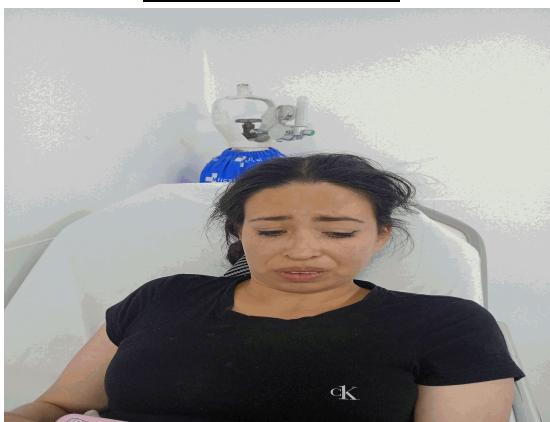


Fecha Ingreso:	2025/07/30	Hora Ingreso:	13:06	Servicio:	Básicos	Cama:	332
Via Ingreso:	Urgencias	Causa Externa:	Accidente de transito			Manilla de identificación #:	1314978
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		<b>Apellidos y Nombres:</b> GINA PAOLA PINTO URREA <b>Historia Clínica:</b> CC - 1033770894 <b>Fecha de Nacimiento:</b> 1994/12/07 <b>Edad:</b> 30 - Años <b>Sexo:</b> Femenino <b>Ocupación:</b> OTROS <b>Estado Civil:</b> Casado(a) <u><b>SEGURIDAD SOCIAL</b></u> <b>Régimen:</b> SUBSIDIADO <b>Usuario:</b> SUBSIDIO TOTAL <b>Nivel:</b> Nivel 2 <b>Población Especial:</b> <b>ENTIDADES RESPONSABLES</b> 1.- SEGUROS DEL ESTADO SOAT 2.- ADRES 3.- EPS FAMISANAR SAS 4.- 					
							

Direccion sitio de Vivienda:	CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85			
Teléfono (s):	3222713279	Municipio:	BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)	
Localidad:	USME	Correo Electrónico:	1GINA.PINTO@GMAIL.COM	
<b>DATOS DEL ACCIDENTE</b>				
Direccion del accidente:	CALLE 17 SUR CON CARRERA 29 B			
Municipio del Accidente:	BOGOTA D.C.(BOGOTA D.C.)	Condición del Accidentado:	Peatón	
Descripción del Accidente:	PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA			
Impresión DX (Comentada):	POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
Servicio Solicitado:				
Responsable del Paciente:	OSCAR CACERES	I.D.:	1	
Direccion:	CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85			
Usuario Capitado:	SI	Parentesco:	ESPOSO	
Teléfono:				3208916037
Responsable Admisión:				NEIDU SOSA RUEDA

(Ley 1438 del 2011 Art. 143 Según Circular externa 0000033 de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL y Resolución 1915 del 2008)

La información aquí registrada del evento catalogado como accidente de transito, es declarada bajo la gravedad de juramento por el usuario: GINA PAOLA PINTO URREA con documento de identificación numero: 1033770894 quien reside en la dirección: CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85 barrio: USME CENTRO del municipio de: BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.) en calidad de paciente y/o acudiente del paciente: \_\_\_\_\_ con documento de identificación numero: \_\_\_\_\_, donde resultó afectado por vehículo automotor en movimiento.

- Mediante la firma de esta declaración, confirma la veracidad y exactitud de las declaraciones que formula, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañía prestadora de servicios en salud información determinante del siniestro y en consecuencia, de suceder en un enexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho a rechazar el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 524 y 534 del código de Comercio y en las Condiciones Generales y particulares de la póliza contratada.
- Así mismo, le hacemos presente que, el que maliciosamente obtenga el pago indebido de un seguro, simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas, incurre en el delito de fraude al seguro establecido en el artículo 470, número 10 del código final.

Yo GINA PAOLA PINTO URREA o en mi representación \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_. Declaro que he sido informado de las condiciones generales para las prestación de los servicios y autorizo mi atención en la Clínica Medical S.A.S.

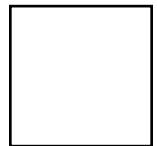
Declaro que la información y/o documentación aportada y consignada en el presente formato es cierta, veraz y verificable; razón por la cual autorizo su posterior verificación por parte de la aseguradora y de la misma institución.

Teniendo en cuenta el artículo 9 de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", autorizo expresamente a la Clínica Medical S.A.S. a divulgar la información aquí reposada tanto internamente como a EPS, aseguradoras, entes de control y demás entidades que la requieran y que estén autorizadas para tal fin, siempre y cuando dicha divulgación esté relacionada con los motivos por los cuales recibí tratamiento en esta Institución prestadora de salud. De igual manera declaro que conozco los derechos que me asisten como titular de esta información de acuerdo con lo establecido en el artículo 8º de la mencionada Ley.

Nombre Completo: GINA PAOLA PINTO URREA  
Identificación: CC 1033770894  
Parentesco: PACIENTE

Gina Pinto

FIRMA.



Huella