



Informe de Asistencia Sanitaria Unidad Soporte Vital Básico

DATOS DE LA ACTUACIÓN

FECHA: H. ACT.: H. INTERVENCIÓN: H. FIN: N.º INTERVENCIÓN:

INF. PREVIA A LA INTERVENCIÓN: AMBULANCIA:

Apellidos, Nombre: Lugar del suceso:

Indicativo de asistencia: Tfno. Paciente:

Edad: Sexo: D.N.I.: Domicilio del paciente:

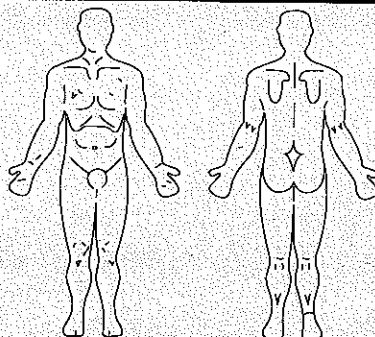
VALORACIÓN

Hora	F.R.	F.C.	T.A.	R.Capilar	Dx	Tª	Consciencia	Pupilas		
				N/R/A			A/V/D/N	R/N/B	I	D
								3 ● Midriasis		
								2 ● Normal		
								1 ● Miosis		

Vía aérea	Respiración	1ª	2ª	Circulación	1ª	2ª	Neurológico	1ª	2ª
Permeable ☐	Normal			Coloración normal			Pérdida de conocimiento		
No Permeable ☐	Anormal			Palidez			Pérdida de memoria		
Presencia de:	● Irregular			Cianosis			Alteraciones pupilares		
● Cpo. Extraño ☐	● Superficial			Sudoración			Déficits motores		
● Vómito ☐	● Profundidad anormal						Déficits de sensibilidad		
● Sangre ☐	● Ruidos anormales								
● Otros ☐	● Expansión anormal								

TRAUMATOLOGÍA

	QUEJO	CRÁNEO	CARA	C. VERTEB.	MSD.	MSI.	TÓRAX	ESPALDA	ABDOMEN	M.I.L.	M.I.D.	PEL Y SC.
CONTUSIÓN												
DOLOR												
IMP. FUNCIONAL												
DEFORMIDAD												
INFLAMACIÓN												
HERIDA												
SECCIÓN												
APLASTAMIENTO												
HEMORRAGIA												



QUEMADURAS	% SUPERF.	GRADO
CABEZA Y CUELLO		
MSD		
MSI		
TÓRAX		
ESPALDA		
ABDOMEN		
GENITALES		
MID		
MII		

ASISTENCIA / TRASLADO

Vía aérea	Circulación			Inmovilización	Posición de traslado
Aspiración ☐	Hemostasia ☐	Fluidos ☐	Profundido	Collarín ☐ Férula M.S. ☐	D. Supino ☐ Semisentado ☐
Guedell ☐	Masaje cardíaco ☐	S. Ringer		Kendrick ☐ Férula M.I. ☐	D. Lateral ☐ Sentado ☐
Respiración		S. Salino		Inm. Cabeza ☐ F. Tracción ☐	Trendelenburg ☐ Antálgica ☐
Oxigenación ☐ Ventilación ☐	Semiautomática ☐	Hemocé		C. Cuchara ☐ Vendaje ☐	Antitren ☐ Otras ☐
Litros O ₂ /min	%	N.º de DSAs:	Glucosado 5%	Pañuelo triangular ☐	
Saturación O ₂	%	Cura aséptica ☐	Total	Frío local ☐ Calor local ☐	

COMENTARIOS DE LA ACTUACIÓN

Fdo. Médico:

RESULTADO DE LA OPERACIÓN

Fdo. conductor T.E.M.: Fdo. T.E.M.: ☐ Usted ha sido valorado por este servicio que le ha recomendado ser asistido y/o trasladado a un hospital, hecho que usted ha rechazado. ☐ El paciente fue trasladado a: HOSPITAL / OTROS

Firma y D.N.I. del paciente:

