



**INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS**

NUMERO INFORME: **W92 202088** Fecha: **Jun.07/2023** Hora: **17:55**

**I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Razón Social:	<b>E.S.E. CAMU SANTA TERESITA DE LORICA</b>		
Código:	<b>234170015201</b>	Nit:	<b>812.001.423-2</b>
Dirección:	<b>DIAGONAL 22 No. 20 - 42 BARRIO ALTO KENNEDY</b>		
Teléfono:	<b>7731763</b>	Fax:	<b>7731763</b>
Departamento:	<b>CORDOBA</b>	Código:	<b>23</b>
Municipio:	<b>LORICA</b>	Código:	<b>417</b>
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	<b>CAJACOPI EVENTO</b>	Código:	<b>CCF055</b>

**II. DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido:	<b>SAAVEDRA</b>	2do. Apellido:	<b>BERRIO</b>
1er Nombre:	<b>RAFAEL</b>	2do. Nombre:	<b>ENRIQUE</b>
Tipo de Documento:	<b>CEDULA</b>	No. Documento	<b>1.063.139.854</b>
Fecha de Nacimiento:	<b>May.27/2002</b>	Sexo:	<b>MASCULINO</b>
Dirección Residencia	<b>SIN DATOS</b>	Teléfono:	<b>SIN DATOS</b>
Departamento:	<b>CORDOBA</b>	Código:	<b>23</b>
Municipio:	<b>LORICA</b>	Código:	<b>417</b>
Cobertura en Salud:	<b>SUBSIDIADO-1</b>		

**III. INFORMACION DE LA ATENCION**

Origen de la atención:	<b>ENFERMEDAD GENERAL</b>	Clasificación Triage:	<b>3-AMARILLO</b>
Fecha Ingreso Urgencias:	<b>Jun.07/2023</b>	Hora :	<b>17:55</b>
Paciente Viene Remitido:	<b>NO</b>		
Nombre del prestador de servicios de salud que remite:	<b>** NO EXISTE **</b>	Código:	
Departamento:		Código:	<b>00</b>
Municipio:		Código:	<b>000</b>
Motivo de la Consulta:	<b>"ME CORTE EL BRAZO."</b>		
Diagnostico principal:	<b>HERIDA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA</b>	Código CIE10:	<b>S519</b>
Diagnostico relacionado 1:	<b>** NO PRESENTA **</b>	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	<b>** NO PRESENTA **</b>	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 3:	<b>** NO PRESENTA **</b>	Código CIE10:	
Destino del paciente:	<b>OBSERVACION</b>		

**IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA**

Nombre de quien reporta:	<b>MARIA MAGDALENA OSPINA DURAN</b>	Teléfono:	<b>7731763</b>
Cargo o Actividad:		Teléfono Celular:	