

**FORMATO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PRIMEROS AUXILIOS**

CONSECUTIVO: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO COMERCIAL O CENTRO COMERCIAL \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE RESPONSABLE DEL MENOR \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

(solo para menores de edad)

E.P.S.: \_\_\_\_\_ A.R.P.: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

HORA DE ATENCIÓN \_\_\_\_\_

SITUACION REPORTADA \_\_\_\_\_

LUGAR DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_

HALLAZGOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCIONES REALIZADAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESTINO FINAL      AMBULATORIO SI       NO       HORA DE SALIDA Y/O REMISIÓN: \_\_\_\_\_

REMISIÓN      SI       NO

RECIBE AMBULANCIA      FIRMA RESPONSABLE CON REGISTRO \_\_\_\_\_

TIPO DE AMBULANCIA      TAB       TAM

No DE LA MOVIL \_\_\_\_\_

ENTIDAD \_\_\_\_\_

AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON REGISTRO \_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE CON No DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_

**FORMATO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA PRIMEROS AUXILIOS**

<b>INSTITUCIÓN:</b> Lugar en donde se atendió el primer auxilio	<b>CONSECUTIVO:</b> El numero de primer auxilio prestado, es orden de prestación
<b>FECHA:</b> Día en que se presto el primer auxilio	<b>EDAD:</b> Del paciente en años en mayores de 1 año, para menores en meses
<b>NOMBRE:</b> Nombres completos con apellidos	<b>E.P.S:</b> Indagar y anotar acerca de la seguridad en salud, si tiene o no carnet y si lo tiene si esta vigente
<b>IDENTIFICACION:</b> Cedula en adultos, tarjeta de identidad en menores, registro civil en niños, en caso que no se tenga, la fecha de nacimiento iniciando año, mes, día; si es extranjero No de cédula de extranjería o pasaporte, en caso que no tenga ni se acuerde del número de documento la fecha de nacimiento iniciando año,mes.día	<b>A.R.P:</b> Este espacio debe ser diligenciado unicamente si la atención que se presta en el momento, es por estar realizando su actividad laboral y durante su jornada laboral
<b>NOMBRE RESPONSABLE DEL MENOR:</b> en caso en la que la atención se presta a un menor de 18 años, debe anotarse el nombre del adulto responsable de la compañía del menor, si se encuentra solo, anotar que está solo y reportarlo al encargado del C. Comercial	<b>IDENTIFICACIÓN</b> Cedula en adultos, tarjeta en menores, registro civil en niños en caso que no se tenga la fecha de nacimiento iniciando año, mes, día si es extranjero No de cédula de extranjería o pasaporte
<b>HORA DE ATENCIÓN:</b> registre la hora en que llegue a atender al paciente	<b>HORA DE SOLICITUD DE LA AMBULANCIA :</b> Hora en que el centro comercial solicita la ambulancia
<b>HORA DE SALIDA Y/O REMISION:</b> Anote la hora precisa en que termina la atención y/o se remite al paciente	<b>HORA DE LLEGADA DE LA AMBULANCIA :</b> Hora en que llega a atender la ambulancia al paciente
<b>SITUACION PRESENTADA:</b> ( Diga quién solicitó el servicio, describa lugar en que encuentra el paciente, el motivo de la solicitud de la atención, coloque entre comillas y con las mismas palabras del paciente o acompañante(especificando quien da la información) lo que refiere el paciente. No olvide cerrar comillas.	
<b>LUGAR DE OCURRENCIA:</b> Se debe describir el sitio exacto donde ocurrió el accidente.	
<b>HALLAZGOS:</b> Registre claramente cada una de las observaciones que presenta o asocian con la situación del paciente, esta descripción debe realizarse en orden cefalo caudal(de la cabeza a los	



pies) e iniciando por el estado de conciencia, si hay presencia de heridas, hematomas, equimosis, deformidad asociada por el trauma, localización de la lesión, si hay o no sangrado activo en el momento y extensión de la misma, registre completamente los signos vitales(TA; FR; FC;T) del paciente en el momento de la atención, si es un paciente que no ha sufrido trauma o herida y su motivo de atención es un dolor, se debe describir el tipo de dolor(picada, ardor, punzante,se irradia o no y hacia donde), en que lugar se localiza el dolor(ejemplo abdomen parte superior central, cabeza parte central lateral izquierda). **NO SE DEBEN COLOCAR POSIBLES DIAGNÓSTICOS.**

**ACCIONES REALIZADAS:** Describa paso a paso la actividad de primer auxilio realizado, se debe colocar que elementos utilizó, cantidad y como queda (ejemplo Se realiza limpieza de herida con una gasa impregnada de agua destilada y jabón quirúrgico, se cubre con una gasa húmeda con agua destilada, se cubre esta con una gasa seca y esparadrapo, Ejemplo en caso que no se realicen procedimientos( se deja en camilla en acostado boca arriba, conciente, se toman Signos vitales a las 3:05 pm TA 120/70 mmhg, Fc:70 x", Fr:20 X' , se deja en observación).

**RECOMENDACIONES:** Especifique las instrucciones que brinda al paciente sobre su autocuidado o si se indica remisión los documentos que debe anexar el paciente o alguna recomendación especial que deba conocer el paciente o su familiar. Especifique a quien brinda la instrucción.

**OBSERVACIONES:** Describa si se presentó una situación relevante durante la atención si el paciente o familiar acata las recomendaciones y registre los materiales utilizados durante la atención del paciente, adicionalmente registre el nombre de la persona de la brigada de emergencia del centro comercial que la acompaña durante la prestación del primer auxilio

<b>DESTINO FINAL</b> Llene la casilla con una X según sea el caso,	<b>AMBULATORIO</b> SI___ NO ___	En caso que el paciente sea dado de alta para continuar sus actividades
	<b>REMISION</b> SI___NO___	Si el paciente requirió remisión en ambulancia o no.

<b>RECIBE AMBULANCIA</b>	De haber requerido remisión, debe diligenciarse éste item por el personal de salud que recibe el paciente en la ambulancia, debe colocar su número de registro profesional , nombre claro y firma.	<b>FIRMA RESPONSABLE CON REGISTRO_</b>
--------------------------	--	--

	<b>TAB traslado básico</b> <input type="checkbox"/>	<b>TAM traslado medicalizado</b> <input type="checkbox"/>	Marque con una "x" la casilla correspondiente al servicio de ambulancia requerida , si es TAB traslado ambulancia básica, TAM traslado ambulancia medicalizada.
--	--	--	---

No. Registre el número de la móvil que traslada al paciente

**ENTIDAD** \_\_\_\_\_ Anote la empresa a la cual pertenece la ambulancia.

<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON</b>	Registre su nombre completo, firma y registro inscrito ante la S.D.S.
-----------------------------------	---

<b>FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE CON No DE DOCUMENTO</b>	En éste espacio, debe firmar el auxiliado si es mayor de edad, si es un menor el adulto responsable del menor debe anotar el nombre y firma en ambos casos el número de documento.
---	--