



**UNIDAD MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS  
EL LIMÓN, JALISCO**



**GUÍA INTEGRAL DE ATENCIÓN Y SERVICIOS GIAS  
PARTE DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

NO. FOLIO

**DATOS DEL SERVICIO**

FECHA:	D	M	A	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
Hora de salida				Ubicación del servicio						
Hora de llegada al servicio								Unidad		
Hora de llegada al hospital				Operador						
Hora de llegada				Elementos						
Tipo de servicio										

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre					Domicilio					
Municipio					Teléfono					
Sexo	M	F			Edad	años	Menor de un año	meses		
Afiliación a:	IMSS	INSABI	ISSSTE	OTRO:						

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

Motivo	Enfermedad	Colisión vehicular	Accidente laboral	Parto	Otro:					
Lugar donde ocurrió	Trabajo	Vía pública	Hogar	Escuela	Otro:					
<b>ESTADO DEL PACIENTE AL ARRIBO</b>										
Estado de conciencia	Escala de GLASGOW	SIGNOS VITALES								
		Hora	F.C	F.R	Temp	T/A	Spo2	Glucosa	Llen. Cap.	
Consciente	Apertura Ocular									
Semi-inconsciente	Respuesta verbal									
Inconsciente	Respuesta motora									
Occiso	Total	Pupilas			Coloración de piel					
Alergias:										
Medicamentos:										
Enfermedades:										
Libaciones:										
Eventos previos:										
TRIAGE	<b>ROJO</b>	<b>AMARILLO</b>	<b>VERDE</b>	<b>NEGRO</b>						

**CAUSA CLINICA**

Neurológico	Cardiovascular	Respiratorio
Digestivo	Endocrino	Renal
Metabólico	Osteomucular	Alteración emocional
Urogenital	Gineco-obstétrico	Hematológico

DATOS EN CASO DE TRAUMA Y AGENTE CAUSAL							
Lugar donde ocurrió	Trabajo	Vía publica	Hogar	Escuela	Carretera	Otro	
Caída	Colisión vehicular		Ser humano		Electricidad		
Golpe	Atropellamiento		Fuego		Proyectil de arma de fuego		
Volcadura	Animal		Explosión		Herramienta/Maquinaria		
Arma blanca	Objeto punzante		Sustancia toxica		Líquidos calientes		

DATOS EN CASO DE COLISIÓN VEHICULAR Y DEPENDENCIA DE APOYO							
Dependencia	C. Roja	Seg. Vial	Seg. Pública	M.P	Otro:		
Unidad	Personal a cargo						
Unidad	Personal a cargo						
VEHICULOS INVOLUCRADOS							
	TIPO	COLOR	MARCA	PLACAS	LESIONADOS		
1.-					Nombre	Edad	Domicilio
2.-							
3.-							
Nota:							
Pertenenencias				Nombre y domicilio a quien se entregan			

EXCLUYENTE DE RESPONSABILIDAD MÉDICO-LEGAL POR NEGACIÓN A ATENCIÓN MÉDICA-PREHOSPITALARIA Y/O TRASLADO A UN HOSPITAL	
<p>Mediante la presente eximo de toda responsabilidad a la Unidad Municipal de Protección Civil y Bomberos El Limón así como a su persona de lo que pudiera resultar al haber respetado y cumplido mis deseos de no recibir atención medico prehospitalaria y/o ser trasladado a un hospital, reconociendo que el personal me recomendó la atención medica prehospitalaria y/o el traslado a un hospital para mi atención médica.</p>	
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

ESPECIFICACIÓN


DATOS DE TRASLADO