

## SALUD HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

SINBA-SEUL-10-P DGIS								
	CLUES	Edo. Institución	n Consecutivo	Ver			FOLIG	0
PACIENTE	NOMBR	 E						
			٨	lombre(s)		er Apellido	Segundo Apellido	
	C.U.R.P.							
	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 privado 9 Se ignora 10 Otro P PROSPERA							Otro P PROSPERA
	NÚM. AFILIACIÓN:							Ninguna
	DOMICILIO	TIPO DE LA VIALIDAD: NOMBRE DE LA VIAL						
		TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO:			NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:			
		CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD:			MUNICIPIO O DELEG:			
		ENTIDAD FEDERA	TIVA/PAÍS:				TELÉFONO: L	
ESTANCIA	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						e choque 3 Sin cama	
	TRASLADO TRANSITORIO: 1 Sí 2 No NOMBRE DE LA UNIDAD:				AD:	CLU	IES:	
	FECHA Y HORA DE ALTA:				:			
	ALTA POR (ENVIADO A):		1 Hospitalización		do a otra unidad ————	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉI	DICA:	
				externa		CLUES:		
			4 Domicilio	5 Defunción —		MP: 1 Si 2 No FOLIO DEL CERTIFICADO DE	E DEFUNCIÓN:	
	6 Fuga 7 Voluntad propia  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 P	RINCIPAL:					CÓDIGO CIE
AFECCIONES TRATADAS		1.						
	COMORBILIDADES	2.						
		3.						
		4.						——————————————————————————————————————
		5. 6.						
		Reselección AF. P						
INTERCONSULTA		ESPECIALIDAD		MÉDICO INTERCONSULTANTE				
	NINGUNA	1.		Mambra(a)	Drimor Apollido	Secundo Anallido	Cédula o C	CURR
		2.		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
		3.		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o C	<u> </u>
				Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o C	CÚRP CÓDIGO CIE-9 MC
SC	1.							CODIGO CI2-9 INC
PROCEDIMIENTOS	2.							
	3.							
	4.							an exclusi
<u>R</u>	5.				CÓDIGO DI	F		
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1.	Nombre genéric	со	Presentación	MEDICAMENT			
	2.							
	3. 4. 5. 6.				Para menores	Para menores de 5 años  IRAS EDAS  1 Sintomático A B C Número de sobres 2 Con antibiótico Plan		
					1 1			
					Para uso exclusivo del persona			
MÉDICO RESPONSABLE:								
NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido								
OUDD								