



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**TRIAGE Y NOTA INICIAL DE  
EL SERVICIO DE URGENCIAS**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL 196  
SERVICIO DE URGENCIAS**

FOLIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ CLÍNICA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

(1) Fecha y hora de llegada a urgencias

**TRIAGE**

<b>(2) Fecha y hora inicio Triage</b>	Tensión arterial	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Glucemia capilar	Escala de Glasgow
<b>(3) Fecha y hora término Triage</b>	Motivo de la atención					
<b>NIVEL DE GRAVEDAD</b>	<b>I: Rojo</b>	<b>II: Naranja</b>	<b>III: Amarillo</b>	<b>IV: Verde</b>	<b>V: Azul</b>	

**NOTA MEDICA INICIAL DE URGENCIAS**

<b>(4) Fecha y hora</b>	
Motivo de la atención	
Resumen del interrogatorio	
Exploración física	
Auxiliares de diagnóstico	
Diagnóstico	
Tratamiento	
Pronóstico	
Nombre, matrícula y firma del médico	