

CLUES:

--	--

Edo

--	--	--

Institución

--	--	--	--

Consecutivo

--	--

Ver

FOLIO: | | | | | | | | |

[illegible]

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

Para uso exclusivo del personal codificador

[illegible]

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

Para uso exclusivo del personal calificador

Nombre genérico		Presentación		CODIGO DE MEDICAMENTOS	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

1

Sintomático

2

Con antibiótico

3

Antivirales

EDAS

Plan

A

B

C

Número de sobres

Para uso exclusivo del personal codificado

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

CLUES:

Edo	Institución	Consecutivo	Ver		

FOLIO: | | | | | | | |

NOMBRE:

<i>Nombre(s)</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>
------------------	------------------------	-------------------------

C.U.R.P.: []
 FECHA DE NACIMIENTO: [][][/ [][][/ [][][
 ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO: _____

Día Mes Año

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 [3] Intersexual

AFIILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: [0] No especificado [1] Ninguna [2] IMSS [3] ISSSTE [4] PEMEX [5] SEDENA [6] SEMAR [8] Otra [10] IMSS Bienestar [11] ISSFAM [14] OPD IMSS Bienestar

NÚM. AFIILIACIÓN: []
 GRATUIDAD: [1] Sí [2] No [99] Se ignora

<p>¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i></p> <p><i>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.</i></p>	<p>¿ES MIGRANTE RETORNADO? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i></p> <p><i>Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).</i></p>
<p>¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i></p>	

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? ☐ 1 Sí ☐ 2 No

DOMICILIO	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____	MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____	
	LOCALIDAD: _____	CÓDIGO POSTAL: _____	TIPO DE LA VIALIDAD: _____
	NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____	NÚM. EXT.: _____	NÚM. INT.: _____
	NOMBRE DE ASENTAMIENTO: _____	TIPO DE ASENTAMIENTO: _____	
			TELÉFONO: _____

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Sí</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div>No</div> </div>	TIEMPO DE TRASLADO: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">HH</div> <div style="margin-right: 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div>MM</div> </div>	FECHA Y HORA DE INGRESO: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Día</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Mes</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Año</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">HH</div> <div style="margin-right: 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div>MM</div> </div>	
TIPO DE URGENCIA: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Urgencia calificada</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div>Urgencia No calificada</div> </div>			
MOTIVO DE ATENCIÓN: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Accidente, envenenamiento y violencia</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div style="margin-right: 5px;">Médica</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">3</div> <div style="margin-right: 5px;">Gineco-obstétrica</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">4</div> <div>Pediátrica</div> </div>			TIPO DE CAMA: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Cama de observación</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div style="margin-right: 5px;">Cama de choque</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">3</div> <div>Sin cama</div> </div>
TRASLADO TRANSITORIO: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Sí</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div>No</div> </div>		NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: <div style="display: flex; border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
FECHA Y HORA DE ALTA: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Día</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Mes</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">Año</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">HH</div> <div style="margin-right: 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"></div> <div>MM</div> </div>			
ALTA POR (ENVIADO A): <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Hospitalización</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div style="margin-right: 5px;">Consulta externa</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">3</div> <div>Traslado a otra unidad</div> </div>		NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____ CLUES: <div style="display: flex; border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">4</div> <div style="margin-right: 5px;">Domicilio</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">5</div> <div>Defunción</div> </div>		MINISTERIO PÚBLICO: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Sí</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div>No</div> </div>	
MUJER EN EDAD FÉRTIL: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">1</div> <div style="margin-right: 5px;">Embarazo</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">2</div> <div style="margin-right: 5px;">Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrica)</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">3</div> <div>No estaba embarazada ni en puerperio</div> </div>		FOLIO DEL CERTIFICADO: <div style="display: flex; border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">6</div> <div style="margin-right: 5px;">Fuga</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">7</div> <div>Voluntad propia</div> </div>	
SEMANAS DE GESTACIÓN: <div style="display: flex; border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			

A.P.		CÓDIGO CIE		
AFECCIÓN PRINCIPAL:				
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"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: <input type="text"/>				

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

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

Nombre genérico		Presentación		CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				

Para menores de 5 años

IRAS

EDAS Plan

1 Sintomático

2 Con antibiótico

3 Antivirales

A

B

C

Número de sobres

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