|  |
| --- |
| **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**