

<b>Fecha Ingreso:</b> 2025/08/04	<b>Hora Ingreso:</b> 08:54	<b>Servicio:</b> Valoración de Urgencias	<b>Cama:</b> V-18
<b>Via Ingreso:</b>	<b>Causa Externa:</b>	<b>Manilla de identificación #:</b>	1318222

**DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y Nombres:** DANIEL ALBERTO NOREÑA WISWELL  
**Historia Clínica:** CC - 79879530  
**Fecha de Nacimiento:** 1978/11/21 **Edad:** 46 - Años **Sexo:** Masculino

**Ocupación:** **Estado Civil:**

**SEGURIDAD SOCIAL**

**Régimen:** **Usuario:**  
**Nivel:**  
**Población Especial:**

**ENTIDADES RESPONSABLES**

- 1.- PACIENTE DE TRAUMA
- 2.-
- 3.-
- 4.-

**Localidad:** **Correo Electrónico:** Norefiere@gmail.com

**DATOS DEL ACCIDENTE**

**Dirección del accidente:**  
**Municipio del Accidente:** **Condición del Accidentado:**  
**Descripción del Accidente:**

**Impresión DX (Comentada):**  
**Servicio Solicitado:**

**Usuario Capitado:** **Responsable Admisión:**

- Mediante la firma de esta declaración, confirma la veracidad y exactitud de las declaraciones que formula, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañía prestadora de servicios en salud información determinante del siniestro y en consecuencia, de incurrir en un enexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho a rechazar el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 524 y 534 del código de Comercio y en las Condiciones Generales y particulares de la póliza contratada.

- Así mismo, le hacemos presente que, el que maliciosamente obtenga el pago indebido de un seguro, simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas, incurre en el delito de fraude al seguro establecido en el artículo 470, número 10 del código final.

Yo DANIEL ALBERTO NOREÑA WISWELL o en mi representación \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_  
 Declaro que he sido informado de las condiciones generales para las prestación de los servicios y autorizo mi atención en la Clínica Medical S.A.S.

Declaro que la información y/o documentación aportada y consignada en el presente formato es cierta, veraz y verificable; razón por la cual autorizo su posterior verificación por parte de la aseguradora y de la misma institución.

Teniendo en cuenta el artículo 9 de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", autorizo expresamente a la Clínica Medical S.A.S. a divulgar la información aquí reposada tanto internamente como a EPS, aseguradoras, entes de control y demás entidades que la requieran y que estén autorizadas para tal fin, siempre y cuando dicha divulgación esté relacionada con los motivos por los cuales recibí tratamiento en esta Institución prestadora de salud. De igual manera declaro que conozco los derechos que me asisten como titular de esta información de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de la mencionada Ley.

**Nombre Completo:** DANIEL ALBERTO NOREÑA WISWELL

**Identificación:** CC 79879530

**Parentesco:** PACIENTE



**FIRMA.**



**Huella**