



## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES DEL PROVEEDOR DE ACLS

Después de completar el curso en línea en ACLS de Pacific Medical Training, envíe por correo electrónico este formulario completado con la credencial de instructor en ACLS a [support@pacificmedicaltraining.com](mailto:support@pacificmedicaltraining.com). El instructor debe contar con una credencial válida por parte de la Asociación Americana del Corazón. Ellos pondrán sus iniciales en cada área que haya sido completada exitosamente. Tenga en cuenta que el instructor NO le entregará una nueva tarjeta. Su tarjeta ACLS de Pacific Medical Training es emitida directamente por Pacific Medical Training.

### Supporte vital cardiaco basico

| HABILIDAD   | APROBADO | REQUIERE RECURSE |
|---|----------|------------------|
| Reconoce la falta de respiración y pulso normales <ul style="list-style-type: none"> <li>Activa los SME o el sistema interno de emergencias</li> <li>Consigue o envía a alguien a buscar el DEA</li> <li>Realiza las compresiones mientras se carga el DEA</li> </ul> |          |                  |
| Inicia las compresiones a un ritmo de 100–120/min <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprime el pecho al menos 5 cm</li> <li>Permite el retroceso completo del tórax</li> <li>Cambia los compresores cada 2 minutos</li> </ul>                                   |          |                  |
| Abre la vía aérea mediante la inclinación de la cabeza/elevación del mentón <ul style="list-style-type: none"> <li>Ventila con éxito utilizando una ración de 30:2</li> </ul>   |          |                  |
| Conecta y utiliza el DEA tan pronto como llegue <ul style="list-style-type: none"> <li>Continúa con las compresiones mientras el DEA se carga</li> <li>Inicia las compresiones inmediatamente después de la descarga</li> <li>Despeja para la descarga</li> </ul>     |          |                  |

### Megacódigo

| HABILIDAD  | APROBADO | REQUIERE RECURSE |
|--|----------|------------------|
| Supervisa la eficacia de la RCP durante la reanimación   |          |                  |
| Reconoce la presencia de FV/TV sin pulso <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara y utilizar el desfibrilador</li> <li>Utiliza la colocación adecuada de almohadillas</li> <li>Utiliza la salida adecuada</li> <li>Comienza las compresiones inmediatamente</li> </ul> |          |                  |
| Obtener acceso IV o IO para medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>Administra epinefrina a intervalos apropiados</li> <li>Administra amiodarona a intervalos apropiados</li> </ul>  |          |                  |
| Considera la inserción de una vía aérea avanzada   |          |                  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantiza la colocación adecuada con evaluación clínica</li> <li>• Garantiza la colocación adecuada con el uso de capnografía de forma de onda</li> </ul> |  |  |
| Busca de causas reversibles de paro cardíaco   |  |  |

**Paro respiratorio**

| <b>HABILIDAD</b>   | <b>APROBADO</b> | <b>REQUIERE RECURSE</b> |
|--|-----------------|-------------------------|
| Reconoce la falta de respiración y pulso normales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activa los SME o el sistema interno de emergencias</li> </ul>   |                 |                         |
| Abre la vía aérea mediante la inclinación de la cabeza/elevación del mentón <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventila con éxito 10/min</li> </ul>   |                 |                         |
| Considera la colocación de una vía aérea avanzada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica la colocación con evaluación clínica</li> <li>• Verifica la ubicación con capnografía de onda</li> </ul> |                 |                         |
| Si el uso de opioides es una posibilidad, administra naloxona (Narcan) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranasal</li> <li>• Intramuscular</li> </ul>   |                 |                         |

*La información anterior es exacta a mi leal saber y entender. El INSTRUCTOR en ACLS es titular de una credencial válida de la American Heart Association. El ESTUDIANTE ha demostrado exitosamente las habilidades enumeradas anteriormente.*

|                             |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|
| <b>ESTUDIANTE</b>           |       |       |
| _____                       | _____ | _____ |
| Nombre                      | Firma | Fecha |
| _____                       |       |       |
| Estado y número de licencia |       |       |

|                   |              |       |
|-------------------|--------------|-------|
| <b>INSTRUCTOR</b> |              |       |
| _____             | _____        | _____ |
| Nombre            | Firma        | Fecha |
| _____             | _____        |       |
| Profesión         | Especialidad |       |