

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION:

--	--	--	--

 Fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Hora:

--	--	--	--

INFORMACION DEL PRESTADOR[illegible][illegible]

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)		CODIGO:					
--	--	---------	--	--	--	--	--

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación	<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Menor sin identificación	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Número documento de identificación
			Fecha de Nacimiento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> -- </div>

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			Clasificación Triage
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input type="checkbox"/> 1. Rojo
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> 2. Amarillo
			<input type="checkbox"/> 3. Verde

Ingreso a Urgencias																		
Fecha:					-			-			Hora:					Paciente Viene Remitido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

[illegible]

Departamento:	Municipio:
---------------	------------

Motivo de consulta:

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal		
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente		
<input type="checkbox"/>	Domicilio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Observación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Internación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Remisión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Contrarremisión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	Teléfono												
		indicativo				número				extensión			
Cargo o actividad:	Teléfono celular:												