PRESENCIA EN EL LUGAR

092 ☐ 091 ☐ 112 ☐
061 ☐ C.R. ☐ 085 ☐
G. Civil ☐ C. Salud ☐
Otros: _____

Firma y D.N.I. de los testigos o n.º de I.D. policial

SELLO

Los datos recogidos en este documento, serán incorporados y tratados en el fichero de datos de carácter personal "SIAM AYTO. VALDEMORO", cuya finalidad es la Gestión del Seguimiento de las intervenciones practicadas por el servicio de la ambulancia municipal, con consentimiento de los demandantes del mismo, siendo el órgano responsable del fichero el Servicio de Ambulancia Municipal, dependiente de la Concejalía de Educación y Salud del Ayuntamiento de Valdemoro. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá dirigirse al Edificio de Emergencias, Avda. de España s/n. Todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

1. **Identify the problem:** The problem is that the current system of government is not working. It is too slow, too expensive, and too corrupt.

2. **Identify the causes:** The causes are the lack of transparency, the lack of accountability, and the lack of public participation.

3. **Identify the effects:** The effects are the loss of trust in the government, the loss of economic growth, and the loss of social stability.

4. **Identify the solutions:** The solutions are to increase transparency, to increase accountability, and to increase public participation.

5. **Identify the implementation:** The implementation is to create a new system of government that is transparent, accountable, and participatory.

6. **Identify the evaluation:** The evaluation is to measure the success of the new system of government in terms of transparency, accountability, and public participation.



Informe de Asistencia Sanitaria Unidad Soporte Vital Básico

DATOS DE LA ACTUACIÓN

FECHA: _____ H. ACT.: _____ H. INTERVENCIÓN: _____ H. FIN: _____ N.º INTERVENCIÓN: _____
INF. PREVIA A LA INTERVENCIÓN: _____ AMBULANCIA: _____
Apellidos, Nombre: _____ Lugar del suceso: 7112A
Indicativo de asistencia: _____ Tfn. Paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ D.N.I.: _____ Domicilio del paciente: _____

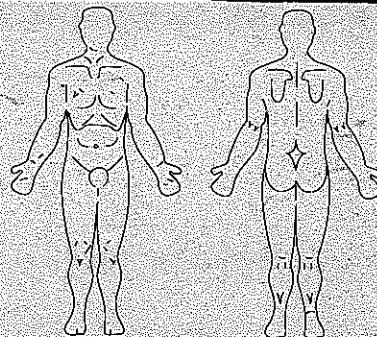
VALORACIÓN

Hora	F.R.	F.C.	T.A.	R.Capilar	Dx	Tª	Consciencia	Pupilas		
				N/R/A			A/V/D/N	R/N/R	I	D
								3 ● Midriasis		
								2 ● Normal		
								1 ● Miosis		

Vía aérea	Respiración	1ª	2ª	Circulación	1ª	2ª	Neurológico	1ª	2ª
Permeable ☐	Normal			Coloración normal			Pérdida de conocimiento		
No Permeable ☐	Anormal			Palidez			Pérdida de memoria		
Presencia de:	• Irregular			Cianosis			Alteraciones pupilares		
• Gpo. Extranño ☐	• Superficial			Sudoración			Déficits motores		
• Vómito ☐	• Profundidad anormal						Déficits de sensibilidad		
• Sangre ☐	• Ruidos anormales								
• Otros ☐	• Expansión anormal								

TRAUMATOLOGÍA

	QUEJO	OPRAGO	CARA	C/VERTEB	MSD	M/SL	TORAX	ESPALDA	ABDOMEN	M/L	M/D	PEL/SC
CONTUSIÓN												
DOLOR												
IMP.FUNCIONAL												
DEFORMIDAD												
INFLAMACIÓN												
HERIDA												
SECCIÓN												
APLASTAMIENTO												
HEMORRAGIA												



QUEMADURAS	% SUPERF.	GRADO
CABEZA Y CUELLO		
MSD		
MSI		
TORAX		
ESPALDA		
ABDOMEN		
GENITALES		
MI		
VI		

ASISTENCIA / TRASLADO

Vía aérea	Circulación			Inmovilización	Posición de traslado
Aspiración ☐	Hemostasia ☐	Fluidos ☐	Profundido	Collarín ☐ Férula M.S. ☐	D. Supino ☐ Semisentado ☐
Guedell ☐	Masaje cardíaco ☐	S. Ringer		Kendrick ☐ Férula M.I. ☐	D. Lateral ☐ Sentado ☐
Respiración	Desfibrilación	S. Salino		Inm. Cabeza ☐ F. Tracción ☐	Trendelenburg ☐ Antiágica ☐
Oxigenación ☐ Ventilación ☐	Semiautomática ☐	Hemoce		C. Cuchara ☐ Vendaje ☐	Antitren ☐ Otras ☐
Litros O ₂ /min	%	N.º de DSAs	Glucosado 5%	Pañuelo triangular ☐	
Saturación O ₂	%	Cura aséptica ☐	Total	Frio local ☐ Calor local ☐	

