



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 2 Cra 4D No. 32-17
B / Cadiz - Ibagué Tels. 2641920 - 2654112

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

COEX 29786

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:18:55

ACEPTACION DIAN:

25.11.05 04:32:43 PM

ENTIDAD RESPONSABLE (860037013) TIPO CONTRATO ORDEN SS TIPO INGRESO

860037013-6 MUNDIAL SEGUROS EVENTO 1-1184000 AMBULATORIA

CONTRATO/PLAN REGIMEN ANEXO2: FECHA INGRESO FECHA EGRESO

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT OTRO REGIMEN 16/10/2025 16/10/2025

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1105464434 HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER

EDAD : 25 Años

ESTRATO: IVEL I

OBSERVACIONES:

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS								
35102	VALORACION POR PSICOLOGO	35102				1	35,700	35,700

SUB TOTAL PAGINA \$ 35,700

* .T VALOR BRUTO: 35,700 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 35,700

SON: TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: NOANOL NORBEY ANDRES OLAYA FORERO

Of Principal Av 19 No. 118 - 95 Centro Ejecutivo Santa Barbara Of 616

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764078385145 DEL 30-Ago-2024 AL 30-Ago-2026 RANGO DEL COEX-1 AL COEX-50000

Cufe: 06b7bd6fabe3fb20044a87cc16f9e2102076cd6d2de981395f8c9276dff04f789563401b16bb0f60396746fc200019

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR CLINICA ASOTRAUMA SAS, NIT. 800.209.891-7

GEMA Vs 2.0 Siecol SAS - THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS

SOMOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - SOMOS REGIMEN COMUN

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS, TABLEROS, SOBRE INGRESOS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN ART. 39 DE LA LEY 14 DE 1983.

La entidad

Aceptada, el USUARIO

625-23



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACION															
Fecha Radicacińn:	D	D	M	M	A	A	A	A	No.Radicado	RG					
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}									Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX	29786				
II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD															
Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS														
Codigo Habilitacion:	730010082602														
Nit: 800209891-7															
III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO															
HERNANDEZ					CUELLAR										
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido										
ERICSON					GAMBER										
1er.Nombre					2do.Nombre										
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> PT	No. Documento:	1105464434
De:	73001	Fecha de Nacimiento:										28/6/2000	Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Direccińn:	MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CAMIL														
Departamento:	TOLIMA				Cod. 73				Telefono:				3227505024		
Municipio:	IBAGUE				Cod. 001										
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor			<input type="checkbox"/> Peaton			<input checked="" type="checkbox"/> Ocupante			<input type="checkbox"/> Ciclista					
IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO															
Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito <input checked="" type="checkbox"/>														
Naturales:	Sismo <input type="checkbox"/>	Maremoto <input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas <input type="checkbox"/>	Huracñn <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>									
Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>											
Terroristas:	Explosińn <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>											
Incendio <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>													
Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>														
Direccińn de la Ocurrencia:	KILOMETRO 2 + 630 MT VIA VARIANTE IBAGUE														
Fecha Evento/Accidente:	5/9/2025														
Departamento:	TOLIMA				Hora: 13:48										
Municipio:	IBAGUE				Cod. 73				Cod. 001						
Zona:	<input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R														
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO DE PLACAS MOX187 QUIEN PIERDE EL CONTROL DEL MISMO Y SUFREN VOLCAMIENTO POR AVISMO RESULTANDO LESIONADO														
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO															
GUZMAN					OBANDO										
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido										
EDUARDO															
1er.Nombre					2do.Nombre										
Documento de identidad:	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> PE	No. Documento:	93372224					
Direccion:	MZ 3 CASA 9 BARIO MODELIA														
Departamento:	TOLIMA				Cod. 73										
Municipio:	IBAGUE				Cod. 001				Telefono:				3122459791		
Total Folios: 21															
VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO															
Est. Aseguramiento:	<input checked="" type="checkbox"/> Aseg.	<input type="checkbox"/> No Aseg.	<input type="checkbox"/> Vehi. Fantasma.	<input type="checkbox"/> Poliza falsa	<input type="checkbox"/> Vehi. en Fuga	<input type="checkbox"/> Aseg F.2497	<input type="checkbox"/> P. Indeter								
Marca:	VOLKSWAGEN				Placa: MOX187				No. Siras: 7daf02927d2754ee						
Tipo de Servicio:	Automovil <input type="checkbox"/>	Bus <input type="checkbox"/>	Buseta <input type="checkbox"/>	Camion <input type="checkbox"/>	Camioneta <input checked="" type="checkbox"/>	Campero <input type="checkbox"/>	Microbus <input type="checkbox"/>	Tractocamion <input type="checkbox"/>							
Motocicleta <input type="checkbox"/>	Motocarro <input type="checkbox"/>	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranj. <input type="checkbox"/>	Vehic.Extranj. <input type="checkbox"/>	Volqueta <input type="checkbox"/>									
Codigo Aseguradora:	AT1317 MUNDIAL DE SEGUROS				intervencińn de la Auto.				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>						
Poliza SOAT No	89600321				Cobro excedente P>liza				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>						
Vigencia de la Poliza:	Desde:	29/10/2024				Hasta:	28/10/2025								
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA															
Codigo CUPS Hospitalizacińn:	S12203				Complejidad de Procedimiento Quirurgico:				MEDIA						
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:					Días de UCI reclamados:				2						
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:					Se presta servicio UCI:				N						



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

GUZMAN	GASCA
1er.Apellido	2do.Apellido
JOHAN	LEONARDO

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS PT PE

No. Documento

1005911166

Direccion:

MZ 3 CASA 9 BARRIO MODELIA

Cod. 73

Teléfono: 3122459791

Departamento:

TOLIMA

Municipio:

IBAGUE

Cod. 001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisiⁿn Orden servicio

Fecha de Remisiⁿn: / / a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Direccion:

Telefono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptaciⁿn: / / a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Direccion:

Telefono:

Profesional que recibe:

Cargo:

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No. DCK490

Transporto la victimas desde : KILOMETRO 3 VIA IBAG

Hasta ASOTRAUMA

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victimas Zona:

XI. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 16/10/2025 a las 09:43

Fecha de Egreso: 16/10/2025 a las 09:59

Diagnóstico presuntivo de Ingreso

Diagnóstico presuntivo de Egreso

S202 CONTUSIÓN DEL TORAX

S202 CONTUSIÓN DEL TORAX

Diagnóstico definitivo de Ingreso

Diagnóstico definitivo de Egreso

S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

Diagnóstico relacionado de Ingreso

Diagnóstico relacionado de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

VANEGAS

RIVERA

1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante

2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante

LIZETH

ANDREA

1er.Nombre del MUDico o Profesional tratante

2do.Nombre del MUDico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

1110505000

Número de Registro de MUDico

161155

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	35700	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo único numero 2.

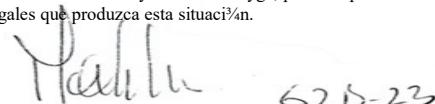
XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC . 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO


625-23

Fecha: 2025-10-16

Yo, **HERNANDEZ CUELLAR ERICSON** identificado con documento NRO **1105464434** como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de paciente, manifiesto de manera libre y espontánea que recibí real, materialmente y a entera satisfacción los servicios de:

Atención de Urgencias
Atención en UCI
Consulta Externa
Servicio de Cirugía

Imágenes Diagnósticas
 Material de Ortesis
 Material de Ortopedia
 Medicamentos

Laboratorios
 Servicio de Curaciones
 Servicio de hospitalización
 Ecografías

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-10-16** y egreso: **2025-10-16**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General
Accidente Estudiantil

Accidente Laboral

Accidente de Tránsito

Otros:

Al proporcionar sus datos personales a través de nuestros formularios físicos o digitales, autoriza expresamente a **Clínica Asotrauma S.A.S** para recolectar información conforme a lo establecido en la Política de Tratamiento datos, para almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar y tratar sus datos personales. Esta autorización incluye el uso de sus datos para fines administrativos, comerciales, informativos, de investigación y de contacto, conforme a lo dispuesto por la Ley 158 2012 y demás normas aplicables. Puedes conocer más sobre nuestra política solicitándola al correo protecciondedatos@asotrauma.com.co o consultándola en nuestras instalaciones.

De igual forma autorizo el tratamiento de mis datos, conforme al manual de polticas de la **Clínica Asotrauma S.A.S** publicado en la página web www.asotrauma.com.co y el tratamiento de mis datos sensibles, los cuales revelen el origen racial o étnico, o permitan la captura de mi huella dactilar, filmación del rostro y en general datos biométricos y relativos a la salud. Para cualquier corrección, actualización, supresión y/o revocación de sus datos personales, debe dirigir escrito a la **Clínica Asotrauma S.A.S** a través del correo electrónico.



NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
HERNANDEZ CUELLAR
ERICSON
1105464434

Nota:Este documento se firma como soporte de factura según lo dispuesto en el anexo 5 de la resolución 3047/2008

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

> **CONSULTA PSICOLOGIA :**

*** !< NUEVO EVENTO 2025.10.02-10:53:42, (DR(A). LAV - LIZETH ANDREA VANEGAS - C.C. 1110505000 - REG. MEDICO: 161155 - PSICOLOGIA) >! ***

**EXAMEN MENTAL

**PORTE Y ACTITUD: Paciente de 25 años, de tez trigueña y contextura gruesa, denota tener su edad cronologica.

**CONCIENCIA: alerta y lucida

**CONTENIDOS: actitudinales,conceptuales y procedimentales

**ORIENTACION:alopsiquica y autopsiquica

**MEMORIA: reciente y remota

**ATENCION: sostenida

**AFECTO: plano (tristeza,impotncia,frustracion,incertidumbre)

**PENSAMIENTO: critico

**LENGUAJE: organizado y fluido

**INTELIGENCIA: dentro del primedio de su edad y escolaridad

**INSIGHT: se evidencia comprension de la informacion

**PROSPECCION: juicio y raciocinio conservado

**ACTITUD MOTORA: tranquila

**MOTIVA DE CONSULTA: Paciente con antecedente de accidente de transito en calidad de pasajero de un carro el 5 de septiembre del presente año, cuando el carro pierde el control y cae por un abismo. paciente que fue interconsultado por la especialidad de neurocirugia. con un diagnostico de trauma craneoencefalico moderado, contusion temporal y hemorragia subracnoidea. en el accidente fallec el conductor quien era su amigo

**ENFERMEDAD ACTUAL: Ericson es un joven de 25 años, residente de la ciudad de ibague, oriundo de la dorada caldas, vive con sus padres, se dedica como mecanico de motos. segun lo referido por Ericson " los primeros dias que estuve en el hospital no me acuerdo mucho lo que paso, el dia del accidente no se que paso, cuando me dieron la noticia que mi amigo habia fallecido no me acuerdo la noticia, todo ha sido muy confuso, pero se que desde el primer momento empece a sentir mi duelo, ha sido dificil porque mas que mi amigo era mi hermano. estar tan encerrado en la casa si me afecta, soy muy funcional y el estar sin hacer nada me desespera"

su progenitora manifiesta " ericson se le estan olvidando las cosas, lo observo muy intranquilo, como si no se sintiera bien en el lugar donde se encuentra"

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

**ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere

**ANTECEDENTES PERSONALES: no refiere

**IMPRESION DIAGNOSTICA: Paciente con alteracion en su estado de animo, en proceso de elaboracion del duelo.

**PLAN DE MANEJO: se realiza valoracion incial y proceso de entrevista.

se deja cita de control en 15 dias

*** !< NUEVO EVENTO 2025.10.16-11:27:05, (DR(A). LAV - LIZETH ANDREA VANEGAS - C.C. 1110505000 - REG. MEDICO: 161155 - PSICOLOGIA) >! ***

**EXAMEN MENTAL

**PORTE Y ACTITUD: Paciente de 25 años, de tez trigueña y contextura gruesa, denota tener su edad cronologica.

**CONCIENCIA: alerta y lucida

**CONTENIDOS: actitudinales,conceptuales y procedimentales

**ORIENTACION:alopsiquica y autopsiquica

**MEMORIA: reciente y remota

**ATENCION: sostenida

**AFECTO: plano (tristeza,impotncia,frustracion,incertidumbre)

**PENSAMIENTO: critico

**LENGUAJE: organizado y fluido

**INTELIGENCIA: dentro del primedio de su edad y escolaridad

**INSIGHT: se evidencia comprension de la informacion

**PROSPECCION: juicio y raciocinio conservado

**ACTITUD MOTORA: tranquila

**MOTIVA DE CONSULTA: Paciente que asiste a control por psicoogia

**ENFERMEDAD ACTUAL: Erikson manifiesta:"Me he sentido bien, aunque a veces siento que se me olvidan las cosas. fui a visitar a mi amigo a la tumba fue un alivio y un descanso; sentia que necesitaba ese espacio para poder enfrentar la realidad."Relato de su exmujer :"Hace dos semanas fuimos a ver la camioneta y noté que le dio taquicardia; se puso pálido. Habla con frecuencia de sus limitaciones y expresa sentirse inútil por no poder realizar las cosas como antes.segun relato del paciente:"Me da miedo quedarme solo, eso me genera mucha ansiedad. Empiezo a caminar de un lado a otro. Salí a donde un amigo y me sentí muy frustrado, porque sentía que no estaba presente conmigo. En ese momento me frustré mucho; solo me calma no sentirme solo. No quiero estar solo."

HISTORIA CLINICA

1105464434

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

**ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere

**ANTECEDENTES PERSONALES: no refiere

**IMPRESION DIAGNOSTICA: Paciente que se observa que presenta varios sintomas ansiosos reactivos a su accidente de transito y elaboracion del duelo de su amigo con el que tuvo el accidente

**PLAN DE MANEJO: se realiza psicoeducacion en emociones

se deja cita de control en 15 dias

Lizeth Andrea Vanegas Rivera
Psicologa
Universidad San Buenaventura
RM: 161155

LIZETH ANDREA VANEGAS

Registro Medico: 161155

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568

SINIESTRO: 142185

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id-: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.09.05

<<REGISTRO: 16:22:40 >> (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

ME ACCIDENTE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

BUEN ESTADO GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE CAMIONETA QUE PRESENTA VOLCAMEINTO CON POSTERIOR TRAUMA EN TORAX CERRADO MIEMBROS SUPERIORES PACIENTE MUY ALGICO.

REVISION POR SISTEMA

ANTECEDENTES

--><<2025.09.05-16:22:49>>, (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1172568
NIEGA

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNS VITALES TA: 131/77 FC: 89 FR: 17 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: OBNUBILADO: ESTUPOROSO: COMA: GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

ORMOCERAL PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS MUOCAS ORAL HUMEDA

CUELLO

MOVIL NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS

TORAX

TORAX NORMOCONFIGURAOD CS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS MV CONSERVADO DOLORSO A LA PALPACION Y A LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS

ABDOMEN

BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION DE MANERA DIFUSA

GENITOURINARIO

SIN ALTERACIONES

PELVIS

SIN ALTERACIONES

DORSOEXT

DORSO CON PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORSO LUMBAR EXTREMIDADES SIMETRICAS MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD RODILLA DREHCA CON DOLO REDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVIDLAID RODILLA IZUQUIERDA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

NEUROLOGICO

ALERTA ORIENTADO EN TRES ESERAS CON CEFALEA VERTIGO Y ALTERACION TRANSITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA

PIEL

SIN ALTERACIONES

FANERAS

SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER	Num. Id-:	CC	1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28	EDAD:	25 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA		CIUDAD: AIBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION		RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS	
AT: NO	OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.09.05 15:49
		Fecha/Hora de registro:	2025.09.05 16:22

OBSERVACION**DIAGNOSTICO RELACIONADO 2**

S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA

MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 5

S202 - CONTUSION DEL TORAX

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******PLAN/CONDUCTA**

PACIENTE QUE INGRESA POR CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE VEHICULO QUE PIERDE EL CONTROL Y SALE DE LA VIA SUIENDO VOLCAMIENTO POR LOQUE SUFRIO TRAUMA A NIVEL DE LA CABEZA TORAX ABDOMEN ZONA DORSOLUMBAR Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y MIEMBROS INFERIORES EN ESTE MOMENTO CON PRESENCIA DE DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD POR LOQUE SE SOLICITA RX Y TAC DE AREAS AFECTADAS Y REVALORAR CON RESULTADOS PARA DEFINIR CONDUCTA PACIETNE EN ESTE MOMENTO CON ADECUADAS CONIONCES GENERALES SIN OTRAS ALTERACIONES

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

S/S PARACLINICOS

HEMOGRAMA

BUN

CREATININA

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

TAC DE CRANEO POR TRAUMA CON CEFALEA VERTIGO Y ALTERACION TRANSITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA

TAC TORAX CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

TAC DE TORAX POR TRAUMA CERRADO DE TORAX DE ALTA ENERGIA

TAC ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO POR TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN DE ALTA ENERGIA EN EL TRAUMA DE ALTA ENERGIA SE PUEDEN LESIONAR DIVERSOS ÓRGANOS Y ESTRUCTURAS ABDOMINALES. LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL EXAMEN CLÍNICO ES LIMITADA POR DIVERSOS FACTORES, CON UNA SENSIBILIDAD MUY BAJA; LA ECOGRAFÍA TIENE LIMITACIONES POR LA PRESENCIA DE GAS, TENIENDO SENSIBILIDAD 88% SOLO PARA LA PRESENCIA DE LÍQUIDO PERITONEAL, Y BAJA ESPECIFICIDAD PARA DETERMINAR EL SITIO DE LA LESIÓN, LESIONES RETROPERITONEALES O VASCULARES, POR LO CUAL, LA TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE ABDOMEN SE HA CONVERTIDO EN EL ESTUDIO GOLD STANDARD PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE POLI TRAUMATIZADO, CON UN RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO MAYOR AL 98%, MAYOR RAPIDEZ EN LA REALIZACIÓN, PERMITIENDO TENER DIAGNÓSTICO INMEDIATO Y TOMAR LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS ADECUADAS, SIN DEMORA OBTENIENDO IMÁGENES COMO SOPORTE DE DIAGNÓSTICO Y NO TENER QUE DEPENDER DEL EXAMINADOR.

RX COLUMNA DORSAL O TORAXICA AP LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE COLUMNA DORSAL POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE OVILIDAD

RX COLUMNA LUMBOSACRA, AP - LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX MANO, AP-LATERAL

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568
SINIESTRO: 142185

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER	Num. Id-:	CC	1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28	EDAD:	25 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA	CIUDAD:	AIBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	MICHEL ARCINIEGAS	
AT: NO OBS: NO		Fecha/Hora de admision:	2025.09.05 15:49
		Fecha/Hora de registro:	2025.09.05 16:22

OBSERVACION

JUSTIFICACION

RX DE MANO DRECHA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX RODILLA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE RODILLA DERECHA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX RODILLA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE RODILLA IZQUIERDA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 5

S202 - CONTUSION DEL TORAX

<< REGISTRO: 19:55:01 >>

(DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

SE BREVALORA AL PACIENTE EN ESTE MOMENTO CON RESULTADO DE RX Y TAC

RX DE COLUMNA DORSAL SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA CON FRACTURA DE APOFISIS TRANSVERSA DE L1

RX DE MANO SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE RODILLA DERECHA SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE RODILLA IZQUIERDA SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

TAC DE CRANEO SIN LESIONES OSEAS NI HEMORRAGIAS SE OBSERVA IMAGEN QUE SUGIERE POSIBLE HEMORRAGIA EN LA TIENDA CEREBELOSA

TAC DE TORAX CON FRACTURA DE ARCOS COSTALES 8, 9, 10 Y 11 DERECHOS

TAC DE ABDOMEN SIN LESIONES DE ORGANOS INTRAABDOMINAL ES NO LIQUIDO LIBRE EN LA CAVIDAD ABDOMINAL

POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE NEURO CIRUGIA PENDIENTE DE VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA PACIENTE CON ADECUADAS CONDICIONES GERALES SIN OTRAS ALTERACIONES

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id-: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

<< REGISTRO: 19:59:05 >> (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

NOTA ACLARATORIA TAC DE CRANEO EN EL CUAL SE OBSERVA CONTUSION HEMORRAGICA TEMPORAL IZQUIERDA

<< REGISTRO: 23:43:28 >> (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

NOTA DE EVOLUCION MEDICA

TRAUMA CONTUNDENTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CONDUCTOR DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO

TRAUMA EN TORAX

FRACTURA DE 8.9.10.11 COSTAL

CONTUSION HEMORRAGIA TEMPORAL IZQUIERDA,

PACIENTE CON SV: FC: 80, FR: 19, TEMP: 36.5 TA: 110/78, CABEZA: NORMAL CUELLO: NORMAL, CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR: NORMAL ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NEUROLOGICO: PACIENTE DESORIENTADO GLASGOW: 12/15

NEUROCIRUGIA CONSIDERA MANEJO EN UCI PENDIENTE TRASLADO A UCI PENDIENTE NOTA OFICIAL CONTINUA VIGILANCIA NEUROLOGICA EN REANIMACION.

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.06

<< REGISTRO: 09:24:42 >> (DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

NOTA MEDICA TURNO NOCHE

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON DX :

1. CONDUCTOR DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO
2. TRAUMA DE TORAX CERRADO
- 2.1 FRACTURA DE 8-9-10-11 COSTAL ?
3. CONTUSION HEMORRAGIA TEMPORAL IZQUIERDA

PACIENTE MANIFIESTA TOLERANCIA AL DOLOR, NIEGA DISNEA, REFIERE " MUCHO SUEÑO "

AL EXAMEN FISICO NORMOCARDICO , NORMOTENSO , AFEBRIL , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL E HIDRATADO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, CON PULSOS PRESENTES CON

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER	Num. Id-:	CC	1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28	EDAD:	25 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA	CIUDAD:	AIBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	MICHEL ARCINIEGAS	
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.09.05	15:49
	Fecha/Hora de registro:	2025.09.05	16:22

OBSERVACION

ADECUADA PERFUSION, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

REPORTE DE PARAACLINICOS :

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS 24.940, NEUTROFILOS 93.7% , HEMOGLOBINA 16.2 G/L , HEMATOCRITO 46.16 % , PLAQUETAS 272.000
BUN 16.72 , CREATININA 0.85 mg/dl

PACIENTE QUE INGRESA POR ACCIDENTE DE TRANSITO COMO ESTA DESCRITO EN LA ANAMNESIS , SE VALORA
HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, CONTINUARA MANEJO ANALGESICO , VIGILANCIA NEUROLOGICA , CON
GLASGOW 15/15 DE INGRESO , AL MOMENTO DE LA VALORACION 12/15 , REFIERE " MUCHO SUEÑO ".
SE DECIDE TOMA DE TAC DE CRANEO DE CONTROL .
PENDIENTE TRASLADO A UCI .

SE LE EXPLICA LO ANTERIOR A LOS FAMILIARES Y AL PACIENTE

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

CONTROL POR DETERIORO DE ESTADO DE CONCIENCIA

<< REGISTRO: 09:28:50 >> (DR(A). EJM - MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN - C.C. 1110461997 - REG. MEDICO: 3531 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

EVOLUCION MEDICA SABADO 6 DE SEPTIEMBRE DE 2025

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS

1. TRAUMATISMO EN EL CRANEO -. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA . CONTUSIONES HEMORRAGICAS
2. TRAUMATISMO DEL TORAX, FRACTURAS COSTALES NO DESPLAZADAS DE 8-9-10 -11 IZQUIERDAS???
3. TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

SIGNOS VITALES TA 128/ 74 FC 78 FR 16 SPO2 98%

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES
C/P RUIDOS CARDIACOS RITMicos SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREAGREGADOS. DOLOR EN EL HEMI TORAX IZQUIERDO

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASAS NO MEGALAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES. EUTROFICAS SIN EDEMAS MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES .

NEURO PACIENTE CONCIENTE, ALERTA GLASGOW 15/15 MANIFIESTA CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD, NAUSEAS, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA EN EL EVENTO, Y AMNESIA DEL EVENTO-.

ANALISIS

PACIENTE QUIEN EL DIA E AYER PRESENTO ACCIDENTE DE TRASITO CON POLITRAUMATISMO, ENTRE ESTOS, TRAUMA EN EL CRANEO, CEFALEA, NAUSEAS. TRAUMA CERVICAL, DEL TORAX, DEL ABDOMEN .

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER	Num. Id-:	CC	1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28	EDAD:	25 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA	CIUDAD:	AIBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	MICHEL ARCINIEGAS	
AT: NO OBS: NO		Fecha/Hora de admision:	2025.09.05 15:49
		Fecha/Hora de registro:	2025.09.05 16:22

OBSERVACION

FUE VALORADO INICIALMENTE SE DA TTO ANALGESICO , LIQUIDOS ENDOVENOSOSL HA PERMANECIDO ESTABLE HEMODINAMICA Y RESPIRATORIAMENTE. CON ESTADO NEUROLOGICO CONSERVADO.

SE REALIZO TAC DE CRANEO EN LA CUAL SE APRECIA UNA CONTUSION HEMORRAGICA, CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. NO EFECTO DE MASA. LIGERO EDEMA.

TAC DE TORAX CONTRASTADO NO HEMO NO NEUMOTORAX NO CONSOLIDACIONES NO DERRAMES -. APARENTE TRAZOS DE FRACTURAS NO DESPLAZADA IZQUIERDA - SE REVISA TABLA OSEA SIN EVIDENCIAR LESIONES DE LA COLUMNA DORSAL

TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO NO LESIONES INTRAABDOINALES NO LIQUIDO LIBRE NO LESIONES RENALES ESPLENICAS. HEPATICAS SE REVISA TABLA OSEA SIN EVIDENCIAR LESIONES DE LA COLUMNA LUMBOSACRA

SE REALPIZA AJUSTE DE LOS MEDICAMENTOS

SOLICITO EL DIA DE HOY TAC DE CRANEO DE CONTROL, RX DE LA COLUMNA CERVICAL Y RX DE TORAX Y REJA COSTAL DE CONTROL.

CONTINUA EN VIGILANCIA NEUROLOGICA, CONTROL DE SIGNOS VITALES, MANEJO MEDICO.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL CRANEO CEFALEA NAUSEAS EMESIS
CONTROL POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

RX TORAX PA Y LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL TORAX FRACTURAS COSTALES IZQUIERDA

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL COSTADO IZQUIERDO

RX COLUMNA CERVICAL AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMATISMO DE LA COLUMNA CERVICAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 1000 CC HORA

PARACETAMOL SOL. INYECTABLE X 1G/100 CANT: 1 1 GR IV CADA 8 HORAS

ONDANSETRON AMPOLLA X 8 MG CANT: 1 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS

FENITOINA SODICA AMPOLLA X 250 COD:5744 CANT: 1 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 10:34:54 >>

(DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER	Num. Id-:	CC	1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28	EDAD:	25 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA	CIUDAD:	AIBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	MICHEL ARCINIEGAS	
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.09.05	15:49
OBSERVACION		Fecha/Hora de registro:	2025.09.05 16:22

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

NOTA MEDICA TURNO DIA

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON DX :

1. PASAJERO DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO
2. TRAUMA DE TORAX CERRADO
- 2.1 FRACTURA DE 8-9-10-11 COSTAL ?
3. HEMORRAGIA SUPRATENTORIAL DEL LADO DERECHO QUE SE EXTIENDE POR LA HOZ DEL CEREBRO

PACIENTE MANIFIESTA TOLERANCIA AL DOLOR, NIEGA DISNEA, REFIERE " MUCHO SUEÑO "

MADRE DEL PACIENTE ACLARA QUE EL PACIENTE IBA DE PASAJERO DE LA CAMIONETA , SUFRIERON VOLCAMIENTO Y EL CONDUCTOR FALLECIO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE

AL EXAMEN FISICO NORMOCARDICO , NORMOTENSO , AFEBRIL , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL E HIDRATADO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, CON PULSOS PRESENTES CON ADECUADA PERFUSION, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

TAC DE CRANEO DE CONTROL QUE MUESTRA HEMORRAGIA SUPRATENTORIAL DEL LADO DERECHO QUE SE EXTIENDE POR LA HOZ DEL CEREBRO , SIN APARENTES CAMBIOS CON RESPECTO A LA TOMOGRAFIA INICIAL

SE VALORA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA , CONTINUARA MANEJO ANALGESICO , VIGILANCIA NEUROLOGICA , CON GLASGOW 15/15 DE INGRESO , AL MOMENTO DE LA VALORACION 14/15 , REFIERE " MUCHO SUEÑO " .

