



Formulario Estándar de Extracción de Datos - Nivel Esencial

Información Demográfica			
Nombres _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Fecha de admisión dd/mm/aaaa Hora de admisión ____:____
Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	Edad: _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Referido: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE
Documento de identidad _____	# Historia clinica _____ _____	Dirección _____	
		Ciudad _____	Provincia _____
Motivo de Consulta			
Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ND	Violencia <input type="checkbox"/> Abuso físico <input type="checkbox"/> Abuso sicológico <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Sospecha de violencia	Actividad que estaba realizando _____ _____ _____	Lugar del evento _____ _____ Fecha del evento: dd/mm/aaaa Hora del evento: ____:____
Mecanismo de Lesión			
Accidente de tráfico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE	Lesiones por arma de fuego <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo _____	Quemadura <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> NE	Tipo de quemadura <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Flamas <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Otros _____
Lesiones por armas blancas/ laceraciones <input type="checkbox"/> Apuñalado <input type="checkbox"/> Cortes-laceraciones <input type="checkbox"/> Otras heridas penetrantes no especificadas	Envenenamiento <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Pesticidas <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Mordedura: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Lesiones de caídas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ND	Intención Aparente <input type="checkbox"/> Accidente/no intencional <input type="checkbox"/> Auto-infringido/intencional <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> NE		
Otro mecanismo <input type="checkbox"/> Colgado <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Contusión/sofocación <input type="checkbox"/> Operaciones de guerra	<input type="checkbox"/> Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo <input type="checkbox"/> Ahogamiento/submersion <input type="checkbox"/> Fuerzas naturales		
Pre-Hospitalario			
Mode de transporte <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Policia <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Signos Vitales			
Hora de la toma: ____:____	Signos de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ND	Frecuencia cardiaca _____	Presión Sistólica _____
Frecuencia respiratoria _____	Calificador de frecuencia respiratoria <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/> Sin asistencia	Temperatura _____	Presión Diastólica _____
GCS	Calificador GCS <input type="checkbox"/> No sedado o No intubado	AVUP <input type="checkbox"/> Alerta	



Formulario Estándar de Extracción de Datos - Nivel Esencial

Ocular 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Sedado químicamente o paralizado	<input type="checkbox"/> Paciente responde al dolor
Verbal 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Obstrucción al ojo del paciente	<input type="checkbox"/> No responde
Motora 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Voz
Total __		

Examen Físico

Descripción del examen físico _____ _____ _____	Mecanismo Primario <input type="checkbox"/> Contuso <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Quemaduras	Número de lesiones serias <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> Ninguna
Parte del cuerpo 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	Tipo de lesión 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	

Puntuación de Severidad

Cabeza	1	2	3	4	5	6	
Cara	1	2	3	4	5	6	
Tórax	1	2	3	4	5	6	
Abdomen	1	2	3	4	5	6	
Extremidades	1	2	3	4	5	6	
Externo	1	2	3	4	5	6	

Nota: los puntajes ISS, RTS, GCS, KTS, TRISS son calculados automáticamente

Manejo en la Emergencia y Diagnóstico

Disposición of destino del paciente _____	Fecha de disposición dd/mm/aaaa Hora de disposición ____:____
---	--

Manejo en Hospitalización

Fecha de Alta dd/mm/aaaa Hora de Alta ____:____	Disposición o destino del paciente <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Falleció en sala de emergencia <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Sala de Internación <input type="checkbox"/> Referido a otro hospital <input type="checkbox"/> Transferido a otro hospital <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Morgue <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---

Diagnóstico final: _____

Referencias Salientes

Hospital que recibe _____ _____	Médico que refiere _____ _____	Fecha de referencia dd/mm/aaaa	Razón de la referencia _____ _____
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	--

*NE (no especificado) ND (no disponible)