

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:

50363

Fecha: 2025-11-06

Hora: 15:45

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:

null	null	eumeliau	null
primerApellido	segundorApellido	primerNombre	segundoNombre
Tipo Documento Identificacion	Pasaporte	51872242	
Registro Civil	Adulto sin Identificacion	Numero de Documento de Identificacion	
Tarjeta de Identidad	Menor sin identificacion		
X Cedula de ciudadania		Fecha de nacimiento	0001-01-01 00:00:01-04:56
Cedula de extranjeria		Telefono	7442565
Direccion de residencia habitual	Cr 21 N° 169 15/25 Bodega 2	Municipio	BOGOTA, D.C
Departamento	ANTIOQUIA		

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	X	1. Rojo
Enfermedad General	Accidente de trabajo	Evento Catastrofico
Enfermedad Profesional	Accidente de transito	Clasificacion Triage
Otro tipo de accidente		2: Naranja 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