



HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P DGIS

CLUES: Edo Institución Consecutivo Ver

FOLIO:

PACIENTE

NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

C.U.R.P.: FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año ENTIDAD DE NACIMIENTO:

EDAD CUMPLIDA: Horas (en menores de 24 hrs) Días (en menores de 30 días) Meses (en menores de un año) Años (1 año y más)

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: 1 Sí 2 No SEXO: 1 Masculino 2 Femenino PESO: kg gr TALLA cm ESTADO CONYUGAL:

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: 1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR 6 Gob. Estatal 7 Segura Privada 9 Se ignora 10 Otro 11 INSABI

NÚM. AFILIACIÓN: GRATUIDAD: 1 Sí 2 No b IMSS Bienestar 0 Ninguna

¿SE CONSIDERA INDÍGENA? 1 Sí 2 No ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 1 Sí 2 No ¿CUÁL?

Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena, serán considerados como tales.

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? 1 Sí 2 No

ESTANCIA

DOMICILIO TIPO DE LA VIALIDAD: NOMBRE DE LA VIALIDAD: NÚM. EXT.: NÚM. INT.:

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD: MUNICIPIO O ALCALDÍA: TELÉFONO:

ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:

EXPEDIENTE: TIPO DE SERVICIO: DE INGRESO: SEGUNDO: TERCERO: DE EGRESO: ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva: Días Horas Terapia intermedia: Días Horas

INGRESO: Día Mes Año HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) 1

EGRESO: Día Mes Año CORTA ESTANCIA 2

PROCEDENCIA: 1 Consulta Externa 2 Urgencias 3 Referido Unidad médica Especificar CLUES 4 Cunero patológico 5 Otro Especifique

MOTIVO DE EGRESO: 1 Curación 2 Mejoría 3 Voluntario 4 Traslado a otra Unidad Médica: Especificar CLUES 5 Defunción MINISTERIO PÚBLICO: 1 Sí 2 No FOLIO DEL CERTIFICADO: 6 Fuga 7 Otro motivo: Especifique

MUJER EN EDAD FÉRTIL: 1 Embarazo 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) 3 No estaba embarazada ni en puerperio

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO. DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN).

AFECCIÓN PRINCIPAL: 1 Primera vez 2 Subsecuente

COMORBIDADES 1. 2. 3. 4. 5. 6.

RESELECCIÓN AF. P. Sólo para tumores

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

Para uso exclusivo del personal codificador

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: 1 Sí 2 No

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS:

En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno - neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

| ANESTESIA | QUIRÓFANO |       |       | CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO | CÓDIGO CIE - 9 MC |
|-----------|-----------|-------|-------|--------------------------------------------|-------------------|
| TIPO      | DENTRO    | HH:MM | FUERA |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |
|           | 1         | :     | 2     |                                            |                   |

TIPO DE ANESTESIA: 1 General 2 Regional 3 Sedación 4 Local 5 Combinada 6 No usó

VIOLENCIA Y/O LESIÓN: 1 Sí 2 No

FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:

Para uso exclusivo del personal codificador

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

HISTORIA GINECOBISTÉTRICA: Gestas Abortos Partos Cesáreas

EDAD GESTACIONAL: ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? 1 Sí 2 No 0 Ninguno 1 Hormonal oral 2 Inyectable mensual 3 Inyectable bimestral

TIPO DE ATENCIÓN: 1 Aborto 2 Parto PRODUCTO DEL EMBARAZO: 4 Implante subdérmico 5 Dispositivo intrauterino 6 Preservativo femenino 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTB

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 LUI 2 AMEU 3 Medicamento 1 Único 2 Gemelar

TIPO DE PARTO: 1 Eutócico 2 Distócico vaginal 3 Cesárea 3 Tres o más 11 Otros

| DATOS DE LOS PRODUCTOS | CONDICIÓN AL NACIMIENTO |             | CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE |               |        | INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO) | PARA TODO NACIDO VIVO |                               |                      |                     |
|------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------------------------|---------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
|                        | MUERTE FETAL            | NACIDO VIVO | VIVO                                          |               | MUERTO |                                                                                          | APGAR A LOS 5 MIN.    | REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA | ALOJAMIENTO CONJUNTO | LACTANCIA EXCLUSIVA |
|                        |                         |             | ALTA CON LA MADRE                             | HOSPITALIZADO |        |                                                                                          |                       |                               |                      |                     |
|                        | 1                       | 2           | 1                                             | 2             | 3      | CeN                                                                                      |                       | 1 Sí 2 No                     | 1 Sí 2 No            | 1 Sí 2 No           |
|                        | 1                       | 2           | 1                                             | 2             | 3      |                                                                                          |                       | 1 Sí 2 No                     | 1 Sí 2 No            | 1 Sí 2 No           |
|                        | 1                       | 2           | 1                                             | 2             | 3      |                                                                                          |                       | 1 Sí 2 No                     | 1 Sí 2 No            | 1 Sí 2 No           |

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

TIPO DE UNIDAD: Servicios:

HOSPITAL CONTINUO: 1 1 Paidopsiquiatría 2 Psiquiatría 3 Psicogeriatría 4 Unidad de desintoxicación 5 Villa psiquiátrica 6 Otros 9 No especificado

HOSPITAL PARCIAL: 2 1 Día 2 Noche 3 Fin de semana 4 Otros 9 No especificado

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

C.U.R.P.: CÉDULA PROFESIONAL: FIRMA: