

Anexo 5. Formato de entrega de paciente con emergencia (código rojo) por el personal de Triage obstétrico

Identificación	Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Problema principal: _____
Antecedentes	Embarazo de: _____ semanas Patologías asociadas: Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión arterial crónica: _____ Cardiopatía: _____ Enf. Tiroidea: _____ Enf. Renal: _____ Otras patologías: _____ Especifique: _____ Problema obstétrico actual: Amenaza de aborto: _____ Amenaza de parto pretérmino: _____ Embarazo de término en trabajo de parto: _____ Actualmente con complicaciones del embarazo del grupo: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: _____ Hemorragia: _____ Sepsis: _____ Otros: _____ Sintomatología: _____ _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____ Índice de choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica): _____
Evaluación	Diagnóstico probable: _____ _____ _____
Plan Terapéutico	_____ _____ _____ _____
	Nombre del evaluador: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____