



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 71, METROPLEX.

FECHA
HORA
FOLIO

CONSULTORIO DE URGENCIAS
1
2

HOJA DE VALORACION TRIAGE PRIMER CONTACTO

UMF DE ADSCRIPCION

TURNO
MATUTINO VESPERTINO NOCTURNO

NOMBRE

EDAD SEXO M F AFILIACION VIGENCIA SI NO

DOMICILIO TELEFONO

MOTIVO DE CONSULTA REFERIDO SI NO CONSULTORIO AMBULANCIA SILLA DE RUEDAS

SIGNOS VITALES
HORA DE LA TOMA TA FC FR TEMP DEXTROSTIX

CLASIFIQUE TRIAGE
1 ROJO RESUCITACION INMEDIATO 2 NARANJA EMERGENCIA 10 MIN 3 AMARILLO URGENCIA 30 MIN 4 VERDE URGENCIA MENOR 120 MIN 5 AZUL CONSULTA SIN URGENCIA 240 MIN

ANTECEDENTES DM HTA IRC EPOC DISLI CA ASMA ACV QX CCTG CARDIO EMBARAZO ALERGIA OTROS

MARQUE SOLO LO RELEVANTE PARA EL PADECIMIENTO ACTUAL COMENTARIO

ESCALA GLASGOW		MOTIVO DE LA URGENCIA		URGENCIAS GINECOBSTERICAS			COMENTARIO BREVE									
APERTURA PALPEBRAL		FIEBRE ALTA		SEMANA DE GESTACION												
ESPONTANEA		DIARREA		FUM		GESTA										
VERBAL		VOMITO		PARTOS	ABORTOS	CESARIAS										
AL DOLOR		HERIDA		ACT. UTERINA												
NINGUNA		INTOXICACION		SANGRADO TRASVAGINAL												
RESPUESTA VERBAL		DOLOR TORACICO		LIQUIDO TRASVAGINAL												
		DISNEA		HIPOMOTILIDAD FETAL												
ORIENTADA		DOLOR ABDOMINAL		CEFALEA INTENSA												
CONFUSA		CRISIS CONVULSIVAS		EDEMA GENERALIZADO												
INAPROPIADA		CEFALEA INTENSA		CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZO AL PERSONAL DE LA CLINICA 71 DEL IMSS Y AL MEDICO RESPONSABLE DE MI INTERNAMIENTO PARA QUE SE ME PRACTIQUEN LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE MI PADECIMIENTO. MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS FINES DE ESTA CARTA Y DEL MANEJO PROPUESTO, ASI COMO DE LOS RIESGOS INHERENTES AL MISMO POR LO QUE DECLARO MI CONFORMIDAD CON LA PRESENTE AUTORIZACION.												
INCOMPREENSIBLE		INCONCIENCIA					PROCEDIMIENTO									
NINGUNA		DESORIENTACION								FIRMA DEL PACIENTE O DEL RESPONSABLE DIRECTO						
RESPUESTA MOTORA		TRAUMATISMO											OTRO			
		SANGRADO ACTIVO														DESTINO C. E. HGZ 6 OBSERVACION UMAE 21 UMAE 23 HGZ 67
OBEDECE ORDENES		QUEMADURA														
LOCALIZA DOLOR		MORDEDURA DE ANIMAL														
RETIRA		URTICARIA														
FLEXION ANORMAL		LESION EN OJO														
EXTENSION		PICADURA DE INSECTO														
NINGUNA		OTROS														
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO																

SIGA CORRECTAMENTE LAS INDICACIONES DEL MEDICO DE URGENCIAS, ACUDA CON SU MEDICO FAMILIAR A CONTINUAR CON SU ATENCION Y TRATAMIENTO, TIENE CITA ABIERTA LAS 24 HORAS A URGENCIAS DE SU CLINICA FAMILIAR Y RECUERDE QUE LA ATENCION EN URGENCIAS ES POR LA GRAVEDAD Y NO POR LA HORA DE LLEGADA.

