

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

Medical

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL:

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

INFORMACION DEL PRESTADOR:

NUMERO DE ATENCION:

50236

Fecha:

2025-08-14

Hora:

11:32

CLINICA MEDICAL S.A.S

Nit:

X

830507718

8

Codigo:

110012215001

Direccion Prestador:

Calle 36 Sur 77 -33

Telefono:

7442565

Departamento:

CUNDINAMARCA

11

Municipio:

BOGOTA, D.C

Indicativo:

Numero:

Entidad a ala que se le informa (Pagador):

Paciente en trauma

Codigo):

DATOS DEL PACIENTE:

cifuentes

null

egan

bernal

primerApellido

segundorApellido

primerNombre

segundoNombre

Tipo Documento Identificacion

Registro Civil

Tarjeta de Identidad

X Cedula de ciudadania

Cedula de extranjeria

Direccion de residencia habitual

calle sur

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

BOGOTA, D.C

Pasaporte

Adulto sin Identificacion

Menor sin identificacion

342

Numero de Documento de Identificacion

Fecha de nacimiento

2025-08-14 10:57:00-05:00

Telefono

2121

Cobertura en salud

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

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