



Admision: 50198

Fecha Ingreso: 2025-08-14 Hora Ingreso: 03:08:56 Servicio: HOSPITALIZACION Cama: 102

Via Ingreso: Causa Externa: EVENTO CATASTROFICO Manilla de Identificacion#:

Apellidos y Nombres: el chavo del ocho

Historia Clinica: Cedula de Ciudadania 890

Fecha de Nacimiento: 2025-08-14 Edad: 0 Sexo: M

Ocupacion: EMPLEADA SERVICIO DOMESTICO: CASADO

SEGURIDAD SOCIAL:

Regimen: CONTRIBUTIVO Usuario:

Nivel: Poblacion especial:



ENTIDADES RESPONSABLES: 1.-

2.-

3.-

4.-

Direccion del sitio de vivienda calle 80

Telefono: 21212

Municipio:

MEDELLIN

Zona:

ENGATIVA

Localidad:

ENGATIVA

Correo ElectronicoNone

DATOS DEL ACCIDENTE:

Direccion del accidente

Impresion Dx comentada Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por embolia

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: el chavo del ocho

Identificacion: 890

Parentesco: PACIENTE