

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL:
INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS:

INFORMACION DEL PRESTADOR:

NUMERO DE ATENCION:

50264

Fecha: 2025-08-27

Hora: 09:41

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 la que se le informa (Pagador): Paciente en trauma Codigo:

DATOS DEL PACIENTE:

BERNAL	ROMERO	LUIS	ERNESTO
primerApellido	segundorApellido	primerNombre	segundoNombre
Tipo Documento Identificacion	Pasaporte	51017	
Registro Civil	Adulto sin Identificacion	Numero de Documento de Identificacion	
Tarjeta de Identidad	Menor sin identificacion		
Cedula de ciudadania			
X Cedula de extranjeria		Fecha de nacimiento	0001-01-01 00:00:01-04:56
Direccion de residencia habitual CALLE 127		Telefono	123
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

1. Rojo

Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrofico
 Enfermedad Profesional Accidente de transito Clasificacion Triage 2: Naranja
 Otro tipo de accidente Otro 3: Amarillo
 4: Verde
 5: Azul

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 Código 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 Extension
 Cargo o Actividad Telefono Celular