



Admision: 50177

Fecha Ingreso: 2025-08-08 Hora Ingreso: 09:08:36 Servicio: URGENCIAS Cama: URG08

Via Ingreso: Causa Externa: SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Manilla de Identificacion#:

Apellidos y Nombres: euclelia

Historia Clinica: Cedula de Ciudadania 4032

Fecha de Nacimiento: 2025-08-06 Edad: 7 Sexo: F

Ocupacion: TODERO Estado Civil: DIVORCIADO

SEGURIDAD SOCIAL:

Regimen: CONTRIBUTIVO Usuario:

Nivel: Poblacion especial:



ENTIDADES RESPONSABLES: 1.-

2.-

3.-

4.-

Direccion del sitio de vivienda: Cr 21 N° 169 15/25 Bodega 2

Telefono: 7442565 Municipio:

BOGOTA, D.C

Zona:

CHAPINERO

Localidad:

CHAPINERO

Correo Electronico: None

DATOS DEL ACCIDENTE:

Direccion del accidente

Impresion Dx comentada Abortadora habitual

Servicio solicitado

Responsable del paciente

L.D

Direccion:

Telefono:

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, manifiestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañia 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 datos relevantes.

Yo:

o en mi representacion _____ identificado con _____

Nombre Completo: euclelia

Identificacion: 4032

Parentesco: PACIENTE