

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

Medical

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 ala 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 ciudadania

Menor sin identificacion

Cedula de extranjeria

Fecha de nacimiento

0001-01-01 00:00:01-04:56:16

Direccion de residencia habitual

Cr 21 N° 169 15/25 Bode

Direccion de residencia habitual

4110965

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

BOGOTA, D.C

Cobertura en salud

Regimen subsidiado parcial

Poblacion pobre No asegurada con sisben

Plan adicional en salud

Regimen subsidiado total

Poblacion pobre No asegurada sin sisben

Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atencion

Enfermedad General

1. Rojo

Enfermedad Profesional

Accidente de transito

2. Naranja

3. Amarillo

4. Verde

5. Azul

Clasificacion Triage

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

Observacion

Internacion

Remision

ContraRemision

Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa

Indicativo

Numero

Telefono

Extension

Cargo o Actividad

Telefono Celular