



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
SERVICIOS MEDICOS**

**FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE CON EMERGENCIA
(CODIGO ROJO) POR EL PERSONAL DE TRAIGE OBSTÉTRICO
(COP.12.2)**

Identificación	Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Problema principal: _____
Antecedentes	Embarazo de: _____ semanas Patologías asociadas: Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión arterial crónica: _____ Cardiopatía: _____ Enf. Tiroidea: _____ Enf. Renal: _____ Otras patologías: _____ Especifique: _____ Problema obstétrico actual: Amenaza de aborto: _____ Amenaza de parto pretérmino: _____ Embarazo de término en trabajo de parto: _____ Actualmente con complicaciones del embarazo del grupo: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: _____ Hemorragia: _____ Sepsis: _____ Otros: _____ Sintomatología: _____ _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____ Índice de choque (Frecuencia cardiaca/presión sistólica): _____
Evaluación	Diagnóstico probable: _____
Plan Terapéutico	_____ _____ _____ _____
	Nombre del evaluador: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____