



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Número Atención 2 Fecha: 2019/02/10 Hora: 02:28

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

NIT ☒ 900971006 - 4  
CC ☐ Número: DV

Código:	110013029101	Dirección Prestador:	CLL 165 N° 7-06
Teléfono:	1	3499080	
	Indicativo	Número	Departamento: BOGOTA D.E. 11 Municipio: BOGOTÁ D.C. 001
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	SANITAS EPS S.A.-ENTIDAD PROMOTORA		Código: 07

DATOS DEL PACIENTE

RODRIGUEZ	RIVAS	LEAN	ASTRID
1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido	1 <sup>er</sup> Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1020801513
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número Documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1994/10/28
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de Residencia Habitual:	calla1	Teléfono:	
Departamento:	BOGOTA D.E.	11	Municipio: BOGOTÁ D.C. 001

Cobertura en Salud

<input checked="" 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 type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención	Clasificación Triage
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> 1. Rojo
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> 2. Amarillo
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Verde
<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2019/02/10 Hora: 00:18 Paciente Viene Remitido ☐ Si ☒ No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite	Código:
Departamento:	Municipio:

Motivo de la consulta:  
VALORACION POR PSIQUIATRIA

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal:	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 1	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL
Diagnóstico Relacionado 2		
Diagnóstico Relacionado 3		

Destino del Paciente:

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

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa: DIANA PAOLA VILLA CALDERON	Teléfono:			
Cargo o actividad: AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Indicativo	Número	Extensión
	Teléfono celular:			