


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53097471**

**MERCHAN**  
APELLIDOS

**LUISA FERNANDA**  
NOMBRES

*Luisa F. Merchán*  
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1983**  
**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**21-AGO-2002 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almendra*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMENDRA RENGIFO LOPEZ



P-1500108-45109741-F-0053097471-20021218 0423802350B 01 133523180

Faca f  
16 de septiembre Suspend

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	09/sep/2016
-------	------	----	-------------

16:38

### DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	53097471	GENERO	M	<input checked="" type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD			
MERCHAN		LUISA FERNANDA	33			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO		
1983-09-05	BOGOTA	SOLTERA		3123218029		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
AIBOYACA 307	AMERICAS OCC	BOGOTA	FARMISANAS	COTIZANTE		
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	IPS REMITENTE	CLINICA CORPAS		

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
OSCAR HERNANDEZ C	CC	79.834.714	3123218029
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
710	TRABAJADOR	oscar.hce@gmail.com	AMERICAS OCC
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION

### DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA