

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
<b>INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS</b>	
NUMERO ATENCION <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Fecha: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Hora: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>	
Nombre <input style="width: 80%;" type="text"/>	
NIT	<input style="width: 100px;" type="text"/>
CC	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Número	<input style="width: 100px;" type="text"/>
DV	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Código <input style="width: 100px;" type="text"/>	Dirección prestador: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Teléfono: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Departamento: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
indicativo      número	Municipio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) <input style="width: 80%;" type="text"/>	
CODIGO: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
1er Apellido	2do Apellido
1er Nombre	2do Nombre
<b>Tipo Documento de Identificación</b>	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	
Número documento de identificación <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Fecha de Nacimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Dirección de Residencia Habitual: <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Municipio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>Cobertura en salud</b>	
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN
<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
<b>INFORMACION DE LA ATENCION</b>	
<b>Origen de la atención</b>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito
<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	
<b>Clasificación Triage</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Rojo	
<input type="checkbox"/> 2. Amarillo	
<input type="checkbox"/> 3. Verde	
<b>Ingreso a Urgencias</b>	
Fecha: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Hora: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Paciente Viene Remitido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Código <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Municipio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>Motivo de consulta:</b>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>Impresión Diagnóstica:</b>	
Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Diagnóstico relacionado 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Diagnóstico relacionado 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Diagnóstico relacionado 3 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>Destino del Paciente</b>	
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Internación
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Remisión
<input type="checkbox"/> Contrarremisión	<input type="checkbox"/> Otro
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA</b>	
Nombre de quien informa <input style="width: 80%;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>
	indicativo      número      extensión
Cargo o actividad: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Teléfono celular: <input style="width: 100px;" type="text"/>

## **INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO**

### **Instrucciones generales**

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben remitir los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago cuando se presta a un paciente el servicio de atención inicial de urgencias. Debe ser diligenciado por el funcionario que designe el prestador, una vez el médico tratante haya establecido la impresión diagnóstica y definido el destino del paciente.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución

### **Diligenciamiento**

Número atención	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

### **Información del prestador**

Nombre IPS	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa (pagador)	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

### **Datos del paciente**

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene".
---------------------	---

	No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente al tipo de cobertura en salud sobre la cual el paciente está solicitando servicios.

### Información de la atención

Origen	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage	Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.
Ingreso a Urgencias	Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente viene remitido	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta	Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica	Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente	Registre con una "X" la opción adecuada. La opción "Contrarremisión" debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque "otro" si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

### Información de la persona que informa

Persona que informa	Registre el nombre completo y el cargo o la actividad desempeñada por quien elabora el informe.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

