

CLUES:

--	--

Edo

--	--	--

Institución

--	--	--	--

Consecutivo

--

Ver

FOLIO: | | | | | | | |

NOMBRE: _____		<small>Nombre(s)</small>		<small>Primer Apellido</small>		<small>Segundo Apellido</small>							
C.U.R.P.: []		FECHA DE NACIMIENTO: []		<small>Día</small>		<small>Mes</small>		<small>Año</small>		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:		[1] Hombre		[2] Mujer		[3] Intersexual					
AFILIACIÓN 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. AFILIACIÓN: []		GRATUIDAD:		[1] Sí		[2] No				[99] Se ignora			
¿SE CONSIDERA INDÍGENA?		[1] Sí		[2] No									
<small>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.</small>		¿ES MIGRANTE RETORNADO?		[1] Sí		[2] No							
		<small>Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).</small>											
¿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.: _____		TIPO DE ASENTAMIENTO: _____						
	NOMBRE DE ASENTAMIENTO: _____						TELÉFONO: []						
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:		[1] Sí		[2] No		TIEMPO DE TRASLADO: [][][] : [][][]		<small>HH</small>		<small>MM</small>		FECHA Y HORA DE INGRESO: []	
												<small>Día</small>	
												<small>Mes</small>	
												<small>Año</small>	
												<small>HH</small>	
												<small>MM</small>	
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:		[]		<small>Día</small>		<small>Mes</small>		<small>Año</small>		<small>HH</small>		<small>MM</small>	
ALTA POR (ENVIADO A):		[1											

		CÓDIGO CIE
AFECIONES TRATADAS	A. P.	
	COMORBILIDADES	
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	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:		
FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:		

[illegible]

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

Para uso exclusivo del personal calificador

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

Para uso exclusivo del personal codificado

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:									
NOMBRE: _____									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido </div>									
C.U.R.P.: _____	CÉDULA PROFESIONAL: _____				FIRMA: _____				