

N.º COCHE N.º AVISO FECHA Hora Salida al aviso:
MOTIVO DE ASISTENCIA: Hora Llegada al aviso:
Hora Disponibilidad:

Apellidos y Nombre Edad Sexo H / M Tfno.
Dirección Municipio
T.S.I. MUTUA / Z.B.S. TRÁFICO LABORAL

Antecedentes Personales y Alergias: NC
Vacuna COVID hace 1 semana, TVP.

Enfermedad Actual: *Este virus abdominal y hoy por la noche temblores, vómitos. Epigastalgia. Cefalea.*

Exploración y Pr. Compl.:
*C70 - 102 mmHg - Glasgow 15
AC: R55 2/2/2/2
AP: muc. húmedo
Ade: B y D abdomen a ginecología. PPR (-).
SpO2: 99%*
T.A. mm/hg FREQ. CARD. ppm TEMP. °C
No procede No procede No procede

Juicio Clínico
Código principal **C. Secundarios**

Tratamiento y Evolución:
*UPP - PARACETAMOL: 1gr. iv
OMEPRAZOL iv
PRIMPERAN sup IV
- Mejoría clínica, CTU por MAP*

Resultado de asistencia o Destino:
 Solución in situ Traslado:
 A.T.S. / D.U.E. M. Propios AMB SVA
 Pendiente de evolución AMB SVB AMB convencional
 Médico de Cabecera Rechaza Traslado
 Colaboración de otros servicios Exitus

Documentos Médico/Legales:
 Certificado Defunción
 Parte Judicial
 Otros

Firma familiar o persona autorizada **MÉDICO: NOMBRE, N.º COLEGIADO**
 11226 RASDC
DNI/Pasaporte/N.º SS: **Firma**

Usted ha sido valorado de sus lesiones y/o molestias por el 061 y no precisa más asistencia de urgencia. Siga las instrucciones que le ha dado nuestro personal. Si se modifican, empeoran o aparecen nuevos síntomas o molestias, llamará a este Servicio al n.º de teléfono 061 o acudirá de inmediato al Centro de Urgencia más próximo.