COMENTARIOS DE LA ACTUACIÓN

Fdo. Médico: _____

RESULTADO DE LA OPERACIÓN

Fdo. conductor T.E.M.: _____ Fdo. T.E.M.: _____
☐ Usted ha sido valorado por este servicio que le ha recomendado ser asistido y/o trasladado a un hospital, hecho que usted ha rechazado. ☐ El paciente fue trasladado a: _____
HOSPITAL / OTROS

Firma y D.N.I. del paciente: _____

PRESENCIA EN EL LUGAR

092 ☐ 091 ☐ 112 ☐
061 ☐ C.R. ☐ 085 ☐
G. Civil ☐ C. Salud ☐ Firma y D.N.I. de los testigos o n.º de I.D. policial _____
Otros _____

SELLO

Los datos recogidos en este documento, serán incorporados y tratados en el fichero de datos de carácter personal "SIAM AYTO. VALDEMORO", cuya finalidad es la Gestión del Seguimiento de las Intervenciones practicadas por el servicio de la ambulancia municipal, con consentimiento de los demandantes del mismo, siendo el órgano responsable del fichero el Servicio de Ambulancia Municipal, dependiente de la Concejalía de Educación y Salud del Ayuntamiento de Valdemoro. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrá dirigirse al Edificio de Emergencias, Avda. de España s/n. Todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.



Informe de Asistencia Sanitaria Unidad Soporte Vital Básico

DATOS DE LA ACTUACIÓN

FECHA: _____ H. ACT.: _____ H. INTERVENCIÓN: _____ H. FIN: _____ N.º INTERVENCIÓN: _____

INF. PREVIA A LA INTERVENCIÓN: _____ AMBULANCIA: _____

Apellidos, Nombre: _____ Lugar del suceso: 7012A

Indicativo de asistencia: _____ Tfno. Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ D.N.I.: _____ Domicilio del paciente: _____

VALORACIÓN

Hora	F.R.	F.C.	T.A.	R.Capilar	Dx	Tª	Consciencia	Pupilas		
				N/R/A			A/V/D/N	R/N/R	I	D
								3 ● Midriasis		
								2 ● Normal		
								1 ● Miosis		

Vía aérea	Respiración	1ª	2ª	Circulación	1ª	2ª	Neurológico	1ª	2ª
Permeable ☐	Normal			Coloración normal			Pérdida de conocimiento		
No Permeable ☐	Anormal			Palidez			Pérdida de memoria		
Presencia de:	• Irregular			Cianosis			Alteraciones pupilares		
• Cpó. Extraño ☐	• Superficial			Sudoración			Déficits motores		
• Vómito ☐	• Profundidad anormal						Déficits de sensibilidad		
• Sangre ☐	• Ruidos anormales								
• Otros ☐	• Expansión anormal								

TRAUMATOLOGÍA

	CUELLO	CRÁNEO	CARA	CAVITEZ	MSD	MSI	TÓRAX	ESPALDA	ABDOMEN	M.I.	M.I.D.	PEL Y SC.
CONTUSIÓN												
DOLOR												
IMP. FUNCIONAL												
DEFORMIDAD												
INFLAMACIÓN												
HERIDA												
SECCIÓN												
APLASTAMIENTO												
HEMORRAGIA												

