



BITÁCORA DE INCIDENCIAS EN PRIMEROS AUXILIOS

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INTERNA



NIVEL: _____

FECHA: _____

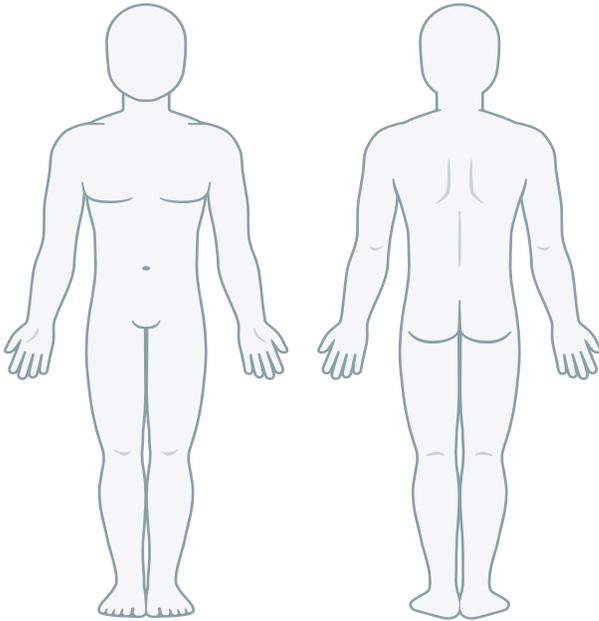
HORA DE INGRESO: _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **GRADO:** _____

SIGNOS VITALES: F/C: _____ F/R: _____ SP O2: _____ T/A: _____ **TEMPERATURA:** _____

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: _____

EXAMEN FÍSICO



	ABRASIÓN	CONTUSIÓN	FRACTURA O LUXACIÓN	HERIDA	HEMORRAGIA	QUEMADURA	DOLOR
CRÁNEO / CARA							
CUELLO							
TÓRAX / AXILA							
BRAZOS							
ABDOMEN							
ESPALDA							
PELVIS							
PIERNAS							
PIES							

OBSERVACIONES: _____

EGRESO DE LA ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS:

ATENDIÓ: _____

SE DIO AVISO A: MISS _____

HORA DE SALIDA: _____

REALIZÓ LLAMADA: _____

COMUNICACIÓN CON TUTORES:

SI NO

DESTINO: REGRESA AL AULA SE RETIRA CON TUTOR

FIRMA DE TUTOR (SÓLO SI ES NECESARIO) _____