## ANEXO TÉCNICO No. 2 INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS
## MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
## INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

**NÚMERO INFORME** ☐☐☐☐ **Fecha:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Hora:** ☐☐☐☐☐

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: NIT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CC ☐☐ Número DV

Código ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Dirección prestador:

Teléfono ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Indicativo Número Departamento: ☐☐ Municipio: ☐☐☐

**ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)** CÓDIGO:

Tipo de inconsistencia
- ☐ El usuario no existe en la base de datos
- ☐ Los datos del usuario no corresponden con los documentos de identificación presentados.

**DATOS DEL PACIENTE**

| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Tipo Documento de Identificación**

- ☐ Registro civil
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Cédula de ciudadanía
- ☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
- ☐ Adulto sin identificación
- ☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de Nacimiento ☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Departamento: ☐☐ Municipio: ☐☐☐

**Cobertura en salud**

- ☐ Régimen Contributivo
- ☐ Régimen Subsidiado - total
- ☐ Régimen Subsidiado - parcial
- ☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN
- ☐ Población pobre no Asegurada sin SISBEN
- ☐ Desplazado
- ☐ Plan adicional de salud
- ☐ Otro

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

**Origen de la atención**

- ☐ Enfermedad General
- ☐ Enfermedad Provisional
- ☐ Accidente de trabajo
- ☐ Accidente de tránsito
- ☐ Evento Catastrófico
- ☐ Clasificación Triage
  - ☐ 1. Rojo
  - ☐ 2. Amarillo
  - ☐ 3. Verde

**Ingreso a Urgencias**

Fecha: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Hora: ☐☐:☐☐ Paciente Viene Remitido ☐ Si ☐ No

**Nombre del prestador de servicios de salud que remite**

Nombre: NIT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Departamento: ☐☐ Municipio: ☐☐☐

**Motivo de consulta:**

| **Impresión Diagnóstica** | Código CIE10 | Descripción |
|---|---|---|
| Diagnóstico principal | | |
| Diagnóstico relacionado 1 | | |
| Diagnóstico relacionado 2 | | |
| Diagnóstico relacionado 3 | | |

**Destino del Paciente**

- ☐ Domicilio
- ☐ Observación
- ☐ Internación
- ☐ Remisión
- ☐ Contrarremisión
- ☐ Otro

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA**

Nombre de quien reporta Teléfono Indicativo Número Extención

Cargo o actividad: Teléfono celular