM. ESPINAL
☐ CHALECO KED
☐ PEDIPACK
☐ FERULA TRACCION
☐ MEDIA TABLA
CIRCULACION:
☒ LINEAS I.V.
☐ LINEA 1
☐ LINEA 2
☐ OXIGENOTERAPIA
☐ LT X MIN: _____
☐ MONITOREO ECG
☐ DESFIBRILACION
☐ RCP
FRACTURAS:
☐ VENDAJE
☐ INMOVILIZACION
☐ TRACCION

UBICACION DE LESION:



SOLUCIONES Y MEDICAMENTOS:

SOLUCIONES I.V: 1 sol cs 500ml.
MEDICAMENTOS: 60 mg Ketorolaco
1 punzo #18
AUTORIZA: _____

PRIORIDAD:

- ☐ NEGRO ☐ AMARILLO
☐ ROJO ☐ VERDE

CONDICION DEL PACIENTE:

- ☐ GRAVE ☐ REGULAR ☐ LEVE

DESTINO:

- ☐ NO AMERITA ☐ FALSA ALARMA ☐ POR SUS MEDIOS ☐ HOSPITAL
☐ SE NIEGA ☐ CANCELADO ☐ CADAVER ☐ OTRO: _____

OPERADOR:

Alfonso Ramirez

AMBULANCIA:

504 112 (107)

FIRMA DEL TUM:

- 01 CONTUSION
02 ESCORIACION
03 EQUIMOSIS
04 HEMATOMA
05 HERIDA
06 AMPUTACION

- 08 HEMORRAGIA
09 FRACTURA
10 QUEMADURAS
11 DOLOR
12 EDEMA
13 FEFISMA SIRCUTANEO

SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
ZACOALCO DE TORRES, JALISCO.
ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
PARTE DE ATENCIÓN

FOLIO:

Nº 0106

03 11 24
DÍA MES AÑO



CRONOGRAMA:

LLAMADA 9:15am SALIDA LUGAR TRASLADO HOSPITAL BASE 11:40pm

ACTIVADOR:

- ☐ CEINCO
☐ SVT
☐ UMPCB ZT
☒ DSP ZT
☐ AREA MEDICA
☐ PERSONALMENTE
☐ TELEFONO
☐ OTRO:

TIPO DE RESPUESTA:

- ☒ URGENCIA
☐ TRASLADO DE URGENCIA
☐ TRASLADO PROGRAMADO
☐ SERVICIO ESPECIAL
☐ RESCATE

ASIGNADO

Seg. Ciudadana

ATENDE

Zacoalco de T.

UBICACION DEL SERVICIO:

CALLE/CARRETERA: 16 de Septiembre. #246.

NºEXT./KM: NºINT:

ENTRE: Y:

COLONIA: SECCION:

MUNICIPIO: TELEFONO:

LUGAR DE OCURRENCIA:

- ☐ CARRETERA ☐ VIA PUBLICA ☐ HOGAR ☒ TRABAJO ☐ IGLESIA
☐ DEPORTE ☐ RECREACION ☐ ESCUELA ☐ SMM ZT ☐ OTRO:

DATOS PERSONALES:

NOMBRE/MEDIA FILACION: Jose Cruz Ojeda

EDAD: 514 ☒ MASCULINO ☐ FEMENINO

CALLE/CARRETERA: Progreso

NºEXT./KM: 37 NºINT: TELEFONO: 026 322 5837

COLONIA: Zacoalco de Torres SECCION:

MUNICIPIO: Zacoalco DERECHO HABIENTE: Eje

ALERGIAS: Pizza PATOLOGIA: Diabetes

ACOMPAÑANTE: PARENTESCO:

OBSTETRICOS:

G: P: A: C:

FUM: FPP:

CONTROL PRENATAL:

INICIO CONTRACCIONES:

FRECUENCIA FETAL:

DURACION:

NEONATALES:

FECHA DE NACIMIENTO: 2024-2027

HORA: 2024-2027

PRODUCTO:

SE RETARIA ☐ MUERTO ☒ FEMENINO

APGAR:

SILVERMAN:

HORA:	9:00		
SPO2:	96		
F.R:	18		
F.C:	71		
T/A:	120/90		
GLUCOSA:	-		
TEMPERATURA:	-		
GLASGOW:	15		
TRAUMA SCORE:			

PIEL:	TORAX:
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SIMETRICO <input type="checkbox"/> ASIMETRICO	
<input type="checkbox"/> FRIA <input type="checkbox"/> DERECHO <input type="checkbox"/> IZQUIERDO	
<input type="checkbox"/> DIAFORETICA <input type="checkbox"/> VENTILA <input type="checkbox"/> VENTILA	
<input type="checkbox"/> CALIENTE <input type="checkbox"/> HIPOVENTILA <input type="checkbox"/> HIPOVENTILA	
<input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> SIBILANCIAS <input type="checkbox"/> SIBILANCIAS	
<input type="checkbox"/> ROJA <input type="checkbox"/> CREPITOS <input type="checkbox"/> CREPITOS	
<input type="checkbox"/> PALIDA <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> ESTERTORES	
<input type="checkbox"/> ICTERICA <input type="checkbox"/> NO VENTILA <input type="checkbox"/> NO VENTILA	
<input type="checkbox"/> CIANOTICA <input type="checkbox"/> NO VENTILA <input type="checkbox"/> NO VENTILA	
<input type="checkbox"/> LIVIDEZ <input type="checkbox"/> NO VENTILA <input type="checkbox"/> NO VENTILA	
<input type="checkbox"/> OTRA:	

PUPILAS:	LEENADO CAPILAR:	ABDOMEN:
<input checked="" type="checkbox"/> ISOCORIA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> BLANDO		
<input type="checkbox"/> MIOSIS <input type="checkbox"/> RETARDADO <input type="checkbox"/> DEPRESIBLE		
<input type="checkbox"/> MIDRIASIS <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> DOLOROSO		
<input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> RIGIDO		
<input type="checkbox"/> HIPORREFLEXIA <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> DISTENDIDO		
<input type="checkbox"/> ARREFLEXIA <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> DISTENDIDO		
<input type="checkbox"/> NORMORREFLEXIA <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> DISTENDIDO		
PULSO:	RESPIRACION:	PERISTALSIS:
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL		
<input type="checkbox"/> RAPIDO <input type="checkbox"/> BRADIPNEA <input type="checkbox"/> AUMENTADA		
<input type="checkbox"/> DEBIL <input type="checkbox"/> TAQUIPNEA <input type="checkbox"/> DISMINUIDA		
<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> APNEA <input type="checkbox"/> AUSENTE		
<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> DISNEA <input type="checkbox"/> AUSENTE		

TIPO DE SERVICIO:

- ☒ CHOQUE (Tren)
☐ VOLCADURA
☐ ATROPELLADO
☐ CAIDO
☐ SU ALTURA
☐ BICICLETA
☐ VEHICULO
☐ ALTURA:
☐ A. FISICA
☐ CONTUNDENTE
☐ A. BLANCA
☐ A. DE FUEGO
☐ HUMANO
☐ ANIMAL
☐ A. SEXUAL
☐ QUEMADURAS
☐ ELECTROCUTADO
☐ IMERCION
☐ ACCIDENTADO
☒ OTRO:

PATOLOGIA:

- ☐ ALT RESPIRATORIA
☐ ALT CARDIOVASCULAR
☐ ALT NEUROLOGICA
☐ ALT GASTROINTESTINAL
☐ ALT RENAL/UROLOGICA
☐ ALT OSTEOARTICULAR
☐ ALT PSIQUIATRICA
☐ ALT EMOCIONAL
☐ ALT GINECOBISTERICA
☐ ALT METABOLICA
☐ INFECCION
☐ ONCOLOGICA
☐ INTOXICACION
☐ OTRA:
INTENTO SUICIDA:
☐ RS-0
☐ RS-1
☐ RS-2
☐ RS-3
☐ RS-4
☐ CONSUMADO

TRATAMIENTO:

VIAS RESPIRATORIAS:

- ☐ ASPIRACION
☐ MANUAL
☐ CANULA OROFARINGEA
☐ CANULA NASOGASTRICA
☐ CANULA OROTRAQUEAL

VENTILACION:

- ☐ PUNTAS NAALES
☐ MASCARILLA SIMPLE
☐ MASCARILLA RESERVORIO
☐ ESCAFANDRA
☐ BVM
☐ RESP. SALVAMENTO
☐ RESP. ASISTIDA
☐ VENTILADOR
☐ NEBULIZACION

HERIDAS:

- ☐ APOSITO
☐ CURACION
☐ VENDAJE
☐ SUTURA

REVISION FISICA:

- ☒ ANTERIOR
☒ POSTERIOR

QUEMADURAS:

- ☐ APOSITO
☐ IRRIGACION
☐ VENDAJE
☐ CURACION

CONTROL DE HEMORRAGIA

- ☐ PRESION DIRECTA
☐ PRESION INDIRECTA
☐ ELEVACION EXTREMIDAD
☐ CRIOTERAPIA
☐ TORNIQUE

EDO CONSCIENCIA:

- ☒ ALERTA
☐ VERBAL
☐ DOLOR
☐ INCONCIENTE

EQUIPO:

- ☐ INM. ESPINAL
☐ CHALECO KED
☐ PEDIPACK
☐ FERULA TRACCION
☐ MEDIA TABLA

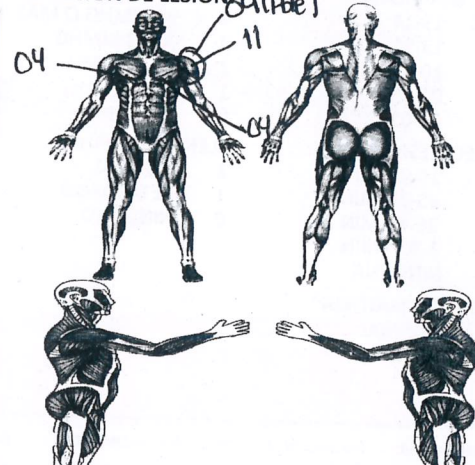
CIRCULACION:

- ☐ LINEAS I.V.
☐ LINEA 1
☐ LINEA 2
☐ OXIGENOTERAPIA
☐ LT X MIN:
☐ MONITOREO ECG
☐ DESFIBRILACION
☐ RCP

FRACTURAS:

- ☐ VENDAJE
☒ INMOVILIZACION
☐ TRACCION

UBICACION DE LESION:



CONDICION DEL PACIENTE:

SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
ZACALCO DE TORRES, JALISCO.
ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
PARTE DE ATENCIÓN

FOLIO:

Nº 0105

DÍA 03 MES 11 AÑO 2024



CRONOGRAMA:

7:00 LLAMADA 9:15 SALIDA LUGAR TRASLADO HOSPITAL BASE

ACTIVADOR:

- ☐ CEINCO
☐ SVT
☒ UAPCB ZT
☐ DSP ZT
☐ AREA MEDICA
☐ PERSONALMENTE
☐ TELEFONO
☐ OTRO:

TIPO DE RESPUESTA:

- ☒ URGENCIA
☐ TRASLADO DE URGENCIA
☐ TRASLADO PROGRAMADO
☐ SERVICIO ESPECIAL
☐ RESCATE

ASIGNADO

S. P. Adadana
Atiende
Ser. Medicos

UBICACION DEL SERVICIO:

CALLE/CARRETERA: Via Cuicero San Isidro
Nº EXT./KM: 1
ENTRE: Zacoalco de T. y Cuicero San Isidro
COLONIA: Cuicero
SECCION:
MUNICIPIO: Zacoalco de Torres
TELÉFONO:

LUGAR DE OCURRENCIA:

- ☐ CARRETERA ☒ VIA PUBLICA ☐ HOGAR ☐ TABAJO ☐ IGLESIA
☐ DEPORTE ☐ RECREACION ☐ ESCUELA ☐ SMM ZT ☐ OTRO:

DATOS PERSONALES:

NOMBRE/MEDIA FILACION: Tosi Cruz Gisela Moreno

EDAD:

5:27 ☒ MASCULINO ☐ FEMENINO

CALLE/CARRETERA: Progreso

Nº EXT./KM: 37

TELÉFONO:

COLONIA: Centro

MUNICIPIO: Zacoalco de T.

ALERGIAS: No

ACOMPANIANTE: No

OBSTETRICOS:

G: P: A: C:
FUM: FPP:
CONTROL PRENATAL:
INICIO CONTRACCIONES:
FRECUENCIA FETAL:
DURACION:

NEONATALES:

FECHA DE NACIMIENTO:
HORA:
PRODUCTO:
APGAR: 2024-2027
SILVERMAN:

HORA:

SPO2:

FR:

FC:

T/A:

98					
13					
80					
160/120					

<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> SIMETRICO	<input type="radio"/> TORAX:
<input type="radio"/> FRIO	<input type="radio"/> DERECHO	<input type="radio"/> IZQUIERDO
<input type="radio"/> DIAFORETICA	<input type="radio"/> VENTILA	<input type="radio"/> VENTILA
<input type="radio"/> CALIENTE	<input type="radio"/> HIPOVENTILIA	<input type="radio"/> VENTILA
<input type="radio"/> SECA	<input type="radio"/> SIBILANCIAS	<input type="radio"/> SIBILANCIAS
<input type="radio"/> ROJA	<input type="radio"/> CREPITOS	<input type="radio"/> CREPITOS
<input type="radio"/> PALIDA		

TIPO DE SERVICIO:

- ☐ CHOQUE
☐ VOLCADURA
☐ ATROPELLADO
☐ CAIDO
☐ SU ALTURA
☐ BICICLETA
☐ VEHICULO
☐ ALTURA:
☐ A. FISICA
☐ CONTUNDENTE
☐ A. BLANCA
☐ A. DE FUEGO
☐ HUMANO
☐ ANIMAL
☐ A. SEXUAL
☐ QUEMADURAS
☐ ELECTROCUTADO
☐ IMERION
☐ ACCIDENTADO
☐ OTRO:

PATOLOGIA:

- ☐ ALT RESPIRATORIA
☐ ALT CARDIOVASCULAR
☐ ALT NEUROLOGICA
☐ ALT GASTROINTESTINAL
☐ ALT RENAL/UROLOGICA
☐ ALT OSTEOARTICULAR
☐ ALT PSIQUIATRICA
☐ ALT EMOCIONAL
☐ ALT GINECOBSTERICA
☐ ALT METABOLICA
☐ INFECCION
☐ ONCOLOGICA
☐ INTOXICACION
☐ OTRO:
☐ INTENTO SUICIDA:
☐ RS-0
☐ RS-1
☐ RS-2
☐ RS-3
☐ RS-4
☐ CONSUMADO

TRATAMIENTO:

- ☐ VIAS RESPIRATORIAS:
☐ ASPIRACION
☐ MANUAL
☐ CANULA OROFARINGEA
☐ CANULA NASOGASTRICA
☐ CANULA OROTRAQUEAL
☐ VENTILACION:
☐ PUNTAS NASALES
☐ MASCARILLA SIMPLE
☐ MASCARILLA RESERVORIO
☐ ESCAFANDRA
☐ BVM
☐ RESP. SALVAMENTO
☐ RESP. ASISTIDA
☐ VENTILADOR
☐ NEBULIZACION
☐ HERIDAS:
☐ APOSITO
☐ CURACION
☐ VENDAJE
☐ SUTURA
☐ REUSION FISICA:
☐ ANTERIOR
☐ POSTERIOR
☐ QUEMADURAS:
☐ APOSITO
☐ IRRIGACION
☐ VENDAJE
☐ CURACION
☐ FRACTURAS:
☐ VENDAJE
☐ INMOVILIZACION
☐ TRACCION

CONTROL DE HEMORRAGIA

- ☐ PRESION DIRECTA
☐ PRESION INDIRECTA
☐ ELEVACION EXTREMIDAD
☐ CRIOTERAPIA
☐ TORNIQUETE
☐ EDO CONSCIENCIA:
☐ ALERTA
☐ VERBAL
☐ DOLOR
☐ INCONCIENTE
☐ EQUIPO:
☐ INVI. ESPINAL
☐ CHALECO KED
☐ PEDIPACK
☐ FERULA TRACCION
☐ MEDIA TABLA
☐ CIRCULACION:
☐ LINEAS I.V.
☐ LINEA 1
☐ LINEA 2
☐ OXIGENOTERAPIA
☐ LT X MIN:
☐ MONITOREO ECG
☐ DESFIBRILACION
☐ RCP

UBICACION DE LESION:

