

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

<div><div><div></div><div>Medical</div></div><div>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL: INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:</div></div>											
INFORMACION DEL PRESTADOR:				NUMERO DE ATENCION:		50264		Fecha: 2025-08-27		Hora: 09:41	
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:											
BERNAL			ROMERO			LUIS			ERNESTO		
primerApellido			segundorApellido			primerNombre			segundoNombre		
Tipo Documento Identificacion											
Registro Civil			Pasaporte			51017					
Tarjeta de Identidad			Adulto sin Identificacion			Numero de Documento de Identificacion					
Cedula de ciudadania			Menor sin identificacion								
X Cedula de extranjeria						Fecha de nacimiento			0001-01-01 00:00:01-04:56		
Direccion de residencia habitual			CALLE 127			Telefono			123		
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		Clasificacion Triage		2. Naranja 3. Amarillo 4. Verde 5. Azul					
Otro tipo de accidente											
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									