***						1	MINIST	ERIO DE	E LA PF	ROTECCIO	ON SOCI	AL												
		INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS																						
						NUME	RO AT	ENCION	N			Fecha:	а	a a	a -	m	m ·	- d	d He	ora:	h	h	: m	n n
INFORMACION D	EL PRESTADOR														_	-			_		_		_	_
Nombre															IIT	+	Númer	\perp				ш	-	D'
Código			$\neg \neg$		D:	!	-44								CC		Numer	U						
Coulgo	1 	\rightarrow	+		Dire	ección pre	stador	:																_
Teléfono:	indicativo		número		Dep	oartamento	D:						Mun	icipio:								\neg		T
ENTIDAD A LA QUE	SE LE INFORMA (PAGAD	OOR)	numero	,														cor	DIGO:			П		T
								DATO	OS DEL	PACIENT	Έ													
	1er Apellido				2	2do Apellio	do					1er Nom	bre						2de	o Non	bre			
Tipo Documento	de Identificacion																							
Registro Civil			Pasa	aporte																				
Tarjeta de ider	ntidad		Adul	lto sin io	dentifica	ción									Número	docu	nento d	e identif	icacion					
Cédula de ciud	dadanía		Men	or sin io	dentifica	ción										_								
Cédula de extr	ranjería									Fed	cha de N	acimient	0			а	a a	a a	- m	n m	- d	d		
Dirección de Residen	ncia Habitual:															Tel	éfono	:						T
Departamento:									N	lunicipio:														
Cobertura en salu	ud																							
Regimen Contribu	utivo	□ R	egimen S	Subsidiad	do - parcia	al				Pob	lación Pob	re no asequ	urada sin	SISBEN			Γ	Plan	adicion	al de sa	alud			
Regimen Subsidia						ıda con SISBI	ENI				plazado	·						Otro						
rvegimen Subsidio	ado - total	<u> </u>	ODIACIOII	poble ivi	o asegura	ua con Sisbi	LIN			Des	piazado							Out						_
							INF	ORMAC	CION DE	LA ATE	NCION													
Origen de la aten	ción	_					_	_										_						
Enfermedad G	General	Ш△	ccident	te de tra	abajo		L	Event	to Catas	strófico			Clas	sificació	n Triag	je		Ш	1. Roj	0				
Enfermedad P	rofesional	Ш△	Accident	te de trá	ánsito													Ш	2. Am	arillo				
																		Ш	3. Ver	de				
Ingreso a Urgenc	ias																							_
Fecha: a a	aa-mm	- d	d Hora	a:	h h	: m m	1	Pacie	ente Vie	ne Remit	ido		Si		No									
Nombre del prestado	or de servicios de salud q	ue remite												(Código									I
Departamento:									l l	funicipio:														
Motivo de consul	lto.																							_
Motivo de consul	ııa.																							_
																								_
																								_
Impresión Diagnó	áctica		odigo CI	E10		Descripci	ón																	_
Diagnóstic		ř	Jouigo Ci		l	Descripci	OII																	
-	co relacionado 1	-																						
	co relacionado 2	H	+																					_
-	co relacionado 3	-																						_
Diagnostic	o relacionado 3	L	\perp																					_
Destino del Pacie					_							_												
	omicilio					Internaciór	n				l l	Contr	arremis	sión										
Ob	oservación				L	Remisión						Otro												
						INFOF	RMACI	ON DE	LA PE	RSONA	QUE IN	FORMA												
Nombro de	informo										Ì													Т
Nombre de quien	imorma										Teléfon	U	ш	indiani			ш	nú		Ш		over-	ián	_
Cargo o cativida	4.										Toléfor	o celular		indicativ	vU			número		\top	\neg	extens	NOII	\top
Cargo o actividad	J.										releton	o celular						\perp		\perp				\perp

Cargo o actividad: MPS-AIU V5.0 2008-07-11