

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL:
INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

INFORMACION DEL PRESTADOR:

NUMERO DE ATENCION:

527733

Fecha: 2025-08-08

Hora: 11:35

CLINICA MEDICAL S.A.S

Nit:

X

830507718

8

Codigo: 110012215001 Direccion Prestador: Calle 36 Sur 77 -33

Telefono: 7442565

Indicativo: Numero: Departamento: CUNDINAMARCA 11

Municipio:

BOGOTA, D.C.

Entidad a la que se le informa (Pagador): Paciente en trauma Codigo):

DATOS DEL PACIENTE:

None		None	None	None
primerApellido		segundorApellido	primerNombre	segundoNombre
Tipo Documento Identificacion				
Registro Civil	Pasaporte	Tarjeta de Identidad	Adulto sin Identificacion	Numero de Documento de Identificacion
Cedula de ciudadanía	Menor sin identificacion			
Cedula de extranjeria				
Direccion de residencia habitual	Cr 21 N° 169 15/25 Bodega 2	Direccion de residencia habitual	7442565	Fecha de nacimiento 0001-01-01 00:00:01-04:56:16
Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	BOGOTA, D.C	
Cobertura en salud				
Régimen Contributivo	Regimen subsidiado parcial	Poblacion pobre No asegurada con sisben	Plan adicional en salud	
Régimen subsidiado total	Poblacion pobre No asegurada sin sisben	Desplazado	Otro	

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atencion				
Enfermedad General	1. Rojo			
Otro tipo de accidente	Accidente de transito	Clasificacion Triage	2. Naranja	
			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:					

			Motivo de consulta
--	--	--	--------------------

Signos Vitales	FC	FR	TA	TA	Glasgow	Temp:	Examen Fisico	Peso:
----------------	----	----	----	----	---------	-------	---------------	-------

Impresion Diagnostica	Codigo	Descripcion		
-----------------------	--------	-------------	--	--

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