Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 2	CÓDIGO FR - URG - 02	PÁGINA 1 DE 2	GOBERNACIÓN DEL META JUNTOS CONSTRUYENDO
	ATENCIÓN DE URGENCIAS	FECHA VIGENCIA 2015 - 09 - 09	DOCUMENTO CONTROLADO		

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

A- IDENTIFICACIÓN

EPS_____ S_____ C _____

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA

EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Años Meses Días	H ☐ M ☐	C.C. / T.I.	R.C. / PASAPORTE

RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país) — Teléfono:

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE: (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad) — Dirección: — Teléfono:

SEGURIDAD SOCIAL:

NOMBRE DEL PADRE: — NOMBRE DE LA MADRE:

B- LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA (DÍA MES AÑO HORA)	EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS	EN QUÉ ESTADO LLEGO EL PACIENTE	
	SI ☐ NO ☐ CUÁL_____		CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ MUERTO ☐

ACOMPAÑANTE: (Nombre, Relación, de Parentesco o Amistad)

RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) — Teléfono:

C- EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIA

FECHA DE OCURRENCIA (DÍA MES AÑO HORA)	SITIO DE OCURRENCIA

CAUSA BÁSICA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN:	NOTIFICACIÓN A LA POLICÍA	NOTIFICACIÓN A FAMILIARES	NOTIFICACIÓN AL SERVICIO DE SALUD
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	DÍA MES AÑO HORA	DÍA MES AÑO HORA	DÍA MES AÑO HORA

D-ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y EVOLUCIÓN

A- Anamnesis: Antecedentes específicos relacionados con esta urgencia	B- Examen Físico: 1) Signos vitales 2) Examen general 3) Examen específico relacionado con esta urgencia	C- Impresión Diagnóstica D- Conducta a seguir E- Evolución F- Recomendaciones G- Firma y código del responsable

* Notifique al servicio de salud cuando sea indicativo de posible Epidemia (fiebre amarilla, intoxicaciones por alimentos o plaguicidas etc.)

E-SALIDA DEL PACIENTE (Resumen)

FECHA				CONDICIÓN	DESTINO:				
				MUERTO ☐	DOMICILIO ☐		HOSPITALIZACIÓN ☐		SERVICIO _____
					CONSULTA EXTERNA ☐		REMITIDO A OTRA INSTITUCIÓN ☐		NOMBRE _____
				VIVO ☐	OTRO ☐	CUÁL			CIUDAD _____
DÍA	MES	AÑO	HORA						