

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:		50332		Fecha: 2025-10-03		Hora: 07:22	
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		ferreira		alberto		null					
primerApellido		segundorApellido		primerNombre		segundoNombre					
Tipo Documento Identificacion											
Registro Civil		Pasaporte		19465673							
Tarjeta de Identidad		Adulto sin Identificacion		Numero de Documento de Identificacion							
X Cedula de ciudadania		Menor sin identificacion									
Cedula de extranjeria						Fecha de nacimiento		0001-01-01 00:00:01-04:56			
Direccion de residencia habitual CALLE 87						Telefono		322230			
Departamento		BOYACA		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											
X										1. Rojo	
Enfermedad General		Accidente de trabajo		Evento Catastrofico							
Enfermedad Profesional		Accidente de transito		Clasificacion Triage		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		Codigo		Descripcion							
Diagnostico Principal											
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									