

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

<div><div><div></div><div>Medical</div></div></div> <div>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL: INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:</div>											
INFORMACION DEL PRESTADOR:				NUMERO DE ATENCION:		50274		Fecha: 2025-09-12		Hora: 09:30	
CLINICA MEDICAL S.A.S						Nit:		X		830507718	
Codigo:		110012215001		Direccion Prestador:		Calle 36 Sur 77 -33					
Telefono:		7442565									
Indicativo:		Numero:		Departamento:		CUNDINAMARCA		11		Municipio: BOGOTA, D.C	
Entidad a ala que se le informa (Pagador):				Paciente en trauma		Codigo):					
DATOS DEL PACIENTE:											
nieto			laguna			maria			prudencia		
primerApellido			segundorApellido			primerNombre			segundoNombre		
Tipo Documento Identificacion											
Registro Civil			Pasaporte			20248592					
Tarjeta de Identidad			Adulto sin Identificacion			Numero de Documento de Identificacion					
X Cedula de ciudadania			Menor sin identificacion								
Cedula de extranjeria						Fecha de nacimiento			0001-01-01 00:00:01-04:56		
Direccion de residencia habitual			e usme carrera 132			Telefono			2-203456		
Departamento			CUNDINAMARCA			Municipio			BOGOTA, D.C		
Cobertura en salud											
X 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											
X									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								