

CLUES:

--	--

Edo

--	--	--

Institución

--	--	--	--

Consecutivo

--

Ver

FOLIO: | | | | | | | |

ESTANCIA	NOMBRE: _____ <div style="text-align: center;"><i>Nombre(s)</i></div>																																				
													Primer Apellido _____								Segundo Apellido _____																
	C.U.R.P. : []												FECHA DE NACIMIENTO: [] <div style="text-align: center;"><i>Día Mes Año</i></div>								ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO: _____																
	EDAD CUMPLIDA: [][][] <i>Horas (en menores de 24 hrs)</i> [][][] <i>Días (en menores de 30 días)</i> [][][] <i>Meses (en menores de 1 año)</i> [][][][] <i>Años (1 año y más)</i>																												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 Bienstar																																				
	NÚM. AFILIACIÓN: []												GRATUIDAD: [1] Sí [2] No [99] Se ignora																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? [1] Sí [2] No <i>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.</i> </div> <div style="width: 48%;"> ¿ES MIGRANTE RETORNADO? [1] Sí [2] No <i>Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).</i> </div> </div>																																					
¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? [1] Sí [2] No																																					
DOMICILIO	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ [][][]														MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____ [][][]																						
	LOCALIDAD: _____ [][][][]														CÓDIGO POSTAL: _____ [][][][][][]																						
	NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____														NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____																						
	NOMBRE DE ASENTAMIENTO: _____														TELÉFONO: []																						
ATENCIÓN	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: [1] Sí [2] No														TIEMPO DE TRASLADO: [][][] : [][][] <div style="text-align: center;"><i>HH MM</i></div>								FECHA Y HORA DE INGRESO: [] <div style="text-align: center;"><i>Día Mes Año HH MM</i></div>														
	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: [] <div style="text-align: center;"><i>Día Mes Año HH MM</i></div>																																				
	ALTA POR (ENVIADO A): [1] Hospitalización [2] Consulta externa [3] Traslado a otra unidad														NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____ CLUES: []																						
[4] Domicilio [5] Defunción														MINISTERIO PÚBLICO: [1] Sí [2] No														FOLIO DEL CERTIFICADO: []						[6] Fuga [7] Voluntad propia			
MUJER EN EDAD FÉRtil: [1] Embarazo [2] Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) [3] No estaba embarazada ni en puerperio																																					
SEMANAS DE GESTACIÓN: [][][]																																					

AFECIONES TRATADAS		CÓDIGO 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>	
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

INTERCONSULTA	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD	MÉDICA(O) INTERCONSULTANTE							
	NINGUNA	1.								
		2.	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula o CURP				
		3.	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		CODIGO CIE - 9 MC
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Para uso exclusivo del personal calificador

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	Nombre genérico	Presentación	CODIGO DE			
			MEDICAMENTOS			
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-around;"> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido </div>									
C.U.R.P.:									
CÉDULA PROFESIONAL:									
					FIRMA: _____				