

ANEXO TÉCNICO No. 2345678
INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Medical		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
		INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS					
INFORMACION DEL PRESTADOR		NÚMERO DE ATENCION	530147	Fecha:	2025/08/12	Hora:	07:16
CLINICA MEDICAL				Nit	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>830507718-8</div><div>DV</div></div>			
Código	110012215001	Dirección prestador: Calle 36 N. 77-33 Sur Kennedy - Bogotá. D.C.					
Teléfono:		Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTA	Municipio:	
Entidad a la que se le Informa (Pagador): EPS FAMISANAR SAS				Código:	EPS017		
DATOS DEL PACIENTE							
CACERES		QUINTERO		WILMER		LEONEL	
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
Tipo Documento de Identificación				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería</div><div><input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Menor sin identificación</div><div>80825645 Número documento de Identificación</div></div>			
				Fecha de Nacimiento:		1983/12/07	
Dirección de Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:				Municipio:			
Cobertura en Salud:							
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial		<input type="checkbox"/> Población pobre no asegurada sin SISBEN		<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud	
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total		<input type="checkbox"/> Población pobre NO asegurada con SISBEN		<input type="checkbox"/> Desplazado		<input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA ATENCION							
Orígen de la Atención						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional</div><div><input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</div><div><input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input checked="" type="checkbox"/> Otro tipo de accidente</div><div>Clasificación Triage<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">1. Rojo 2. Naranja 3. Amarillo 4. Verde 5. Azul</div></div></div>	
Ingreso a Urgencias							
Fecha:		Hora:		Paciente Viene Remitido: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Nombre del prestador de servicios de salud que remite:						Codigo:	
Motivo de consulta							
Exámen físico							
Signos Vitales: FC: 95 lpm FR: 18 rpm TA: 148 / 89 TA media: 108 Glasgow: 15 Temp.: 36,5 C° Peso: 0 kg							
Impresion Diagnostica:		Código	Descripcíon:				
Diagnostico principal							
Diagnóstico relacionado 1							
Diagnóstico relacionado 2							
Diagnóstico relacionado 3							
Destino del Paciente:							
<input type="checkbox"/> Domicilio		<input type="checkbox"/> Internación		<input type="checkbox"/> Contraremisión			
<input type="checkbox"/> Observación		<input type="checkbox"/> Remisión		<input checked="" type="checkbox"/> Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA							
Nombre de quien informa		Telefono:	091	7425513	129		
DAYANA ROCHA CABRERA		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>indicativo</div><div>número</div><div>extensión</div></div>					
Cargo o actividad: Aux. Enfermería		Telefono celular :		3132553172			