



DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS ACATLÁN HIDALGO



FRAP

20/01/25

CATEGORÍA

RUMBO DE

RECEBIÓ

HR. SALIDA	HR. ARRIBO	HR. TRASLADO	HR. HOSPITAL	HR. BASE
11:33	11:45	11:59	02:31	02:42

CONTROL
 FECHA: 19 - Enero 2026 UNIDAD: 796
 OPERADOR: Fabrizio Iolas Bravo
 JEFE DE SERVICIO: Anacristi Riano Iolas
 PARAMÉDICO: Christopher Vargas, Of. Juan Talentina

DATOS DEL SERVICIO
 CALLE: Carr. Mex - Tachuca Km 625
 LOCALIDAD: San Miguel Eyacatlan
 MUNICIPIO: Toluca Hgo.

LUGAR DE OCURRENCIA
 HOGAR VIA PÚBLICA TRABAJO ESCUELA RECREACIÓN TRANSPORTE PÚBLICO

OTRO: Hospital Psiquiátrico Villa Occoranza
 SE TRASLADA A: Hospital Psiquiátrico Fray Benavente
 TIPO DE SERVICIO: COMU.

ENFERMEDAD GINECOOBSTÉTRICO TRAUMATISMO TRASLADO

DATOS DEL PACIENTE
 NOMBRE: Apolinar Ortiz Larios
 EDAD: 49 FECHA DE NACIMIENTO: 08/01/77 SEXO: MASC.
 DOMICILIO: conocido los Miraflores, Acatlán Hidalgo
 PESO: TALLA: TELÉFONO: 7757510649

CAUSA TRAUMÁTICA		AGENTE CAUSAL	
<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMOTOR	<input checked="" type="checkbox"/> BICICLETA	<input checked="" type="checkbox"/> MAQUINARIA	<input checked="" type="checkbox"/> ELECTRICIDAD
<input checked="" type="checkbox"/> ARMA	<input checked="" type="checkbox"/> ANIMAL	<input checked="" type="checkbox"/> HERRAMIENTA	<input checked="" type="checkbox"/> EXPLOSIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> FUEGO	<input checked="" type="checkbox"/> PRODUCTO BIOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/> SER HUMANO	<input checked="" type="checkbox"/> JUGUETE
<input checked="" type="checkbox"/> SUSTANCIA TOXICA	<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input checked="" type="checkbox"/> SUSTANCIA CALIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> OTRO

ESPECIFIQUE:

LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMOTOR	<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA
---	---

ESPECIFIQUE:

ATROPELLADO

<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMOTOR	<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input checked="" type="checkbox"/> BICICLETA	<input checked="" type="checkbox"/> MAQUINARIA
---	---	---	--

CAUSA CLINICA		ORIGEN PROBABLE	
<input checked="" type="checkbox"/> NEUROLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/> DIGESTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR
<input checked="" type="checkbox"/> UROGENITAL	<input checked="" type="checkbox"/> INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> RESPIRATORIO	<input checked="" type="checkbox"/> GINECOOBSTÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> ONCOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/> METABÓLICO	<input checked="" type="checkbox"/> COGNITIVO EMOCIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> OTRO

ESPECIFIQUE: pble p. psiquiátrico // sin diagnóstico
PERTENENCIAS: Ninguna
MATERIAL GASTABLE: //

1	DEFORMIDAD	S	Alucinaciones, agref.	
2	CONTUSIÓN	A	Negadas.	
3	ABRACIÓN	M	Negadas.	
4	PENETRACIÓN	P	Negadas.	
5	PUNCIÓN	L	Negadas.	
6	MOV. PARADÓJICO	E	Ref. Villa Occoranza	
7	QUEMADURA			
8	LACERACIÓN			
9	EDEMA			
10	HERIDA			
11	FRACTURA			
12	ESGUINCE			
13	LUXACIÓN			
14	DOLOR			
15	CREPITACIÓN			
16	HEMATOMA			
17	ALTERACIÓN MOVILIDAD			
18	ALTERACIÓN SENSIBILIDAD			

HR	FR	FC	T°	SPO2	GL	ECG	T/A	A	V	D	I

No permite la valoración.

DATOS DE LA MADRE

GESTA: ABORTO: PARTO:
 CESAREAS: FPP: FUM: SDG:
 FCF: MEMBRANAS: CONTRACCIONES:
 DURACIÓN: HR. NAC.: LUGAR:

VIVO	MUERTO	FEMENINO	MASCULINO
APGAR: 1 MIN.	5 MIN.	10 MIN.	

NEGATIVA DE ATENCIÓN
 MEDIANTE LA PRESENTE MANIFIESTO QUE ME NEGÓ A SER ATENDIDO Y/O TRASLADADO RECONOZCO QUE EL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS ME RECOMIENDA LO ANTERIOR, POR LO TANTO, LOS EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD LEGAL QUE PUEDA DERIVAR ESTA DECISIÓN

 NOMBRE Y FIRMA DEL PX

 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO Ó FAMILIAR

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: Se atiende y trasladado por un cooperador, agresivo, el cual se nie y habla solo quien agredió a algunas personas el día de hoy, así mismo rompió vidrios y se salto de su domicilio sin repetir hacia. Se trasladó a Hospital Villa Occoranza donde mencionan requiere hospitalización y a rep.

DATOS DEL VEHICULO: rdo a Hospital de Ser Nnel.

AUTORIDADES QUE TOMAN CONOCIMIENTO:

 ENTREGA PX

 RECIBE PX

Dra. Silvia Cristina Vazquez Peralta
 Ced. Prof. 12424511

KM. INICIAL: _____ KM. FINAL: _____