PARTE DE ATENCION

No 0106

DIA MES AÑO



CRONOGRAMA: <div><div></div><div>15am</div><div></div><div></div><div>11:40pm</div></div>	
<div><div>LLAMADA</div><div>15am</div><div></div><div></div><div></div></div>	
<div><div>SAIDA</div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
<div><div>LUGAR</div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
<div><div>TRASLADO</div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
<div><div>HOSPITAL</div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
<div><div>BASE</div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
ACTIVADOR: <div><div><input type="checkbox"/> CEINCO</div><div><input type="checkbox"/> SVT</div><div><input type="checkbox"/> UMPCB ZT</div><div><input type="checkbox"/> DSP ZT</div><div><input type="checkbox"/> AREA MEDICA</div><div><input type="checkbox"/> PERSONALMENTE</div><div><input type="checkbox"/> TELEFONO</div><div><input type="checkbox"/> OTRO: _____</div></div>	
TIPO DE RESPUESTA: <div><div><input checked="" type="checkbox"/> URGENCIA</div><div><input type="checkbox"/> TRASLADO DE URGENCIA</div><div><input type="checkbox"/> TRASLADO PROGRAMADO</div><div><input type="checkbox"/> SERVICIO ESPECIAL</div><div><input type="checkbox"/> RESCATE</div></div>	
ASIGNADO <div><div>Atiende</div><div>Zacacolo de T.</div></div>	
UBICACION DEL SERVICIO: <div><div>CALLE/CARRETERA: _____</div><div>16 de Septiembre: # 246.</div><div>NEXT/KM: _____</div><div>NEXT: _____</div><div>ENTRE: _____</div><div>Y: _____</div><div>SECCION: _____</div><div>TELEFONO: _____</div><div>COLONIA: _____</div><div>MUNICIPIO: _____</div></div>	
LUGAR DE OCURENCIA: <div><div><input type="checkbox"/> CARRETERA</div><div><input type="checkbox"/> VIA PUBLICA</div><div><input type="checkbox"/> HOGAR</div><div><input checked="" type="checkbox"/> TRABAJO</div><div><input type="checkbox"/> IGLESIA</div><div><input type="checkbox"/> DEPORTE</div><div><input type="checkbox"/> RECREACION</div><div><input type="checkbox"/> ESCUELA</div><div><input type="checkbox"/> SMM ZT</div><div><input type="checkbox"/> OTRO: _____</div></div>	
DATOS PERSONALES: <div><div>NOMBRE/MEDIA FILACION: Jose Cruz Ojeda</div></div>	
EDAD: <input checked="" type="checkbox"/> 519 <input type="checkbox"/> MASculino <input type="checkbox"/> FEMENINO	
CALLE/CARRETERA: Hogares	
NEXT/KM: 37 NEXT: Nuevos de Tones	
COLONIA: Zacacolo de Tones	
MUNICIPIO: Zacacolo	
ALERGIAS: P. 220	
ACOMPANANTE: _____	
OBSTETRICOS: <div><div>G: _____ P: _____ A: _____ C: _____</div><div>FUM: _____ FPP: _____</div><div>CONTROL PRENATAL: _____</div><div>INICIO CONTRACCIONES: _____</div><div>FRECUENCIA FETAL: _____</div><div>DURACION: _____</div></div>	
NEONATALES: <div><div>FECHA DE NACIMIENTO: 2024/04/17</div><div>HORA: 11:40</div><div>PRODUCTO: SECURITARIA</div><div>AGAR: _____</div><div>SILVERMAN: _____</div><div>PIEL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SIMETRICO <input type="checkbox"/> ASIMETRICO</div><div>TORAX: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIAFORETICA <input type="checkbox"/> CALIENTE <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> ROJA <input type="checkbox"/> PALIDA <input type="checkbox"/> INTERICA</div><div><input type="checkbox"/> DERECHO <input type="checkbox"/> VENTILIA <input type="checkbox"/> HIPOVENTILIA <input type="checkbox"/> SIBILANCIAS <input type="checkbox"/> CREPITOS <input type="checkbox"/> ESTEROTER</div><div><input type="checkbox"/> IZQUIERDO <input type="checkbox"/> VENTILIA <input type="checkbox"/> HIPOVENTILIA <input type="checkbox"/> SIBILANCIAS <input type="checkbox"/> CREPITOS <input type="checkbox"/> ESTEROTER</div></div>	
