



FOLIO _____

PACIENTE	NOMBRE _____		Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	C.U.R.P. []		FECHA DE NACIMIENTO [] Día Mes Año	
			ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____	
DOMICILIO	EDAD CUMPLIDA: [][][] Horas (en menores de 24 hrs) [][][] Días (en menores de 30 días) [][][] Meses (en menores de 1 año) [][][] Años (1 año y más)			
	SEXO: [1] Hombre [2] Mujer			
	AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: [1] IMSS [2] ISSSTE [3] PEMEX [4] SEDENA [5] SEMAR [6] Gob. Estatal [7] Seguro privado [8] Seguro popular [9] Se ignora [10] Otro [P] PROSPERA [Q] Ninguna			
	NÚM. AFILIACIÓN: []		GRATUIDAD: [1] Sí [2] No	
	TIPO DE LA VIALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____			
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____			
ESTANCIA	CÓDIGO POSTAL: [][][][][][] LOCALIDAD: _____ [] MUNICIPIO O DELEG.: _____ []			
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ [] TELÉFONO: []			
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: [1] Sí [2] No TIEMPO DE TRASLADO: [][][] : [][][] HH MM FECHA Y HORA DE INGRESO: [] Día Mes Año HH MM			
TIPO DE URGENCIA: [1] Urgencia calificada [2] Urgencia No calificada				
MOTIVO DE ATENCIÓN: [1] Accidente, envenenamiento y violencia [2] Médica [3] Gineco-obstétrica [4] Pediátrica TIPO DE CAMA: [1] Cama de observación [2] Cama de choque [3] Sin cama				
TRASLADO TRANSITORIO: [1] Sí [2] No NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: []				
FECHA Y HORA DE ALTA: [] Día Mes Año HH MM				
ALTA POR (ENVIADO A): [1] Hospitalización [2] Consulta externa [3] Traslado a otra unidad NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____ CLUES: []				
[4] Domicilio [5] Defunción MP: [1] Sí [2] No [6] Fuga [7] Voluntad propia FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: []				
MUJER EN EDAD FERTIL: [1] Embarazo [2] Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) [3] No estaba embarazada ni en el puerperio				

AFECCIÓN PRINCIPAL:		CÓDIGO CIE
AFECCIONES TRATADAS	COMORBILIDADES	
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
		Reselección AF. P

INTERCONSULTA	NINGUNA <input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD	MÉDICO INTERCONSULTANTE									
		1.	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o CURP						
		2.	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o CURP						
		3.	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o CURP						

		Código CIE-9 MC	
PROCEDIMIENTOS	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		

Para uso exclusivo del personal codificador

		CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	
	Nombre genérico	Presentación	
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	4.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	5.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	6.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Para uso exclusivo del personal codificado

Para menores de 5 años

IRAS		EDAS			
1	Sintomático	A	B	C	<input type="text"/> Número de sobres
2	Con antibiótico	Plan			

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE _____			
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido

C.U.R.P. _____ CÉDULA PROFESIONAL _____ FIRMA: _____