QUEMADURAS	% SUPERF.	GRADO
CABEZA Y CUELLO		
MSD		
MSI		
TÓRAX		
ESPALDA		
ABDOMEN		
GENITALES		
MID		
MII		

ASISTENCIA / TRASLADO

Vía aérea	Circulación			Inmovilización	Posición de traslado
Aspiración ☐	Hemostasia ☐	Fluidos ☐	Pefundido	Collarín ☐ Férula M.S. ☐	D. Supino ☐ Semisentado ☐
Guedell ☐	Masaje cardíaco ☐	S. Ringer		Kendrick ☐ Férula M.I. ☐	D. Lateral ☐ Sentado ☐
Respiración	Desfibrilación	S. Salino		Imm. Cabeza ☐ F. Tracción ☐	Trendelenburg ☐ Antiálgica ☐
Oxygenación ☐ Ventilación ☐	Semiautomática ☐	Hemocé		C. Cuchara ☐ Vendaje ☐	Antitren ☐ Otras ☐
Litros O ₂ /min	%	N.º de DSAs:	Glucosado 5%	Pañuelo triangular ☐	
Saturación O ₂	%	Cura aséptica ☐	Total	Frío local ☐ Calor local ☐	

COMENTARIOS DE LA ACTUACIÓN

Fdo. Médico: _____

RESULTADO DE LA OPERACIÓN

Fdo. conductor T.E.M.: _____ Fdo. T.E.M.: _____

☐ Usted ha sido valorado por este servicio que le ha recomendado ser asistido y/o trasladado a un hospital, hecho que usted ha rechazado. ☐ El paciente fue trasladado a: _____

HOSPITAL / OTROS

Firma y D.N.I. del paciente: _____

PRESENCIA EN EL LUGAR

092 ☐ 091 ☐ 112 ☐

061 ☐ C.R. ☐ 085 ☐

G. Civil ☐ C. Salud ☐

Otros: _____

Firma y D.N.I. de los testigos o n.º de I.D. policial

SELLO

Los datos recogidos en este documento, serán incorporados y tratados en el fichero de datos de carácter personal "SIAM AYTO. VALDEMORO", cuya finalidad es la Gestión del Seguimiento de las intervenciones practicadas por el servicio de la ambulancia municipal, con consentimiento de los demandantes del mismo, siendo el órgano responsable del fichero el Servicio de Ambulancia Municipal, dependiente de la Concejalía de Educación y Salud del Ayuntamiento de Valdemoro. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá dirigirse al Edificio de Emergencias, Avda. de España s/n. Todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

DATOS DE LA ACTUACIÓN

DOM. ASISTENCIA DOMICILIARIA	A.D. ACCIDENTE DEPORTIVO	A.L. ACCIDENTE LABORAL
A.T. ACCIDENTE DE TRÁFICO	V.P. ASISTENCIA EN VÍA PÚBLICA	L.P. LOCAL PÚBLICO
C.M. CENTRO MUNICIPAL	PREV. PREVENTIVO	PSQ. PSIQUIÁTRICO
NEG. NEGATIVO	U.V.I. U.V.I. MÓVIL	

INCIDENCIAS

CUMPLIMENTAR EN ACC. LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO
RAZÓN SOCIAL	MUTUA LABORAL
C.I.F.	

CUMPLIMENTAR EN ACC. TRÁFICO

COMPAÑIA DE SEGUROS	N.º POLIZA
MATRICULA DE LOS VEHÍCULOS IMPLICADOS	
INDICATIVO POLICIAL ACTUANTE:	
POLICIA MUNICIPAL	GUARDIA CIVIL

ACTUACIÓN DE PERSONAL AJENO AL SERVICIO

Estimado Doctor / DUE:

Gracias por el ofrecimiento de asisttir a este enfermo.

Por la presente queda informado de que los sanitarios que le presentan este protocolo son T.E.M. AVANZADO (Técnicos en emergencias médicas nivel avanzado).

Para evitar equivocos y para que la asistencia al paciente quede asegurada, no debería intervenir en el cuidado de este paciente a no ser que sea capaz de darle un cuidado más especializado y extenso.

Por todo esto, USTED ASUME EL MANEJO DE ESTE PACIENTE Y ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DE SU CUIDADO HASTA QUE SEA ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL. Esto podría requerir que usted acompañe a este paciente al Servicio de Urgencias del Hospital.

D./D^a. _____

con el título de _____ y n.º de colegiado _____

ha leído, comprende y está de acuerdo y para que conste, lo firma a las _____ horas en _____

_____ , a _____ de _____ de _____

FIRMA Y D.N.I. DEL TESTIGO

FIRMA Y D.N.I. DEL MEDICO / D.U.E.