TIPO DE SERVICIO: <div><div><input checked="" type="checkbox"/> CHOQUE (Tren)</div><div><input type="checkbox"/> VOLCADURA</div><div><input type="checkbox"/> ATROPELLADO</div><div><input type="checkbox"/> CAIDO</div><div><input type="checkbox"/> SU ALTURA</div><div><input type="checkbox"/> BICICLETA</div><div><input type="checkbox"/> VEHICULO</div><div><input type="checkbox"/> ALTURA: _____</div><div><input type="checkbox"/> A. FISICA</div><div><input type="checkbox"/> CONTUNDENTE</div><div><input type="checkbox"/> A. BLANCA</div><div><input type="checkbox"/> A. DE FUEGO</div><div><input type="checkbox"/> HUMANO</div><div><input type="checkbox"/> ANIMAL</div><div><input type="checkbox"/> A. SEXUAL</div><div><input type="checkbox"/> QUEMADURAS</div><div><input type="checkbox"/> ELECTROCUTADO</div><div><input type="checkbox"/> IMERCION</div><div><input type="checkbox"/> ACCIDENTADO</div><div><input checked="" type="checkbox"/> OTRO: _____</div></div>	
TRATAMIENTO: <div><div>VIAS RESPIRATORIAS: <input type="checkbox"/> ASPIRACION <input type="checkbox"/> MANUAL</div><div><input type="checkbox"/> CANULA OROFARINGEA</div><div><input type="checkbox"/> CANULA NASOGASTRICA</div><div><input type="checkbox"/> CANULA OROTRAQUEAL</div><div><input type="checkbox"/> VENTILACION: <input type="checkbox"/> PUNTAS NASALES <input type="checkbox"/> MASCARILLA SIMPLE <input type="checkbox"/> MASCARILLA RESERVORIO <input type="checkbox"/> ESCAFANDRA <input type="checkbox"/> BVM</div><div><input type="checkbox"/> RESP. SALVAMENTO</div><div><input type="checkbox"/> RESP. ASISTIDA</div><div><input type="checkbox"/> VENTILADOR</div><div><input type="checkbox"/> NEBULIZACION</div><div><input type="checkbox"/> HERIDAS: <input type="checkbox"/> APOSTITO <input type="checkbox"/> CURACION</div><div><input type="checkbox"/> VENDAE</div><div><input type="checkbox"/> SUTURA</div><div><input type="checkbox"/> REVISION FISICA: <input type="checkbox"/> ANTERIOR <input type="checkbox"/> POSTERIOR</div><div><input type="checkbox"/> QUEMADURAS: <input type="checkbox"/> APOSTITO <input type="checkbox"/> IRRIGACION</div><div><input type="checkbox"/> VENDAE</div><div><input type="checkbox"/> CURACION</div></div>	
CONTROL DE HEMORRAGIA: <div><div><input type="checkbox"/> PRESION DIRECTA</div><div><input type="checkbox"/> PRESION INDIRECTA</div><div><input type="checkbox"/> ELEVACION EXTREMIDAD</div><div><input type="checkbox"/> CRIOTERAPIA</div><div><input type="checkbox"/> TORNIOQUETE</div><div><input type="checkbox"/> EDO CONSCIENCIA: <input type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> INCONCIENTE</div><div><input type="checkbox"/> EQUIPO: <input type="checkbox"/> INM. ESPINAL <input type="checkbox"/> CHALECO KED <input type="checkbox"/> PEDIPACK <input type="checkbox"/> FERULA TRACCION <input type="checkbox"/> MEDIA TABLA</div><div><input type="checkbox"/> CIRCULACION: <input type="checkbox"/> LINEAS I.V. <input type="checkbox"/> LINEA 1 <input type="checkbox"/> LINEA 2</div><div><input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA</div><div><input type="checkbox"/> LT X MIN: _____</div><div><input type="checkbox"/> MONITOREO ECG</div><div><input type="checkbox"/> DESFIBRILACION</div><div><input type="checkbox"/> RCP</div><div><input type="checkbox"/> FRACTURAS: <input type="checkbox"/> VENDAE <input type="checkbox"/> INMOVILIZACION <input type="checkbox"/> TRACCION</div></div>	
UBICACION DE LESION (Galete):	