

**HOJA DE GASTOS  
DE URGENCIAS**

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO

CENTRO DE ATENCIÓN \_\_\_\_\_ EAPB \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_ Régimen \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Fecha/hora ingreso \_\_\_\_\_ Fecha/hora egreso \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

TIPO DE SERVICIO	Cant.	MEDICAMENTOS	Cant.	MEDICAMENTOS	Cant.	LABORATORIO	Cant.
Consulta de urgencias		Buretrol		02 x a lts	h	C. Hemático	
Estancia en Obsr. ( horas)		Buscapina amp.		SSN		P. Orina	
Estancia en cuidado intermedio		DAD al %		Solucortef amp.		Coprológico	
Curaciones		Diclofenac amp.		Solumedrol amp.		Glicemia	
EKG (Electrocardiograma)		Equipo venoclisis		Sonda Nasogástrica			
Micronebulización medicada		Furosemida amp.		Sonda			
MNB no medicada		Jelcos		Tramado (Tramal) amp.			
Monitoria fetal		Jeringas desechables		Tubo de tórax		<b>IMAGENOLOGÍA</b>	
Unidades de sangre		Lactado R. X 500 cc.		Tubo Orotraqueal		Rx. Abdomen simple	
		Dipirona amp.		Valium ampollas		Rx. Abdomen agudo	
		Meperidina amp.		Venda Algodón		Rx. Tórax	
				Venda Elástica		Rx. Cráneo	

CONSULTAS	RESPONSABLE	DIAGNOSTICO	IN-CN-CR	Inc	M	AD	PT	Re	IC	H	C
Valoración inicial por médico general											
interconsulta											
interconsulta											
					1	2	3	4	5	6	7

PROCEDIMIENTOS	Dx	Terap.	Detec	Prot. E	DIAGNOSTICO	RESPONSABLE
Cateterismo Subclavio						
Cateterismo Vesical						
Desfibrilación (cardioversión eléctrica)						
Drenaje absceso profundo						
Drenaje absceso superficial						
Extracción C. Extraño profundo						
Extracción C. Extraño superficial						
Inmonilización de						
Intubación orotraqueal						
Lavado gástrico						
Onicectomia						
Punción Lumbar						
Sutura escalpe No. (.....Cm)						
Suturas herida en cara (.....Cm)						
Sutura herida (.....Cm)						
Tarascostomía						

CONDUCTA	
1	Alta de la atención
2	Remitido
3	Orden de Hospitalización

CONDICIÓN USUARIA	
1	Embarazo 1er. Trim.
2	Embarazo 2do. trim.
3	Embarazo 3er. trim.
4	No embarazada
DÍAS DE INCAPACIDAD	

CAUSA EXTERNA			
1	Acc. de trabajo	6	Lesión autoinflingida
2	Acc. de tránsito	7	Maltrato
3	Otro Accidente	8	Enfermedad General
4	Evento Catastrófico	9	Enfermedad profesional
5	Lesión por agresión	10	Otra

Dxs ingreso \_\_\_\_\_ Dxs egreso \_\_\_\_\_

Médico. Firma y No. Registro \_\_\_\_\_

Firma Paciente \_\_\_\_\_

Cajero \_\_\_\_\_

Sal: Vivo

Muerto