

**I- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.**

**Hora:**.....am pm      **Día:**.....      **Sexo:** Masculino:\_\_\_ Femenino\_\_\_  
 □ años  
 □ meses  
 □ días  
**Nombre y apellidos:**..... **Edad:**.....  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Ocupación:**.....  
 día mes año  
**Dirección donde vive el paciente:**.....  
**Barrio/Comarca:**..... **Municipio:**..... **Departamento:**.....  
**Si es lesión, complete los siguientes datos:**  
**Lugar exacto donde ocurrió el evento:**..... **Municipio:**..... **Departamento:**.....  
**Día:**..... **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Hora:**..... am..... pm.....  
 día mes año  
**Relación del acompañante:**..... **Nombre del Admisionista:**.....

**II. DATOS GENERALES DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)**

<p><b>Intencionalidad:</b> función del ser humano en la ocurrencia de la lesión</p> <p>1. <input type="checkbox"/> No intencional (accidentes)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Autoinfligida (suicidio/intento)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Intencional (agresiones)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>	<p><b>Mecanismo:</b> Eventos que desencadenaron la ocurrencia de la lesión</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Transporte (en movimiento)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Agresión sexual</p> <p>3. Caída: <input type="checkbox"/> mismo nivel  <input type="checkbox"/> otro nivel</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Golpe/fuerza contundente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Objeto cortante/punzante</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Disparo arma fuego</p> <p>7. Quemadura:  <input type="checkbox"/> fuego  <input type="checkbox"/> humo  <input type="checkbox"/> calor  <input type="checkbox"/> líquidos calientes</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Estrangulamiento</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Inmersión/ Ahogamiento</p>	<p>10. Envenenamiento:  <input type="checkbox"/> fármacos  <input type="checkbox"/> plaguicidas  <input type="checkbox"/> hidrocarburos  <input type="checkbox"/> otros</p> <p>11. Explosión:  <input type="checkbox"/> minas <input type="checkbox"/> artefacto explosivo</p> <p>12. Mordedura:  <input type="checkbox"/> persona  <input type="checkbox"/> animal cual.....</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Descarga eléctrica</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Desastre natural</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño</p> <p>98. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>99. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>	<p><b>Actividad</b> ¿Qué estaba haciendo la persona cuando se lesionó?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Trabajando</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Estudiando</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Practicando deporte</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Viajando</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Jugando/ Recreación/descanso</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Tomando licor/otras drogas</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>
<p><b>Lugar:</b> ¿Dónde ocurrió la lesión?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Escuela/ lugar estudio</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Calle</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Trabajo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Bar y/o similares</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>			

**III. DATOS ESPECIFICOS DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)**

Lesiones relacionadas a transporte		Violencia/Agresiones		Autoinfligida Intento de suicidio/Suicidio
<p><b>Tipo Usuario:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Peatón</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Conductor</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pasajero/a</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><b>Elementos de seguridad (Usuario)</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Cinturón: Si/No/ NS</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Casco : Si/No/ NS</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Porta bebé: Si/ /NS</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRAPARTE:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Peatón</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Vehículo no motorizado, cual.....</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Vehículo motor, cual.....</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Objeto fijo (árbol, poste).....</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>	<p><b>Tipo Transporte:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Bicicleta</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Motocicleta</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Carro</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Camioneta tina</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Camión</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Autobús</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Carreta/animal</p> <p>98. Otros.....</p> <p>99. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>	<p><b>Relación Agresor con Víctima:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Pareja actual o ex</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Padres/Padrastrós</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Otros familiares</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Amigos/as conocidos</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p>6. Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><b>Sexo de agresor(es)</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> masculino</p> <p>2. <input type="checkbox"/> femenino</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p>	<p><b>Contexto:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Riña, pelea</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Robo, asalto</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Drogas</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Agresión Sexual.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> grupos juveniles (Pandillas)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar/pareja</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><b>Número de agresores:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Único</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Dos o más</p>	<p><b>Factores precipitantes:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Conflicto familiar</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Enfermedad física</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Problemas financieros</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Problemas justicia</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Muerte familiar</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Abuso sexual o físico</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Probl. Pareja/novio/a</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Fracaso escolar</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Embarazo no previsto</p> <p>98. <input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>99. <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <b>Primera vez</b></p> <p>2. <input type="checkbox"/> <b>Subsecuente</b></p>
<p><b>Bajo efectos del alcohol:</b> 1. <input type="checkbox"/> Si hay evidencia      2. <input type="checkbox"/> No hay evidencia</p>		<p><b>Drogas:</b> 1. <input type="checkbox"/> Si hay evidencia      2. <input type="checkbox"/> No hay evidencia</p>		

**IV. DATOS CLINICOS**

Sitio anatómico		Naturaleza de la lesión	Severidad	Destino del paciente
1. <input type="checkbox"/> Cabeza	11. <input type="checkbox"/> Manos/dedos	1. <input type="checkbox"/> Fractura	1. <input type="checkbox"/> <b>Leve o superficial</b>	1. <input type="checkbox"/> Tratado y enviado a casa
2. <input type="checkbox"/> Ojos	12. <input type="checkbox"/> Abdomen	2. <input type="checkbox"/> Torcedura/desgarro	2. <input type="checkbox"/> <b>Moderada</b> (requiere algún tratamiento como, lavado gástrico, observación, fractura cerrada)	2. <input type="checkbox"/> Hospitalizado
3. <input type="checkbox"/> Oídos	13. <input type="checkbox"/> Pelvis/genitales	3. <input type="checkbox"/> Corte, herida abierta/mordedura	3. <input type="checkbox"/> <b>Severa</b> (requiere manejo médico avanzado como, cirugía mayor o UCI)	3. <input type="checkbox"/> Referido.....
4. <input type="checkbox"/> Nariz	14. <input type="checkbox"/> Muslos	4. <input type="checkbox"/> Hematoma/lesión superficial		4. <input type="checkbox"/> Fuga
5. <input type="checkbox"/> Boca	15. <input type="checkbox"/> Piernas	5. <input type="checkbox"/> Quemaduras		5. <input type="checkbox"/> Abandono voluntario
6. <input type="checkbox"/> Cuello	16. <input type="checkbox"/> Pies/dedos	6. <input type="checkbox"/> Trauma craneoencefálico		6. <input type="checkbox"/> Fallece en emergencia
7. <input type="checkbox"/> Tórax	17. <input type="checkbox"/> Espalda	7. <input type="checkbox"/> Lesión de órganos sistémicos		7. <input type="checkbox"/> Llega fallecido
8. <input type="checkbox"/> Mamas	18. <input type="checkbox"/> Múltiples	8. <input type="checkbox"/> Contusión tejidos blandos		
9. <input type="checkbox"/> Brazos	98. <input type="checkbox"/> Otros	9. <input type="checkbox"/> Intoxicación		
10. <input type="checkbox"/> Antebrazos	99. <input type="checkbox"/> No se sabe	98. <input type="checkbox"/> Otros		
		99. <input type="checkbox"/> No se sabe		

Condición al egreso
1. <input type="checkbox"/> Fallecido
2. <input type="checkbox"/> Vivo

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora atención: \_\_\_\_ am/pm Tiempo espera \_\_\_\_ Hr / Mn. Urgencia real: SI  NO   
 día mes año

Signos vitales : P/A \_\_\_\_\_ Fc \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_

Motivo Consulta (Queja principal): .....

Historia actual de la Enfermedad o Lesión: .....

Examen Físico: .....

Impresión diagnóstica (CIE-10): .....

Plan Tratamiento: .....

Nombre del médico/a:

Código:

Firma: