|  |
| --- |
| **ACTUACIONES DE COMPETENCIA FRENTE A PROCEDIMIENTOS POR TRASLADO AL CTPI** |
| **TRASLADO POR PROTECCIÓN** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **NÚMERO DEL COMPARENDO** | **RADICADO** |
| **HORA DE LLEGADA AL CTPI** | **CUADRANTE QUE REMITE AL PROTEGIDO** |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL TRASLADADO** |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:**  |  |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**  | **C.C** | **C.E** | **PASAPORTE** | **Nº** |
| **EDAD:**  | **ESCOLARIDAD:** | **OCUPACIÓN:** |
| **FECHA DE NACIMIENTO:**  | **ESTADO CIVIL:** |
| **IDENTIDAD DE GÉNERO:**  | **SEXO:** |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** |
| **BARRIO:** | **MUNICIPIO:** |
| **TELÉFONO FIJO:** | **CELULAR:** |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL FUNCIONARIO QUE ORDENA EL TRASLADO** |
| **Nombre y apellidos** |  |
| **Grado** |  |
| **Cargo** |  |
| **Dependencia** |  |
| **Placa policial** |  |
| **Teléfonos de contacto** |  |
| **Sector de traslado del protegido:** | **COMUNA:** |

|  |
| --- |
| **CONDICIONES EN LAS CUALES INGRESA EL (LA) PROTEGIDO(A)** |
| **Consciente** | Si | No | **Inconsciente** | Si | No |
| **Bajo los efectos de sustancias psicoactivas**  | Si | No | **Bajo los efectos del alcohol** | Si | No |
| **Golpes o traumas** | Si | No | **Alto grado de exaltación** | Si | No |
| **Presenta lesiones físicas que requieran valoración medica** | Si | No | **Presenta discapacidad física** | Si | No |
| **Observaciones del APH** |  |

|  |
| --- |
| **VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 155 DE LA LEY 1801 DE 2016 Y MOTIVO DEL TRASALDO** |
| Cuando la vida e integridad de una persona o terceros estén en peligro | SI | NO |
| Deambular en estado de indefensión | SI | NO |
| Grave alteración del estado de consciencia por aspectos de orden mental  | SI | NO |
| Estar bajo efectos del consumo de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas tóxicas | SI | NO |
| Involucrado en riña | SI | NO |
| Comportamientos agresivos o temerarios  | SI | NO |
| Realice actividades peligrosas o que pongan en riesgo su vida e integridad o la de terceros | SI | NO |
| Peligro de ser agredido sea el único medio disponible para evitar el riesgo a la vida o integridad de la persona o los terceros | SI | NO |

|  |
| --- |
| **REGISTRO ATENCION EN SALUD CTPI** |
| **1. DATOS DEL EVENTO** |
| Fecha de ingreso: | Hora de Ingreso: |
| Protegido puede estar en el CTPI | SI | NO | Requiere Trasladado | SI | NO |
| **2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE** |
| Nombre: |
| Identificación | CC | CV | PEP |  | Sexo: | Edad: |
| Fecha de nacimiento | EPS: |
| Dirección: | Ocupación:  |
| Barrio: | Teléfono: |
| **3. ANTECEDENTES** | **4. SIGNOS VITALES** |
| 1. Patológicos: | FC: | FR: |
| 2. Medicamentos: | P/A: |
| 3. Alérgicos: | SAT O2 |
| 4. Quirúrgicos: | T°: |
| 5. Toxicológicos: | GLUC: |
| Paciente agresivo | SI | NO | Glasgow:  | O | V | M | Tol |
| **5. EXAMEN FISICO** |
| EXPLORACIÓN FISICA | ZONAS DE LESION |
| 1. Fractura  | 8. Laceración |  |
| 2. Luxación | 9. Abrasión |
| 3. Esguince | 10. Avulsión |
| 4. Quemadura | 11. Punción |
| 5. Trauma cerrado | 12. Mordedura / Picadura |
| 6. Contusión | 13. Hematoma |
| 7. Herida abierta | 14. otro |
| PUPILAS |
| Mioticas | Reactivas  |
| Midriáticas | No reactivas |
| Anisocóricas | Discóricas  |
| Isocóricas | No evaluables |
| La descripción del estado de salud al ingresar el protegido será consignada en el diario de campo  |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del personal salud tratante sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento o tratamiento que requiero y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes riesgos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de RIESGOS que se puedan presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada: dejo constancia de que sido informado del derecho se me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan consagrado en la constitución política de Colombia y códigos de ética de cada profesión de la salud estipulada de la siguiente manera: Ley23 de 1981, capítulos l, ll, lll. Enfermería: Ley 911 de 2004 Bacteriología: Ley 841 de 2003, Titulo l, lV. Terapia Respiratoria: Ley 1240 de 2008 título l, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

**FIRMA DEL PROTEGIDO AL INGRESAR** **HUELLA DEL PROTEGIDO**

**FIRMA PERSONAL SALUD**