



**DIRECCION MUNICIPAL DE
PROTECCION CIVIL
GARCIA, NUEVO LEON
20-89-09-87**

FECHA: ____ / ____ /20__

TURNO: ____ UNIDAD: ____ RESPONSABLE UNIDAD: _____

PERSONAL OPERATIVO: _____

PERSONAL VOLUNTARIO: _____

CRONOMETRIA		
HORA DE RE- PORTE	HORA DE LLEGADA AL AUXILIO	HORA DE TERMINO

TIPO DE SERVICIO

<input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL	<input type="checkbox"/> CANINOS	<input type="checkbox"/> FUGA	<input type="checkbox"/> PERSONA EXTRAVIADA
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE VIAL	<input type="checkbox"/> CAPACITACION	<input type="checkbox"/> INCENDIO	<input type="checkbox"/> PERSONA LESIONADA
<input type="checkbox"/> ARBOL DERRIBADO	<input type="checkbox"/> DERRAME	<input type="checkbox"/> INSPECCION	<input type="checkbox"/> POSTE DERRIBADO
<input type="checkbox"/> AUXILIO VIAL	<input type="checkbox"/> ENJAMBRE DE ABEJAS	<input type="checkbox"/> TRASLADO	<input type="checkbox"/> RECORRIDO
<input type="checkbox"/> CABLEADO DERRIBADO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PERSONA ENFERMA	<input type="checkbox"/> REPTILES
<input type="checkbox"/> OTROS:			<input type="checkbox"/> FALSA ALARMA

LUGAR

CALLE: _____ NÚMERO: _____ COLONIA: _____
REFERENCIAS: _____
PERSONA QUE REPORTA: _____ TELÉFONO: _____

LESIONADO(S)

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	UNIDAD	HOSPITAL

VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

CONDUCTOR	TIPO	MARCA	COLOR	PLACAS

UNIDADES QUE ACUDEN AL LUGAR

INSTITUCIÓN	UNIDAD	A CARGO DE

OBSERVACIONES



**DIRECCION MUNICIPAL DE PROTECCION CIVIL
GARCIA, NUEVO LEON
CEDULA DE ATENCION PREHOSPITALARIA
20-89-09-87**

FECHA: ____/____/20____
HORA: _____

UNIDAD	UBICACION	MOTIVO DE ATENCION
	<input type="checkbox"/> VIA PUBLICA <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> EVENTO	

DATOS DEL LESIONADO

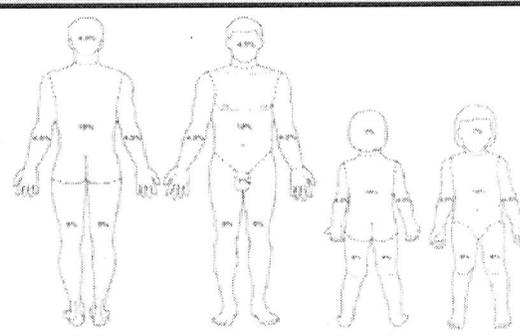
NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 DOMICILIO: _____

DESCRIPCION DE LESIONES (SIGNOS Y SINTOMAS): _____

PADECIMIENTO: _____
 MEDICAMENTOS: _____
 ALERGIAS: _____
 OBSERVACIONES: _____

SIGNOS VITALES			
HORA			
T/A	/	/	/
PULSO			
RESPIRACION			
OXIMETRIA			
PIEL (COLOR)			
GLUCOSA			
TEMPERATURA			
HEMORRAGIA	CAPILAR	VENOSA	ARTERIAL

CODIFICACION DE LESIONES



- 1.-ABRASION
- 2.-AVULSION
- 3.-HERIDA
- 4.-AMPUTACION
- 5.-CONTUSION
- 6.-FRACTURA
- 7.-ESGUINCE
- 8.-QUEMADURA

QUEMADURAS % 1° % 2 % 3 %

IZQUIERDA

PUPILAS ● ● ● ● ● ● ● ●

DERECHA

GLASGOW	
APERTURA OCULAR	4
ESPONTANEA	3
POR ORDENES	2
POR DOLOR	1
NO APERTURA	
RESPUESTA VERBAL	5
ORIENTADO	4
CONFUSO	3
PALABRAS RARAS	2
SONIDOS RAROS	1
NO RESPONDE	
RESPUESTA MOTORA	6
RESPONDE ORDENES	5
LOCALIZA DOLOR	4
EVADA DOLOR	3
FLEXION AL DOLOR	2
EXTENSION AL DOLOR	1
NO RESPONDE	
TOTAL:	_____

RUIDOS RESPIRATORIOS					
IZQ. APICE / BASE DER.					
A	B		A	B	
		NORMAL			
		DISMINUIDOS			
		SIBILANCIAS			
		ESTERTORES			
		AUSENTES			

CONCIENCIA
<input type="checkbox"/> A. ALERTA
<input type="checkbox"/> V. RESPUESTA ESTIMULO VERBAL
<input type="checkbox"/> D. RESPUESTA ESTIMULO DOLOROS
<input type="checkbox"/> I. INCONSCIENCIA

OXIGENOTERAPIA	
02 _____ LTS X MIN	MASC. RESERV
PUNTILLAS	B.V.M.M.
MASC. SIMPLE	NEBULIZADOR

VIA AEREA
<input type="checkbox"/> CONTROL MANUAL
<input type="checkbox"/> CANULA NASAL
<input type="checkbox"/> CANULA ORAL
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL
<input type="checkbox"/> ASPIRACION