



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 2 - RES. 3047 DE 2008
INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Número de la Atención:

48219

FECHA

07/06/2023

HORA

11:32:00 PM

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

NOMBRE	CLINICA LA TRINIDAD SAS	NT	X	CC		8 1 2 0 0 2 9 5 8	
CÓDIGO	2 3 4 1 7 0 0 2 4 8 0 1	DIRECCIÓN	Calle 2 N° 15-72 Barrio Centro LORICA-CORDOBA				
Teléfonos	3 0 4 4 4 1 5 5 7 2	Departamento	70 - Sucre		Municipio	001 - Sinclejo	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA	CAJACOPI EPS SAS					CÓDIGO	CCF055

NOMBRE DEL PACIENTE

BELTRAN	ALVAREZ	ANGEL	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identidad

<input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar	Número de Identificación
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Pasaporte		1 0 6 8 7 4 0 4 6 9
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar		Fecha de Nacimiento
			20/12/2020

Dirección de Residencia Habitual

CGTO LA DOCTRINA

Teléfono 3234703098

Departamento

23 - CORDOBA

Municipio

417 - LORICA

Cobertura en Salud

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - Parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no Asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan Adicional de salud
<input checked="" type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - Total	<input type="checkbox"/> Población Pobre no Asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Origen de la Atención

<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	Clasificación Triage	<input type="checkbox"/> 1. Rojo
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito			<input checked="" type="checkbox"/> 2. Amarillo
				<input type="checkbox"/> 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha

07/06/2023

Hora

23:32

Paciente viene Remitido

Sí

No

X

Nombre del Prestador que Servicios de Salud que Remite

Código

Departamento

Municipio

Motivo de la Consulta: MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADOR FIEBRE CUANTIFICADA Y ODINOFAGIA, ASOCIADO A VOMITOS *2, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL Y FIEBRE PERSISTENTE SIN MEJORIA CON ANTIPIRETICO ORALES

Impresión Diagnóstica	Código CI E10	Descripción
Diagnóstico Principal	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		
Diagnóstico Relacionado 3		

Destino del Paciente

<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Internación	<input type="checkbox"/> Contraremisión
<input checked="" type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Remisión	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	MARY ESTELLA GORDANENGO ALTAMIRANDA	Teléfono fijo	3044415572
Cargo o Actividad	ADMINISTRATIVA	Celular No.	3205844803