



Lic. Sanit.10AM09016027

HMCCU003

HOJA DE VALORACION DE URGENCIAS

Para ser llenado por médico que realiza TRIAGE										No. RECIBO											
Fecha:			Hora:		Fecha de Nacimiento:				Originaria:												
Nombre:					Edad:			CURP													
Nombre del Acompañante:						Parentesco:			Sexo:	M	H										
Domicilio								Expediente													
Calle		No		Colonia		Delegación o Municipio				Derechohabencia											
Ciudad		Estado		C.P.		Teléfono				IMSS	ISSSTE										
SEG. POPULAR		NINGUNO																			
Referida de: Espontánea () Consulta Externa () Filtro () 1° Nivel () 2° Nivel () 3° Nivel ()																					
Institución que refiere:				Motivo de consulta:																	
TRIAGE				1ª consulta			Hora			2ª consulta			Hora			3ª consulta			Hora		
Anotar valor encontrado en cada valoración													Fecha			Fecha			Fecha		
	1ª consulta		2ª consulta		3ª consulta		Verde	Ama.	Rojo	Verde	Ama.	Rojo	Verde	Ama.	Rojo	Verde	Ama.	Rojo			
TA							< o = 130/80	< 140/90	> o = 140/90 o TAD <50	< o = 130/80	< 140/90	> o = 140/90 o TAD <50	< o = 130/80	< 140/90	> o = 140/90 o TAD <50	< o = 130/80	< 140/90	> o = 140/90 o TAD <50			
FC							- o = 90	< 100 X'	> 100x'	- o = 90	< 100 X'	> 100x'	- o = 90	< 100 X'	> 100x'	- o = 90	< 100 X'	> 100x'			
FR							18-24 x'	< 18, >24	< 18, >24	18-24 x'	< 18, >24	< 18, >24	18-24 x'	< 18, >24	< 18, >24	18-24 x'	< 18, >24	< 18, >24			
TEMP.							- 38° C	> o = 38°C	> o = 38°C	- 38° C	> o = 38°C	> o = 38°C	- 38° C	> o = 38°C	> o = 38°C	- 38° C	> o = 38°C	> o = 38°C			
MOVIMIENTOS FETALES				SI			NO			SI			NO			SI			NO		
ESTADO DE CONCIENCIA				Normal			Anormal			Normal			Anormal			Normal			Anormal		
DOLOR ABDOMINAL				NO			Pélvico			En Barra			NO			Pélvico			En Barra		
SINTOMAS VASOESPASMO				NO			SI			NO			SI			NO			SI		
SANGRADO				NO			Escaso +			+++			NO			Escaso +			+++		
CONTRACCIONES				NO			3-5 hr			+ 6 hr			NO			3-5 hr			+ 6 hr		
CONVULSIONES				NO			SI			NO			SI			NO			SI		
SALIDA DE LIQUIDO				NO			Escaso			+++			NO			Escaso			+++		
PROTEINURIA EN LABSTIX				NO O +			++			> ++			NO O +			++			> ++		
CONTROL EN EMBARAZO ALTO RIESGO				NO			SI			NO			SI			NO			SI		
COLOR DE TRIAGE (Anotar color bajo valoración)																					
Observaciones:				Nombre, cédula y firma					Nombre, cédula y firma					Nombre, cédula y firma							

Para ser llenado por médico del servicio de Urgencias que realiza valoración clínica de la paciente														
Evolución del embarazo y/o padecimiento actual y. antec. de importancia					FECHA CONSULTA:					HORA CONSULTA:				
Antecedentes patológicos de importancia										Grupo RH				
Tabaquismo			Alcoholismo			Toxicomanías			Alergias					
Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos					G	N	o	Año	Vía de Nacimiento	Sexo	Peso	Estado de salud	Indicación	
Menarca:		DOC:		FUM:		P								
Ritmo:		DOCMA:		TIPO:		A								
IVSA:	PS:	PF:	FPP:	C										
Control prenatal: SI () NO ()			SDG:			E								
No. Consultas:		¿Dónde?:			Observaciones									
Resultados de laboratorio, gabinete previos														
TA:	FC:	FR:	Peso:		Talla:		Temperatura:			Glucosa capilar:				
Consciente: Sí () No ()		Coloración:			Precordio:			Abdomen:						
Orientada: Sí () No ()		Cabeza:			Campos Pulmonares:									
Tranquila: Sí () No ()		Cuello:												
Hidratación:		Mamas:												
FU:		Contracciones 10':			Situación:			Presentación:			FCF:			
		Duración:			Posición:			Observaciones:						
Vulva:		Vagina:			Cérvix:			Útero:						
Anexos:		Secreción extraída:			Sangrado:									
Dilatación:		Borramiento:			Membranas:			Líquido amniótico:			Pelvis:			
Extremidades:		Observaciones:			Cristalografía:									
Labstix: Proteínas:		Leucocitos:			Nitritos:			Glucosuria:			Cetonuria:			
DIAGNOSTICO:														