

Paciente		Sexo:	Edad
-----------------	--	--------------	-------------

ESCENA

Lugar:	Hora:
---------------	--------------

EVALUACION PRIMARIA

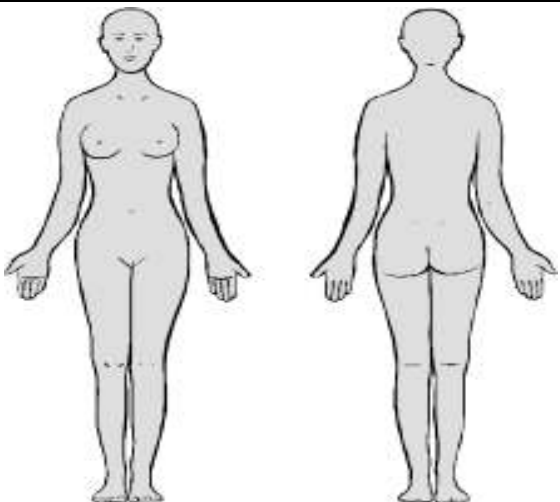
A Vía Aérea
B Ventilación
C Pulso
Control Hemorragias
D Daño Neurológico
E Control Temperatura

SUBJETIVO

S Sintomas	A Alergias
	M Medicación
	P Hist. Pasada
	U Última Ingesta
	E Eventos

OBJETIVO

EXAMEN



SIGNOS VITALES

Hora	Pulso	Resp.	T.A.	Piel	Temp.	AVDN
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			

