


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.706.214**
GUERRERO SANCHEZ
 APELLIDOS
JESUS DANIEL
 NOMBRES
Jesus Daniel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1995**
CHIA
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUN-2013 CHIA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES




P-1505503-00488705-M-1072706214-20130813 003488588A 1 40687875

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR CATEGORIA
SISBEN-1

DATOS DEL AFILIADO TIPO DE AFILIADO
GUERRERO SANCHEZ **Beneficiario**
JESUS DANIEL **CC 1072706214**
 IPS PRIMARIA DISCAPACIDAD
CAFAM CHIA

URGENCIAS HASTA FECHA AFILIACION
 ***** **18/04/2015**



Institucionalizado.

2

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
FECHA	HORA	HC	1072706214						
7015/9/22									
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1072706214	GENERO	M	X	F		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			EDAD			
Garcera	Sánchez		Jesus Daniel						
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	TELEFONO					
23-04-1995	Chiriquiray	Soltero	Estudiante	3228297681					
DIRECCIÓN	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION					
clizsa 16-19	Altamira	TUNJA	Familiares	Beneficiario					
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE						
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO				
Miriam Sanchez		CC	39705793		3138231837				
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		BARRIO/CIUDAD				
Mamá	Amazacuz		clizsa 16-19		Altamira/Tunja				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO				
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		BARRIO/CIUDAD				
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
Trastorno mental con alteración del comportamiento									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO							CANTIDAD		
clonazepam 25mg TAB							2-2-2		
Cibamartina 200mg tab							2-0-2		
Bisacodilo 5mg TAB							1-0-2		
Sertralina 100mg TAB							1-0-0		
Levomeloxina 4% Sol Logib									
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA				