

HOJA _____ DE _____

SINBA-SIS-01-P



HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA:

DIA	MES	ANO

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP:	TIPO DE PERSONAL:	CEDULA PROFESIONAL:	SERVICIO:
OCSSA000524	HOSPITAL GENERAL DE HUAJUAPAN DE LEON "E.S.P. PILAR SANCHEZ VILLAVICENCIO"	NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:			5

TIPO DE PERSONAL: 1.MÉDICO PASANTE, 2.MÉDICO GENERAL, 3.MÉDICO RESIDENTE, 4.MÉDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERA, 7.PASANTE DE NUTRICIÓN, 8.NUTRIÓLOGO, 9.HOMEOPATA, 10.MÉDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 88.OTROS

SERVICIO: 1. CONSULTA GENERAL, 2. HOMEOPATÍA, 3. SERVICIO AMIGABLE, 4. MEDICINA TRADICIONAL, 5. CIRUGÍA, 6. MEDICINA INTERNA, 7. PEDIATRÍA, 8. GINECOOBSTETRICIA, 9. OFTALMOLOGÍA, 10. OTORRINOLARINGOLOGÍA, 11. TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, 12. PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 13. MEDICINA PREVENTIVA, 88. OTROS

DATOS DEL PACIENTE																	DATOS DE LA CONSULTA																		
No.	IDENTIFICACIÓN										FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CLAVE DE LA EDAD		SEXO	INDIGENA	SEGURO POPULAR	PROSPERA	DERECHOHABIENTA	MEDICIONES: PESO/TALLA	DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)	MIGRANTE	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	DIAGNÓSTICO	PROGRAMA SEGÚN MOTIVO	COBERTURA			PROMOCIÓN DE LA SALUD		REFERIDO POR:	CONTRARREFERIDO	UNIDAD CONSULTANTE TM	EN CONTROL Y SEGUIMIENTO	CONTINUA REGISTRO AL REVERSO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			24	25	26	27	28					
1	CURP / Entidad de nacimiento																		Peso	a		RT				1ª vez									
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																			b					1ª vez										
	No. de Afiliación al Seguro Popular					No. Expediente												Talla	c					1ª vez											
2	CURP / Entidad de nacimiento																		Peso	a					1ª vez										
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																			b					1ª vez										
	No. de Afiliación al Seguro Popular					No. Expediente												Talla	c					1ª vez											
3	CURP / Entidad de nacimiento																		Peso	a					1ª vez										
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																			b					1ª vez										
	No. de Afiliación al Seguro Popular					No. Expediente												Talla	c					1ª vez											
4	CURP / Entidad de nacimiento																		Peso	a					1ª vez										
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																			b					1ª vez										
	No. de Afiliación al Seguro Popular					No. Expediente												Talla	c					1ª vez											
5	CURP / Entidad de nacimiento																		Peso	a					1ª vez										
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																			b					1ª vez										
	No. de Afiliación al Seguro Popular					No. Expediente												Talla	c					1ª vez											

NT (RELACION TEMPORAL POR MOTIVO): 1.PRIMERA VEZ, 2.SUBSECUENTE 1. CLAVE DE EDAD: D. DÍAS, M.MESES, A.AÑOS 2. SEXO: 1. HOMBRE, 2. MUJER 3. DERECHOHABIENTIA: 1.IMSS, 2.ISSSTE, 8.OTRA 4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD): a: 1. VER, 2. ESCUCHAR, 3. CAMINAR, 4. USAR BRAZOS/MANOS, 5. APRENDER/RECORDAR, 6. CUIDADO PERSONAL, 7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONALMENTE, 9. NINGUNA b: 1. POCA DIFICULTAD, 2. MUCHA DIFICULTAD, 3. NO PUEDE HACERLO, 9. SIN DIFICULTAD c: 1. ENFERMEDAD, 2. EDAD AVANZADA, 3. NACIO ASI, 4. ACCIDENTE, 5. VIOLENCIA, 6. OTRA CAUSA, 9. SIN DIFICULTAD		5. PROGRAMA: 1.ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 2.CRÓNICO DEGENERATIVAS, 3.OTRAS ENFERMEDADES, 4.A SANOS, 5.PLANIFICACIÓN FAMILIAR 6. IMC: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. BAJO PESO 7. TRIMESTRE: 1. PRIMERO, 2. SEGUNDO, 3. TERCERO 8. COMPLIACIONES: 1. DIAGNOSTICO DE DM, 2. INFECCION URINARIA, 3. PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, 4. HEMORRAGIA 9. OTRAS ACCIONES A EMBARAZADAS: 1. CON ANALISIS CLINICOS, 2. PRESCRIPCION DE ACIDO FOLICO, 3. APOYO A TRASLADO LABORAL 10. PUÉRPERA ACEPTANTE P: 1. HORMONAL, 2. DIU 11. OTROS EVENTOS: 1. PERY Y POSTMENOPAUSIA, 2. ITIS, 3. APOYO PSICOEMOCIONAL, 4. PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, 5. CÁNCER MAMARIO, 6. COLPOSCOPÍA, 7. CÁNCER CERVICOUTERINO	
---	--	---	--

12. PESO PARA LA TALLA: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. DESNUTRICIÓN LEVE, 5. DESNUTRICIÓN MODERADA, 6. DESNUTRICIÓN GRAVE
13. EDI TIPO: 1. INICIAL, 2. SUBSECUENTE
14. RESULTADO EDI: INICIAL: 1. VERDE, 2. AMARILLO, 3. ROJO
SUBSECUENTE: 4. RECUPERADO DE REZAGO, 5. RECUPERADO DE RIESGO DE RETRASO, 6. EN SEGUIMIENTO
15. RESULTADO BATELLE: 1. MAYOR O IGUAL A 90, 2. DE 89 A 80, 3. MENOR O IGUAL A 79
16. APLICACIÓN DE CÉDULA CÁNCER EN EL AÑO: 1. PRIMERA VEZ, 2. SEGUNDA VEZ
17. EDA PLAN TRATAMIENTO: 1. A, 2. B, 3. C
18. IRA TRATAMIENTO: 1. SINTOMÁTICO, 2. ANTIBIÓTICO
19. REFERIDO POR: 1. EMBARAZO ALTO RIESGO, 2. SOSPECHA CÁNCER < 18 AÑOS, 3. IRA'S, 4. NEUMONÍA, 5. OTRAS

20 . RESULTADO DELA DETECCIÓN: 1.POSITIVO. 2.NEGATIVO

REVERSO SIS-2017