
	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - URG - 01	
	TRIAGE	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO	

SERVICIO DE URGENCIAS CENTRO DE ATENCIÓN: _____

HORA DE LLEGADA _____ HORA DE VALORACIÓN _____

PRIORIDAD I-REANIMACIÓN PRIORIDAD II-EMERGENCIA PRIORIDAD III-URGENCIA

PRIORIDAD IV-URGENCIA MENOR PRIORIDAD V-NO URGENTE

FECHA: _____ NOMBRE: _____

HC: _____ EDAD: _____ MOTIVO DE CONSULTA: _____

GSC: _____ /15 ALERTA OBNUBILACIÓN ESTUPOR COMA



SIGNOS VITALES:

PA: _____ / _____ FC: _____ FR: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: REGULAR IRREGULAR

OXIMETRÍA DE PULSO: _____ % GLUCOMETRÍA: _____ mg/dL

ANTECEDENTES RELEVANTES: _____

FIRMA RESPONSABLE: _____ FIRMA USUARIO _____

	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - URG - 01	
	TRIAGE	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO	

SERVICIO DE URGENCIAS CENTRO DE ATENCIÓN: _____

HORA DE LLEGADA _____ HORA DE VALORACIÓN _____

PRIORIDAD I-REANIMACIÓN PRIORIDAD II-EMERGENCIA PRIORIDAD III-URGENCIA

PRIORIDAD IV-URGENCIA MENOR PRIORIDAD V-NO URGENTE

FECHA: _____ NOMBRE: _____

HC: _____ EDAD: _____ MOTIVO DE CONSULTA: _____

GSC: _____ /15 ALERTA OBNUBILACIÓN ESTUPOR COMA

SIGNOS VITALES:

PA: _____ / _____ FC: _____ FR: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: REGULAR IRREGULAR

OXIMETRÍA DE PULSO: _____ % GLUCOMETRÍA: _____ mg/dL

ANTECEDENTES RELEVANTES: _____

FIRMA RESPONSABLE: _____ FIRMA USUARIO _____