	LA PROTECCION SOCIAL CION INICIAL DE URGENCIAS
NUMERO ATENC	
INFORMACION DEL PRESTADOR	
Nombre	NIT
	cc Número E
Código Dirección prestador:	
T-lffmax	
Teléfono: Departamento:	Municipio:
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	CODIGO:
· · · · · ·	DEL PACIENTE
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificacion	
Registro Civil Pasaporte	
Tarjeta de identidad Adulto sin identificación	Número documento de identificacion
Cédula de ciudadanía Menor sin identificación	
Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento
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
	<u> </u>
	ON DE LA ATENCION
Origen de la atención	
H H H	to Catastrófico Clasificación Triage 1. Rojo
Enfermedad Profesional Accidente de tránsito	2. Amarillo
	3. Verde
Ingreso a Urgencias	
Fecha: Hora: Pacie	ente Viene Remitido Si No
Nombre del prestador de servicios de salud que remite	Código
itombre del presidadi de servicios de salud que termite	oouigo
Departamento:	Municipio:
	і іншіпсіріо.
Motivo de consulta:	
Impresión Diagnóstica: Codigo CIE10 Descripción	
Diagnóstico principal	
Diagnóstico relacionado 1	
Diagnóstico relacionado 2	
Diagnóstico relacionado 3	
Destino del Paciente	— 0t
Domicilio Internación	Contrarremisión
Observación Remisión	Otro
INFORMACION DE L	A PERSONA QUE INFORMA
Nombre de quien informa	Teléfono
	indicativo número extensión
Cargo o actividad:	Teléfono celular:

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