

	NOMBRE REGISTRO DE TRASLADO DE AMBULANCIA		CÓDIGO 08-2-FT-001
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 006

FECHA ____/____/____

HORA: _____

TIPO DE TRASLADO:			
Sencillo Básico		Sencillo Medicalizado	
Redondo Básico		Redondo Medicalizado	

SITIO ORIGEN: _____
SITIO DESTINO: _____
NOMBRE CONDUCTOR: _____
NOMBRE AUXILIAR: _____
NOMBRE PACIENTE: _____ **EDAD:** _____ **EPS:** _____
DOCUMENTO: _____ **RC:** ____ **TI:** ____ **CC:** ____ **CE:** ____ **N°** _____ **TELÉFONO:** _____
NOMBRE ACUDIENTE: _____ **PARENTESCO:** _____
SIGNOS VITALES INICIALES: **TA:** ____/____ **FC:** ____ **SAT:** ____ **FR:** ____ **GLASGOW:** ____/15

DX PRINCIPAL:	EXÁMEN FISICO INICIAL:
----------------------	-------------------------------

ORL: _____ **CARDIO/PULMONAR:** _____ **SNC:** _____
CUELLO: _____ **ABD:** _____
TÓRAX: _____ **G/U:** _____ **AP:** _____
MONITOREO IMPLEMENTADO: _____
CUIDADOS ESPECIALES: _____

EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 20 MIN:									
TA:	/	FC	SAT (%)		FR:	GLASGOW	/15		
EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 40 MIN:									
TA:	/	FC	SAT (%)		FR:	GLASGOW	/15		
EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 60 MIN:									
TA:	/	FC	SAT (%)		FR:	GLASGOW	/15		
ESTADO DE LLEGADA:									
TA:	/	FC	SAT (%)		FR:	GLASGOW	/15		

IPS QUE RECIBE	_____
SERVICIO QUE RECIBE:	_____

NOMBRE QUIEN ENTREGA:	_____	CARGO QUIEN ENTREGA:	_____
NOMBRE QUIEN RECIBE:	_____	CARGO QUIEN RECIBE:	_____
FIRMA DE QUIEN RECIBE:	_____	FIRMA ACUDIENTE:	_____

OBSERVACIONES DEL TRASLADO:

OBSERVACIONES DE QUIEN RECIBE:

CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO

Como paciente o como responsable del paciente, autorizo a la Clínica San Rafael para la realización de los procedimientos necesarios en caso de circunstancias imprevistas o inesperadas o para salvaguardar la vida del mismo y que puedan requerir de la atención original o la realización de otro procedimiento. Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se puedan presentar, doy mi consentimiento para la realización del traslado. <input type="checkbox"/>	Mediante la presente declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un Centro Hospitalario y reconozco a si mismo que el personal de Ambulancia de la Clínica San Rafael recomendó hacerlo. En razón a lo anterior, libero a dichas personas de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos manifestados. <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FIRMA PACIENTE:	NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE / TESTIGO:
_____	_____