

GOBIERNO DE
MÉXICOSALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

SINBA-SEUL-16-P DGIS

CLUES: Edo Institución Consecutivo Ver

FOLIO: _____

NOMBRE: _____ Nombre(s) _____		Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____		
C.U.R.P.: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____ Día _____ Mes _____ Año _____	ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO: _____		
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: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual			
AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> ISSFAM <input type="checkbox"/> OPD IMSS Bienestar		GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NÚM. AFILIACIÓN: _____		<input type="checkbox"/> Se ignora			
¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.		¿ES MIGRANTE RETORNADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).			
¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
DOMICILIO	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____		MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____		
	LOCALIDAD: _____		CÓDIGO POSTAL: _____	TIPO DE LA VIALIDAD: _____	
NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____		NÚM. EXT.: _____	NÚM. INT.: _____	TIPO DE ASENTAMIENTO: _____	
NOMBRE DE ASENTAMIENTO: _____		TELÉFONO: _____			
ESTANCIA	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		TIEMPO DE TRASLADO: _____ : _____ HH : MM	FECHA Y HORA DE INGRESO: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ HH : MM	
	TIPO DE URGENCIA: <input type="checkbox"/> Urgencia calificada <input type="checkbox"/> Urgencia No calificada				
	MOTIVO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Accidente, envenenamiento y violencia <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		TIPO DE CAMA: <input type="checkbox"/> Cama de observación <input type="checkbox"/> Cama de choque <input type="checkbox"/> Sin cama		
	TRASLADO TRANSITORIO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NOMBRE DE LA UNIDAD: _____		CLUES: _____
	FECHA Y HORA DE ALTA: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ HH : MM				
	ALTA POR (ENVIADO A): <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad		NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____		CLUES: _____
	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Defunción		MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Voluntad propia
	MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)		<input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en puerperio		
	SEMANAS DE GESTACIÓN: _____				

AFECCIONES TRATADAS	A.P.	AFECCIÓN PRINCIPAL: _____	CÓDIGO CIE: _____
	COMORBILIDADES	1.	_____
		2.	_____
		3.	_____
		4.	_____
		5.	_____
		6.	_____
RESELECCIÓN AF. P.			_____
CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____			
LLENADO DE HOJA DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____			

INTERCONSULTA NINGUNA	ESPECIALIDAD	MÉDICA(O) INTERCONSULTANTE	CÓDIGO CIE-9 MC
	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 _____

PROCEDIMIENTOS	1.	_____	CÓDIGO CIE-9 MC
	2.	_____	_____
	3.	_____	_____
	4.	_____	_____
	5.	_____	_____
	Para uso exclusivo del personal codificador		

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	Nombre genérico	Presentación	CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	Para menores de 5 años
	1.	_____	_____	IRAS
	2.	_____	_____	EDAS Plan
	3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	4.	_____	_____	Número de sobres
	5.	_____	_____	
	6.	_____	_____	

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:	
NOMBRE: _____	
Nombre(s) _____	
Primer Apellido _____	
Segundo Apellido _____	
C.U.R.P.: _____	CÉDULA PROFESIONAL: _____
FIRMA: _____	

Para uso exclusivo del personal codificador

Para uso exclusivo del personal codificador