
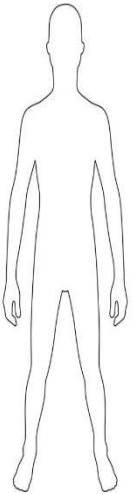
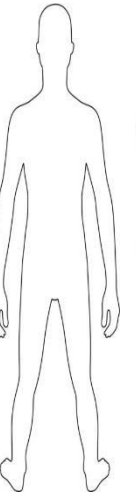





### FICHA SOAP



<b>PACIENTE</b> (nombre completo):					<b>Edad:</b>		<b>Sexo:</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL LUGAR:</b>		<b>Zona Urbana:</b>		<b>Zona Remota:</b>		<b>Hora:</b> :		
<b>Otros detalles:</b>								
<b>MECANISMO DE LESIÓN:</b>		Trauma <input type="checkbox"/>	Medioambiental <input type="checkbox"/>	Médico <input type="checkbox"/>	<b>Hora:</b> :			
<b>Otros detalles:</b>		¿Tenía equipo de protección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál:						
<b>EVALUACIÓN PRIMARIA:</b>		Responde: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Respira: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene hemorragia profusa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Hora:</b> :			
<b>AVDN al llegar: A V D N</b>		<b>Otros detalles:</b>						
<b>TRATAMIENTO APLICADO:</b>								

Marque las lesiones:	SIGNOS VITALES:	Hora:	Pulso:	Respiración:	SpO <sub>2</sub> %:	T.A.:	Piel:	Temperatura:	AVDN:
Lateral    Frente    Dorso    Lateral									
									
									
									
									





## FICHA SOAP



INTERROGATORIO CLÍNICO (M U E S T R A)		EXAMEN FÍSICO (Deformidades, Inflamación, heridas Abiertas, Sensibilidad)
<b>M</b> edicación:	Hora (hs.):	Detalles/Hora:
<b>Ú</b> ltima ingesta:	hs.:	hs.:
<b>E</b> ventos que llevaron:	hs.:	hs.:
<b>S</b> íntomas (detalle):	hs.:	hs.:
	hs.:	hs.:
	hs.:	hs.:
	hs.:	hs.:
	hs.:	hs.:
<b>T</b> rastornos médicos previos:		hs.:
<b>R</b> espuesta al medio:		hs.:
<b>A</b> lergias:		hs.:

EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS						
Hora	PROBLEMA	PROBLEMA DERIVADO	Tratamiento aplicado en terreno	EVACUACIÓN		
				Leve	Grave	Crítico

**Notas adicionales:**

