

I - DATOS DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO 1		APELLIDO 2		NOMBRE 1		NOMBRE 2		EDAD: Solo una	AÑOS	MESES	DIAS
ID / RIPS	[CC] [CE] [PA] [RC]	[TI] [AS] [MS] [UN]	#:	SEXO [M] [F]	Ocupación	Escolaridad Años completos					
Domicilio	DEPTO	MUNICIPIO	BARRIO/ VEREDA	DIRECCIÓN			TELEFONO				

II - DATOS GENERALES DEL EVENTO (Marcar con X []), (Para cada agrupación de datos debe marcar una sola, la mas grave)

Lugar del Evento	DEPTO	MUNICIPIO	BARRIO/ VEREDA	DIRECCIÓN								
EVENTO Fecha y hora			LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN			MECANISMO / OBJETO DE LA LESIÓN (¿Cómo / Qué produjo la Lesión?)						
L	M	MI	J	V	S	D	[1] Casa / hogar	[1] Lesión de Transporte	[15] Asfixia por cuerpo extraño			
DIA	MES	AÑO	HORA MILITAR			[2] Escuela/ Lugar de estudio	[2] Agresión sexual	[16] Lesión por cuerpo extraño				
CONSULTA Fecha y hora			[3] Calle			[3] Caída Propia altura	[17] Fármacos					
L	M	MI	J	V	S	D	[4] Trabajo	[4] Caída por escaleras	[18] Plaguicidas			
DIA	MES	AÑO	HORA MILITAR			[5] Bar, cantina o similares	[5] Otra Caída, altura ____ mts	[19] Hidrocarburos				
Atención previa		[Si]	[No]	ACTIVIDAD que realizaba cuando se lesionó			[6] Golpe / fuerza contundente	[20] Otros Tóxicos				
Dónde?		[1] Trabajo dependiente			[7] Corte / Puñalada	[7] Fuego/ llama/ humo	[21] Minas/ Munición sin explotar					
INTENCIONALIDAD			[2] Oficio informal/ independiente	[8] Objeto Corto-Contundente	[8] Disparo de arma de fuego	[22] Otro artefacto explosivo						
[1] No intencional (accidentes)	[3] Labores personales			[9] No se sabe	[9] Fuego/ llama/ humo	[23] Mordedura de Persona						
[2] Autoinfligida intencional (suicidio / intento)	[4] Estudiando			[1] Trabajo dependiente	[10] Líquido/ Objeto Caliente	[24] Animal, cual _____						
[3] Intencional (violencia, agresión)	[5] Practicando Deporte			[2] Oficio informal/ independiente	[11] Líquido/ Objeto Caliente	[25] Electricidad						
[8] Otro _____	[6] Viajando			[3] Labores personales	[12] Pirotecnia	[26] Desastre natural, _____						
[9] No sabe	[7] Recreación/ descanso/ jugando			[4] Estudiando	[13] Estrangulado / Ahorcado	[98] Otro _____						
USO DE ALCOHOL			[5] Practicando Deporte	[5] Practicando Deporte	[14] Inmersión / ahogado	[99] No se sabe						
En el lesionado			[6] Viajando	[6] Viajando	USO DE DROGAS							
[1] Si ha consumido	[7] Recreación/ descanso/ jugando			[7] Recreación/ descanso/ jugando	En el lesionado							
[2] Hay sospecha de uso	[8] Tomando licor			[8] Tomando licor	[1] Si ha consumido							
[3] No ha consumido	[98] Otra _____			[98] Otra _____	[2] Hay sospecha de uso							
[9] No se sabe	[99] No se sabe			[99] No se sabe	[3] No ha consumido							
[9] No se sabe						[9] No se sabe						

III - DATOS ESPECÍFICOS DEL EVENTO

LESIÓN DE TRANSITO			VIOLENCIA INTERPERSONAL Antecedente previo de agresión [Si] [NO] [N/S]			AUTOINFLIGIDA		
Tipo De Transporte		CONTRAPARTE	USUARIO		RELACION DEL AGRESOR CON LA VICTIMA	CONTEXTO		Antecedente previo? [Si] [NO] [N/S]
[1] Peatón	[2] Bicicleta	[1] Peatón	[1] Peatón	[1] Pareja o ex pareja	[1] Riña / pelea	Antecedente de Trastorno mental? [Si] [NO] [N/S]		FACTORES PRECIPITANTES
[2] Bicicleta	[3] Motocicleta	[2] Bicicleta	[2] Conductor	[2] Padres/Padrastrós	[2] Robo	[1] Conflicto con pareja o familia		[1] Conflicto con pareja o familia
[3] Motocicleta	[4] Automóvil	[3] Motocicleta	[3] Pasajero	[3] Otro familiar	[3] Agresión sexual	[2] Enfermedad física		[2] Enfermedad física
[4] Automóvil	[5] Camioneta	[4] Automóvil	[8] Otro _____	[4] Amigo / conocido	[4] Pandillas	[3] Problemas financieros		[3] Problemas financieros
[5] Camioneta	[6] Camión	[5] Camioneta	[9] No se sabe	[5] Desconocido	[5] Otra Violencia intrafamiliar	[4] Problemas con la justicia		[4] Problemas con la justicia
[6] Camión	[7] Bus/ microbús	[6] Camión	Elementos de seguridad? [Si] [No] [N/A]	[8] Otro _____	[6] Bala perdida	[5] Muerte de familiar		[5] Muerte de familiar
[7] Bus/ microbús	[8] Carreta / Animal	[7] Bus/ microbús	-Cinturón [si] [no] [n/s]	[9] No se sabe	[8] Otro _____	[6] Abuso sexual o físico		[6] Abuso sexual o físico
[8] Carreta / Animal	[9] Taxi	[8] Carreta / Animal	-Casco Moto [si] [no] [n/s]	SEXO de los AGRESORES :		[7] Embarazo no deseado		[7] Embarazo no deseado
[9] Taxi	[10] Objeto Fijo	[9] Taxi	-Casco Bicicleta [si] [no] [n/s]	[1] Masculino	[3] Ambos	[8] Problema escolar		[8] Problema escolar
[98] Otro _____	[97] Sin Contraparte	[10] Objeto Fijo	-Chaleco [si] [no] [n/s]	[2] Femenino	[9] No se sabe	[98] Otro _____		[98] Otro _____
[99] No se sabe	[98] Otro _____	[97] Sin Contraparte	-Otro [si] [no] [n/s]	[9] No se sabe		[99] No se sabe		[99] No se sabe
	[99] No se sabe	[98] Otro _____	Cuál					

IV - DATOS CLÍNICOS DEL EVENTO

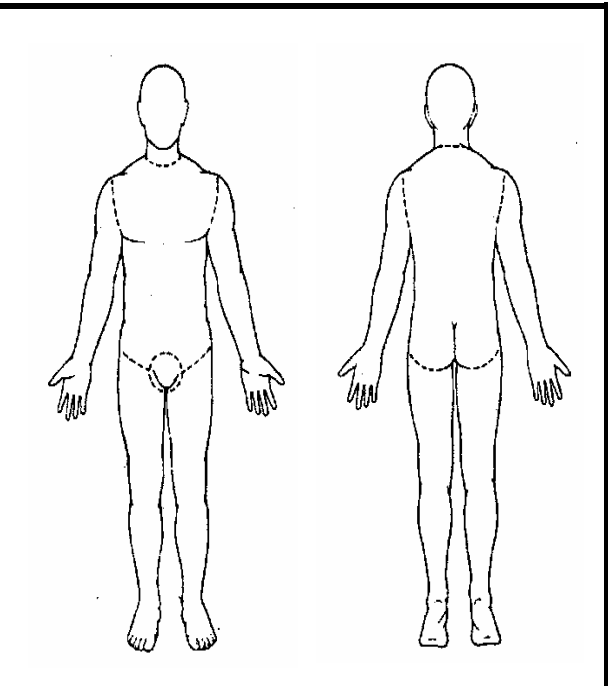
SITIO ANATÓMICO AFECTADO (Puede anotar más de uno)	NATURALEZA DE LA LESIÓN (Puede anotar más de uno)	RTS Mayor o igual a 15 años	PTS Menores de 15 años	Peso (Kg) _____
[1] Sistémico (Intoxicación, Radiación, etc) – No aplican las otras.	[1] Laceración, abrasión, lesión superficial	Frec. Resp.: _____ / min	Estado Mental	Vía Aérea
[2] Cráneo	[2] Cortada, mordida, herida abierta	Glasgow	[1] Alerta	[1] Normal
[3] Ojos	[3] Lesión profunda-penetrante	R. Ocular (1-4) _____	[2] Obnubilado	[2] Sostenible
[4] Máxilofacial / Nariz/ Oídos	[4] Esguince, luxación	R. Verbal (1-5) _____	[3] Comatoso	[3] No Sostenible
[5] Cuello	[5] Fractura	R. Motora (1-6) _____	Fracturas	Heridas Abiertas
[6] Tórax	[6] Quemadura	CONDICIÓN DE SALIDA	[1] Ninguna	[1] Ninguna
[7] Abdomen	[7] Contusión a órganos internos	[1] Vivo ↓ [2] Fallecido	[2] Cerradas	[2] Menores
[8] Columna	[8] Lesión orgánica sistémica	DESTINO DEL PACIENTE	[3] Abiertas / Múltiples	[3] Graves / Penetrantes
[9] Pelvis / genitales	[9] Trauma craneoencefálico	[1] Tratado y enviado a casa	Ver Diagnósticos / CIE-10 al reverso.	
[10] Miembros Superiores	[98] Otros _____	[2] Hospitalizado	Médico:	
[11] Miembros Inferiores	[99] No se sabe	[3] Referido a dónde _____	Digitador:	
[98] Otro _____	Presión Arterial	[4] Fuga		
	_____ / _____ mm Hg	[5] Abandono voluntario		
	Palpable:			
	[1] En Muñeca			
	[2] En Ingle			
	[3] NO palpable			

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES

EXAMEN FÍSICO FC: FR: T°: TA:



Revisión por Sistemas	N	A	Anormalidad (Especifique)
Piel			
Cabeza / Máxilofacial / Órganos Sentidos			
Cuello y Tórax			
Corazón y Pulmones			
Abdomen / Espalda			
Genitourinario / Recto			
Extremidades / Osteoraticular			
Neurológico			
EMBARAZADA	S	N	DISCAPACIDAD. TIPOS: Intelectual[] Física[] Órganos Sentidos[] GRADO: Leve[] Moderada[] Severa[]

DIAGNÓSTICOS	CIE – 10	Idx	Confirmado	
			N	R

CONDUCTA:

Incapacidad	(Firma y sello)	(Nombre y Cargo)
-------------	-----------------	------------------