

Fecha de alta

Hospital/departamento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha en que

Se hicieron cargo

El paciente es tomado a cargo desde el departamento \_\_\_\_  
Medico del pretratamiento

Numero de días bajo ventilacion artificial despues del accidente

Numero de días en UTI \_\_\_\_\_

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Buena performance, saludable, alerta  
y capaz de vida normal

Pudiera tener un deficit neurologico 5

Incapacidad cerebral moderada,  
realiza actividades independientes  
cotidianas pero es incapaz de realizar  
trabajo competente. 4

Severa incapacidad total, consciente,  
depende de otros para apoyo diario 3

Coma o estado vegetativo 2

Muerte cerebral 1

Complicaciones en la  
Evaluacion  
(al terminar el recalentamiento  
hasta el alta)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia              | <input type="checkbox"/> SDRA                   | <input type="checkbox"/> Trombosis              |
| <input type="checkbox"/> Extrasistoles vent.   | <input type="checkbox"/> Paro respiratoria      | <input type="checkbox"/> CID                    |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiov | <input type="checkbox"/> Confusion              | <input type="checkbox"/> Sepsis/SIRS            |
| <input type="checkbox"/> Paro circulatorio     | <input type="checkbox"/> convulsion             | <input type="checkbox"/> Insuf hepatica         |
| <input type="checkbox"/> Shock hipovol         | <input type="checkbox"/> isquemia cerebral      | <input type="checkbox"/> insuf adrenoc.temporal |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio  | <input type="checkbox"/> ACV embolico           | <input type="checkbox"/> Insuf renal            |
| <input type="checkbox"/> Edema pulmonar        | <input type="checkbox"/> Otras alt.neurologicas | <input type="checkbox"/> Hipertermia            |
| <input type="checkbox"/> Aspiracion            | <input type="checkbox"/> Hemolisis              |   |
| <input type="checkbox"/> Neumonia              |   |   |

Existe consentimiento escrito del paciente

Alta medica Hogar Geriatrico  
Tranferido a otros hospitales postcuidado-institucion

Nombre \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_

Fallecido

A las \_\_\_\_\_ Medicina forense/patologia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Dia Mes Año

Gracias por su cooperación !