

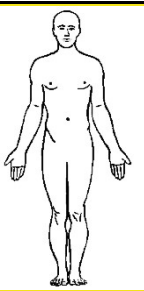
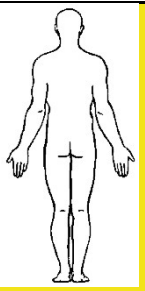
### A.2.4. INFORME DE ASISTENCIA SANITARIA

FECHA:  
HORA CONTACTO:  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO H M  
Atendido por:

NOMBRE:  
\_\_\_\_\_  
APELLIDOS \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
CONTACTO \_\_\_\_\_  
LUGAR DE LA ASISTENCIA: \_\_\_\_\_  
 Trabajador  Visita  
 Cliente  Otros

CONSCIENCIA	RESPIRACIÓN	CIRCULACIÓN
<p><b>SÍ</b></p> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N  <p><b>NO</b></p> <input type="checkbox"/> Apertura vía Aérea <input type="checkbox"/> Guedell <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	<p><b>SÍ</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Cianosis  <p><b>NO</b></p> <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Insuflaciones	<p><b>SÍ</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Hemorragia  <p><b>NO</b></p> <input type="checkbox"/> Palidez Relaciones RCP: 15/2

ESTADO NEUROLOGICO	PUPILAS												
<input type="checkbox"/> PÉRDIDA CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA MEMORIA <input type="checkbox"/> DESORIENTACION <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AL HABLA <input type="checkbox"/> DÉFICIT MOTOR <input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSIBILIDAD <input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>R/NR</th> <th>D</th> <th>I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">•</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	R/NR	D	I	○			○			•		
R/NR	D	I											
○													
○													
•													

	HEMORRAGIA DOLOR CONTUSION HERIDA HERIDA PENETRANTE IMPOT. FUNCIONAL DEFORMIDAD INFLAMACIÓN APLASTAMIENTO AMPUTACIÓN QUEMADURA	
--	--	---

<p><b>EVACUACION AFECTADO</b></p> <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> SVB <input type="checkbox"/> UVI <input type="checkbox"/> MEDIOS AEREOS <input type="checkbox"/> OTROS  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Hora aviso            Hora Llegada...            Hora Salida         </div>	<p>TRANSFERIDO A</p> <p>DESTINO:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>AVISO INTERNO</p> <input type="checkbox"/> SEGURIDAD <input type="checkbox"/> PUESTO DE MANDO <input type="checkbox"/> JEFE DE EMERGENCIA  <p style="text-align: center;">Firma y Sello UAH</p>
---	--	--