



HOJA DE ADMISION DEL PACIENTE

Admision: 50239

Fecha Ingreso: 2025-08-14 Hora Ingreso: 06:08:38 Servicio: HOSPITALIZACION Cama: 110

Via Ingreso: Causa Externa: EVENTO CATASTROFICO

Manilla de Identificacion#:

Apellidos y Nombres: norberto caceres

Historia Clinica: Cedula de Ciudadania 439

Fecha de Nacimiento: 2025-08-15 Edad: -1 Sexo: M

Ocupacion: MEDICO Estado Civil: UNION LIBRE

SEGURIDAD SOCIAL:

Regimen: CONTRIBUTIVO Usuario:

Nivel: Poblacion especial:



ENTIDADES RESPONSABLES: 1.-

2.-

3.-

4.-

Direccion del sitio de vivienda: calle 87

Telefono: 7029907 Municipio: BOGOTA, D.C

Zona: CHAPINERO

Localidad: CHAPINERO Correo Electronico: bristein@yahoo.com.co

DATOS DEL ACCIDENTE:

Direccion 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 2008)

La informacion aquí 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 de

, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañia prestadora de serv

Yo: , provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultar

o en mi representacion _____ identificado con _____

Nombre Completo: norberto caceres

Identificacion: 439

Parentesco: PACIENTE