

# INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS (Anexo No 2)

## MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

Numero de Informe: 20230608-1

Fecha

08/06/2023 10:12:41 a. m.

### INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E. Hospital Municipal de Sabanagrande	Nit del prestador	802003081-1
Dirección del prestador	Carrera 11 # 9-50 Barrio Santa Rita	Cod.Habilitacion	086340010501
Departamento	ATLANTICO	Cod Dane Departamento	08
Municipio	SABANAGRANDE	Cod Dane Municipio	634
		Telefono	(5) - 3046388303
		Indicat.	Telefono

### ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

CAJACOPI EPS S.A.S.

CODIGO

CCF055

### DATOS DEL PACIENTE

Guerrero	Julio	Hansel	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de Documento	TI	Numero de Documento	1043136949
Fecha de Nacimiento	2007/04/03	Sexo:	M Masculino
Dirección Residencia	CALLE10A#		
Departamento	ATLANTICO	Cod Dane Departamento	08
Municipio	SABANAGRANDE	Cod Dane Municipio	634
		Telefono:	3006167691

#### Cobertura en Salud

- ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado parcial ☐ Poblacion pobre No asegurada con sisben ☐ Desplazado  
☐ Plan Adicional de Salud ☐ Regimen Subsidiado Total ☐ Poblacion pobre No asegurada Sin sisben ☐ Otro

### INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención: 13 13

Fecha Ingreso: 08/06/2023 08:27:00 a. m.

#### Paciente Remitido

☐ SI ☒ NO

#### Clasificación Triage

☐ Rojo ☐ Amarillo ☒ Verde

Nombre del prestador de servicios de salud que remite:

Codigo de Habilitación:

Departamento

Codigo

Municipio

Codigo

MotivoConsulta:

FIEBRE DOLENCIAS EN EL CUERPO Y COLICOS

Diagn. Ingreso Descripción

R103

Dolor Localizado En Otras Partes Inferiores Del Abdomen;

#### Destino del Paciente

☐ Contraremisión ☐ Domicilio ☐ Internación ☒ Observación ☐ Remisión ☐ Otro

### INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien Informa:

Claudia Patricia Pacheco Caballero

Cargo

63

( )

Indicativo Telefono

Extensión

TelefonoCelular:

3046388303