



## HOJA DE ADMISION DEL PACIENTE

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: euclecia

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: 21 N° 169 15/25 Bodega 2

Telefono: 7442565 Municipio: BOGOTA, D.C

Localidad: CHAPINERO Zona: 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 200

La informacion aquí 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 de

, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañia prestadora de serv

Yo: , provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultar

o en mi representacion \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_

Nombre Completo: euclecia

Identificacion: 4032

Parentesco: PACIENTE