



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION

Fecha:

Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre

NIT

CC

Número

DV

Código

Dirección prestador:

Teléfono:

indicativo

número

Departamento:

Municipio:

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)

CODIGO:

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil☐ Pasaporte☐ Tarjeta de identidad☐ Adulto sin identificación☐ Cédula de ciudadanía☐ Menor sin identificación☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

Cobertura en salud

☐ Regimen Contributivo☐ Regimen Subsidiado - parcial☐ Población Pobre no asegurada sin SISBEN☐ Plan adicional de salud☐ Regimen Subsidiado - total☐ Población pobre No asegurada con SISBEN☐ Desplazado☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

☐ Enfermedad General☐ Accidente de trabajo☐ Evento Catastrófico

Clasificación Triage

☐ 1. Rojo☐ Enfermedad Profesional☐ Accidente de tránsito☐ 2. Amarillo☐ 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha:

Hora:

Paciente Viene Remitido

☐ Si☐ No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite

Código

Departamento:

Municipio:

Motivo de consulta:

Impresión Diagnóstica:

Codigo CIE10

Descripción

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Diagnóstico relacionado 3

Destino del Paciente

☐ Domicilio☐ Internación☐ Contrarremisión☐ Observación☐ Remisión☐ Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa

Teléfono

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad:

Teléfono celular: