

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

<div><div><div></div><div>Medical</div></div></div> <div>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL: INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:</div>											
INFORMACION DEL PRESTADOR:				NUMERO DE ATENCION:		50177		Fecha: 2025-08-12		Hora: 11:19	
CLINICA MEDICAL S.A.S						Nit:		X		830507718	
Codigo:		110012215001		Direccion Prestador:		Calle 36 Sur 77 -33					
Telefono:		7442565									
Indicativo:		Numero:		Departamento:		CUNDINAMARCA 11		Municipio:		BOGOTA, D.C	
Entidad a ala que se le informa (Pagador):				Paciente en trauma		Codigo):					
DATOS DEL PACIENTE:											
None			None			None			None		
primerApellido			segundorApellido			primerNombre			segundoNombre		
Tipo Documento Identificacion											
Registro Civil			Pasaporte			4032					
Tarjeta de Identidad			Adulto sin Identificacion			Numero de Documento de Identificacion					
X Cedula de ciudadania			Menor sin identificacion								
Cedula de extranjeria						Fecha de nacimiento			2025-08-06 16:13:00-05:00		
Direccion de residencia habitual			Cr 21 N° 169 15/25 Bodega 2			Telefono			7442565		
Departamento			CUNDINAMARCA			Municipio			BOGOTA, D.C		
Cobertura en salud											
X Regimen Contributivo			Regimen subsidiado parcial			Poblacion pobre No asegurada con sisben			Plan adicional en salud		
Regimen subsidiado total			Poblacion pobre No asegurada sin sisben			Desplazado			X Otro		
INFORMACION DE LA ATENCION											
Origen de la atencion											
						1. Rojo					
Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrofico											
Enfermedad Profesional Accidente de transito						2. Naranja					
Otro tipo de accidente						3. Amarillo					
						4. Verde					
						5. Azul					
Ingreso a Urgencias											
Fecha		Hora		Paciente viene Remitido		Si		Paciente viene Remitido			
Nombre del prestador de servicios que remite:				Codigo:							
Examen Fisico											
Signos Vitales		FC FR		TA		TA		Glasgow		Temp: Peso:	
Impresion Diagnostica											
Diagnostico Principal		Codigo		Descripcion							
Relacionado 1											
Relacionado 2											
Relacionado 3											
Destino del paciente											
Domicilio		Internacion		ContraRemision							
Observacion		Remision		Otro							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA											
Nombre de quien informa		Telefono									
Indicativo		Numero		Extension							
Cargo o Actividad		Telefono Celular									