



Admision: 50199

Fecha Ingreso: 2025-08-14 Hora Ingreso: 05:08:26 Servicio: HOSPITALIZACION Cama: 103

Via Ingreso: Causa Externa: OTRO TIPO DE ACCIDENTE Manilla de Identificacion#:

Apellidos y Nombres: karizza carillo

Historia Clinica: Cedula de Ciudadania 346

Fecha de Nacimiento: 0001-01-01 Edad: 7394\$6xo: F

Ocupacion: AUXILIAR CONTABLE Estado Civil: CASADO

SEGURIDAD SOCIAL:

Regimen: CONTRIBUTIVO Usuario:

Nivel: Poblacion especial:



ENTIDADES RESPONSABLES: 1.-

2.-

3.-

4.-

Direccion del sitio de vivienda calle 80

Telefono: 6261216

Municipio:

BOGOTA, D.C

Zona:

ENGATIVA

Localidad:

ENGATIVA

Correo Electronico:

DATOS DEL ACCIDENTE:

Impresion Dx comentada Aborto espontaneo completo o no especificado, sin complicacion

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 2000 La informacion aqui 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 declaraciones hechas, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañía prestadora de servicios de salud, provocandolo intencionalmente, presentandolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando o omitiendo datos relevantes.

Yo:

o en mi representacion _____ identificado con _____

Nombre Completo: karizza carillo

Identificacion: 346

Parentesco: PACIENTE