



Admision: 50250

Fecha Ingreso: 2025-08-20 Hora Ingreso: 04:08:29 Servicio: HOSPITALIZACION Cama: 203

Via Ingreso: Causa Externa: ENFERMEDD PROFESIONAL Manilla de Identificacion#:

Apellidos y Nombres: ALBERTO BERNAL PACIENTEe KENEDY

Historia Clinica: Cedula de Ciudadania 19465673

Fecha de Nacimiento: 0001-01-01 Edad: 739483xo: M

Ocupacion: CONDUCTOR Estado Civil: CASADO

SEGURIDAD SOCIAL:

Regimen: CONTRIBUTIVO Usuario:

Nivel: Poblacion especial:



ENTIDADES RESPONSABLES: 1.-

2.-

3.-

4.-

Direccion del sitio de vivienda: CALLE 87

Telefono: 322230 Municipio: BOGOTA, D.C Zona: ENGATIVA Correo Electronicoalberto@gmail.com

Localidad:

DATOS DEL ACCIDENTE:

Impresion Dx comentada Aborto espontaneo incompleto, complicado por embolia Servicio solicitado

Responsable del paciente L.D

Direccion:

Usuario Capitado: Responsable Admision:

(Ley 1438 del 2011 Art. 143 Según Circular externa 0000033 de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL y Resolución 1915 del 2000 La informacion aqui registrada del evento catalogado como accidente de transito, es declarada bajo la gravedad de juramento por el usuario: con documento de identificación numero:

quien reside en la dirección:

barrio:

del municipio de:

en calidad de paciente y/o acudiente del paciente: con documento de identificación numero: donde resulto afectado por vehículo automotor en movimiento: - Mediante la firma de esta declaración, confirma la veracidad y exactitud de las declaraciones hechas, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañía prestadora de servicios de salud, provocandolo intencionalmente, presentandolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando o omitiendo información relevante.

Yo:

o en mi representacion _____ identificado con _____

Nombre Completo: ALBERTO BERNAL PACIENTEe KENEDY

Identificacion: 19465673

Parentesco: PACIENTE