

ANEXO TÉCNICO No. 2345678
INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Medical		MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS																		
INFORMACION DEL PRESTADOR			NÚMERO DE ATENCION		530147	Fecha:	2025/08/12	Hora:	07:16											
CLINICA MEDICAL					Nit	<input checked="" type="checkbox"/>	8	3	0	5	0	7	7	1	8	-	8			
					CC	<input type="checkbox"/>	Número DV													
Código	1	1	0	0	1	2	2	1	5	0	0	1	Dirección prestador: Calle 36 N. 77-33 Sur Kennedy - Bogotá. D.C.							
Teléfono:	Indicativo		Número		Departamento:		BOGOTA		1	1	Municipio:									
Entidad a la que se le Informa (Pagador): EPS FAMISANAR SAS										Código:		EPS017								
DATOS DEL PACIENTE																				
1er. Apellido				2do. Apellido				1er. Nombre				2do. Nombre								
CACERES QUINTERO WILMER LEONEL																				
Tipo Documento de Identificación																				
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		80825645																
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		Número documento de Identificación																
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		Fecha de Nacimiento: 1983/12/07																
Cédula de extranjería																				
Dirección de Residencia Habitual:										Teléfono:										
Departamento:										Municipio:										
Cobertura en Salud:																				
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial		<input type="checkbox"/> Población pobre no asegurada sin SISBEN		<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud														
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total		<input type="checkbox"/> Población pobre NO asegurada con SISBEN		<input type="checkbox"/> Desplazado		<input type="checkbox"/> Otro														
INFORMACION DE LA ATENCION																				
Origén de la Atención																				
<input type="checkbox"/> Enfermedad General		<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo		<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico		<input checked="" type="checkbox"/> Otro tipo de accidente		Clasificación Triage		1. Rojo 2. Naranja 3. Amarillo 4. Verde 5. Azul										
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional		<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito																		
Ingreso a Urgencias																				
Fecha:		Hora:		Paciente Viene Remitido: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No																
Nombre del prestador de servicios de salud que remite:																				
Codigo:																				
Motivo de consulta																				
Exámen fisico																				
Signos Vitales: FC: 95 lpm FR: 18 rpm TA: 148 / 89 TA media: 108 Glasgow: 15 Temp.: 36,5 C° Peso: 0 kg																				
Impresion Diagnóstica: Código Descripción:																				
Diagnóstico principal _____																				
Diagnóstico relacionado 1 _____																				
Diagnóstico relacionado 2 _____																				
Diagnóstico relacionado 3 _____																				
Destino del Paciente:																				
<input type="checkbox"/> Domicilio		<input type="checkbox"/> Internación		<input type="checkbox"/> Contraremisión																
<input checked="" type="checkbox"/> Observación		<input type="checkbox"/> Remisión		<input checked="" type="checkbox"/> Otro																
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA																				
Nombre de quien informa					Telefono:			091			7425513			129						
DAYANA ROCHA CABRERA					indicativo			número			extensión									
Cargo o actividad: Aux. Enfermeria					Telefono celular :			3132553172												