



**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