PENDIENTE TRASLADO A UCI SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS
PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA

SE LE EXPLICA LO ANTERIOR A LOS FAMILIARES Y AL PACIENTE

** NOTA ACLARATORIA : MADRE DEL PACIENTE ACLARA QUE EL PACIENTE IBA DE PASAJERO DE LA CAMIONETA , SUFRIERON VOLCAMIENTO Y EL CONDUCTOR FALLECIO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE **

<< REGISTRO: 16:29:55 >>

(DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

SE ENTREGA PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON ESTABILIDAD CLINICA Y HEMODINAMICA , CON GLASGOW 15/15 , CONCIENTE , ALERTA , ORIENTADO , VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN INDICA MONITORIZACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.07

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1105464434

ADMISSION N_: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id-: CC: 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

<< REGISTRO: 21:23:02 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2025.09.07-21:22:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.08

<< REGISTRO: 03:27:34 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 25.09.08-03:27:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: HOSPITALIZACION

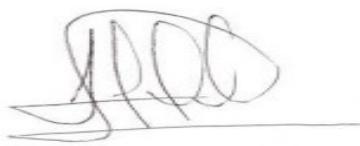
SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 25.09.08

HORA DE EGRESO: 03:27:20

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. MARTINEZ ANDRES FELIPE

Registro Medico: 1110516445

CC - 1110516445

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Ademas se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

Consulta Automotores

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

[Realizar otra consulta](#)

PLACA DEL VEHÍCULO:	MOX187	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027982085	CLASE DE VEHÍCULO:	CAMIONETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	VOLKSWAGEN	LÍNEA:	AMAROK
MODELO:	2011	COLOR:	ROJO TORNADO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	CDC006279
NÚMERO DE CHASIS:	WV1ZZZ2H2B8004828	NÚMERO DE VIN:	WV1ZZZ2H2B8004828
CILINDRAJE:	2000	TIPO DE CARROCERÍA:	DOBLE CABINA
TIPO COMBUSTIBLE:	DIESEL	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	 16/07/2010
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA DE TTOyTTE MEDELLIN	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	4

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

Consulte el Histórico Vehicular Aquí



Datos Técnicos del Vehículo



Póliza SOAT



Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Código tarifa	Estado
89600321	27/10/2024	29/10/2024	28/10/2025	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A LA PREVISORA	222	VIGENTE
430800452328/10/2023	28/10/2023	29/10/2023	28/10/2024	S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	222	NO VIGENTE
30403905	27/10/2022	28/10/2022	27/10/2023	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	222	NO VIGENTE
27351528	21/09/2021	22/09/2021	21/09/2022	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	222	NO VIGENTE
25207138	28/08/2020	29/08/2020	28/08/2021	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	221	NO VIGENTE

Registros por página 10 1 - 5 de 5



Pólizas de Responsabilidad Civil



Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)



Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza



Solicitudes



Información Blindaje



Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución



Autorización de registro inicial vehículo nuevo de corso





Liberad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027982085

PLACA
MOX187

MARCA
VOLKSWAGEN

LÍNEA
AMAROK

MODELO
2011

CILINDRADA CC
2.000

COLOR
ROJO TORNADO

SERVICIO
PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO
CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA
DOBLE CABINA

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD Kg/P SJ
1000 - 4

NÚMERO DE MOTOR
CDC006279

REG VIN
N WV1ZZZ2HZB8004828

NÚMERO DE SERIE

REG NÚMERO DE CHASIS
N WV1ZZZ2HZB8004828

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
GUZMAN OBANDO EDUARDO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 93372224

