

**CLUES:**

--	--

*Edo*

--	--	--

*Institución*

--	--	--	--

*Consecutivo*

--

*Ver*

**FOLIO:** | | | | | | | |

<b>NOMBRE:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Nombre(s)</span> <span>Primer Apellido</span> <span>Segundo Apellido</span> </div>	
<b>C.U.R.P.:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>FECHA DE NACIMIENTO:</span> <span>Día Mes Año</span> <span>ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO:</span> </div>	
<b>EDAD CUMPLIDA:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Horas (en menores de 24 hrs)</span> <span>Días (en menores de 30 días)</span> <span>Meses (en menores de 1 año)</span> <span>Años (1 año y más)</span> <span>SEXO:</span> <span>1 Hombre</span> <span>2 Mujer</span> <span>3 Intersexual</span> </div>	
<b>AFIILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>0 No especificado</span> <span>1 Ninguna</span> <span>2 IMSS</span> <span>3 ISSSTE</span> <span>4 PEMEX</span> <span>5 SEDENA</span> <span>6 SEMAR</span> <span>8 Otra</span> <span>10 IMSS Bienestar</span> <span>11 ISSFAM</span> <span>14 OPD IMSS Bienestar</span> </div>	
<b>NÚM. AFIILIACIÓN:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>GRATUIDAD:</span> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span> <span>99 Se ignora</span> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <b>¿SE CONSIDERA INDÍGENA?</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span>  <small>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.</small> </div> <div style="width: 48%;"> <b>¿ES MIGRANTE RETORNADO?</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span>  <small>Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).</small> </div> </div>	
<b>¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO?</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span>	
DOMICILIO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <b>ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:</b> _____  <b>LOCALIDAD:</b> _____  <b>NOMBRE DE LA VIALIDAD:</b> _____  <b>NOMBRE DE ASENTAMIENTO:</b> _____ </div> <div style="width: 48%;"> <b>MUNICIPIO O ALCALDÍA:</b> _____  <b>CÓDIGO POSTAL:</b> _____  <b>NÚM. EXT.:</b> _____  <b>NÚM. INT.:</b> _____  <b>TIPO DE LA VIALIDAD:</b> _____  <b>TIPO DE ASENTAMIENTO:</b> _____  <b>TÉLEFONO:</b> _____ </div> </div>
<b>ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span> <b>TIEMPO DE TRASLADO:</b> _____ : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>HH</span> <span>MM</span> </div> <b>FECHA Y HORA DE INGRESO:</b> _____ : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> <span>HH</span> <span>MM</span> </div>	
<b>TIPO DE URGENCIA:</b> <span>1 Urgencia calificada</span> <span>2 Urgencia No calificada</span>	
<b>MOTIVO DE ATENCIÓN:</b> <span>1 Accidente, envenenamiento y violencia</span> <span>2 Médica</span> <span>3 Gineco-obstétrica</span> <span>4 Pediátrica</span> <b>TIPO DE CAMA:</b> <span>1 Cama de observación</span> <span>2 Cama de choque</span> <span>3 Sin cama</span>	
<b>TRASLADO TRANSITORIO:</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span> <b>NOMBRE DE LA UNIDAD:</b> _____ <b>CLUES:</b> _____	
<b>FECHA Y HORA DE ALTA:</b> _____ : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> <span>HH</span> <span>MM</span> </div>	
<b>ALTA POR (ENVIADO A):</b> <span>1 Hospitalización</span> <span>2 Consulta externa</span> <span>3 Traslado a otra unidad</span> <b>NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:</b> _____ <b>CLUES:</b> _____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <span>4 Domicilio</span> <span>5 Defunción</span>      <b>MINISTERIO PÚBLICO:</b> <span>1 Sí</span> <span>2 No</span> </div> <div style="width: 48%;"> <b>FOLIO DEL CERTIFICADO:</b> _____  <span>6 Fuga</span> <span>7 Voluntad propia</span> </div> </div>	
<b>MUJER EN EDAD FÉRTIL:</b> <span>1 Embarazo</span> <span>2 Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)</span> <span>3 No estaba embarazada ni en puerperio</span>	
<b>SEMANAS DE GESTACIÓN:</b> _____	

AFECIONES TRATADAS		CODIGO CIE
A.P.	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:    1 Sí    2 No      FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:		

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

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

Para uso exclusivo del personal calificador

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS		CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	Para menores de 5 años
Nombre genérico	Presentación		
1.			<p><b>IRAS</b></p> <p>EDAS Plan</p> <p>1 <i>Sintomático</i></p> <p>2 <i>Con antibiótico</i></p> <p>3 <i>Antivirales</i></p> <p>A B C</p> <p>Número de sobres</p>
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Para uso exclusivo del personal codificador

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