



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

SINBA-SEUL-16-P DGIS

CLUES:

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:		<input type="text"/> Horas (en menores de 24 hrs)		<input type="text"/> Días (en menores de 30 días)		<input type="text"/> Meses (en menores de 1 año)		<input type="text"/> Años (1 año y más)		SEXO:		<input type="checkbox"/> 1 Hombre	<input type="checkbox"/> 2 Mujer	<input type="checkbox"/> 3 Intersexual																		
AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:		<input type="checkbox"/> 0 No especificado		<input type="checkbox"/> 1 Ninguna		<input type="checkbox"/> 2 IMSS		<input type="checkbox"/> 3 ISSSTE		<input type="checkbox"/> 4 PEMEX		<input type="checkbox"/> 5 SEDENA		<input type="checkbox"/> 6 SEMAR		<input type="checkbox"/> 8 Otra		<input type="checkbox"/> 10 IMSS Bienestar		<input type="checkbox"/> 11 ISSFAM		<input type="checkbox"/> 14 OPD IMSS Bienestar										
NÚM. AFILIACIÓN:												GRATUIDAD:		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 99 Se ignora																
¿SE CONSIDERA INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 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"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 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"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 No																												
DOMICILIO	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:												<input type="text"/>		MUNICIPIO O ALCALDÍA:										<input type="text"/>							
	LOCALIDAD:												<input type="text"/>		<input type="text"/>		CÓDIGO POSTAL:		<input type="text"/>		TIPO DE LA VIALIDAD:		<input type="text"/>									
	NOMBRE DE LA VIALIDAD:												<input type="text"/>		NÚM. EXT.:		<input type="text"/>		NÚM. INT.:		TIPO DE ASENTAMIENTO:		<input type="text"/>									
	NOMBRE DE ASENTAMIENTO:												<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		TELÉFONO:		<input type="text"/>									
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:		<input type="checkbox"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 No		TIEMPO DE TRASLADO:		<input type="text"/> : <input type="text"/>		HH		MM		FECHA Y HORA DE INGRESO:		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/>					
ESTANCIA	TIPO DE URGENCIA:		<input type="checkbox"/> 1 Urgencia calificada		<input type="checkbox"/> 2 Urgencia No calificada																											
	MOTIVO DE ATENCIÓN:		<input type="checkbox"/> 1 Accidente, envenenamiento y violencia		<input type="checkbox"/> 2 Médica		<input type="checkbox"/> 3 Gineco-obstétrica		<input type="checkbox"/> 4 Pediátrica		TIPO DE CAMA:		<input type="checkbox"/> 1 Cama de observación		<input type="checkbox"/> 2 Cama de choque		<input type="checkbox"/> 3 Sin cama															
	TRASLADO TRANSITORIO:		<input type="checkbox"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 No		NOMBRE DE LA UNIDAD:										<input type="text"/>															
	FECHA Y HORA DE ALTA:		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>																					
	ALTA POR (ENVIADO A):		<input type="checkbox"/> 1 Hospitalización		<input type="checkbox"/> 2 Consulta externa		<input type="checkbox"/> 3 Traslado a otra unidad		NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:										<input type="text"/>													
CLUES:		<input type="text"/>										CLUES:		<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> 4 Domicilio		<input type="checkbox"/> 5 Defunción		MINISTERIO PÚBLICO:		<input type="checkbox"/> 1 Sí		<input type="checkbox"/> 2 No		FOLIO DEL CERTIFICADO:		<input type="text"/>										<input type="checkbox"/> 6 Fuga		<input type="checkbox"/> 7 Voluntad propia								
MUJER EN EDAD FÉRTIL:		<input type="checkbox"/> 1 Embarazo		<input type="checkbox"/> 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)		<input type="checkbox"/> 3 No estaba embarazada ni en puerperio																										
SEMANAS DE GESTACIÓN:		<input type="text"/>																														

A.F.P.	AFECCIÓN PRINCIPAL: _____	CÓDIGO CIE
COMORBIDADES	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: _____		

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

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

Para uso exclusivo del personal codificador											
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:											
NOMBRE:											
Nombre(s)						Primer Apellido				Segundo Apellido	
C.U.R.P.:		<input type="text"/>	FIRMA:								
CÉDULA PROFESIONAL:											



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

SINBA-SEUL-16-P DGIS

CLUES:

FOLIO:

INTERCONSULTA NINGUNA	ESPECIALIDAD	MÉDICA(O) INTERCONSULTANTE			Cédula o CURP
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
1.					
2.					
3.					

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

Para uso exclusivo del personal facultativo

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	Nombre genérico	Presentación	CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	Para menores de 5 años
				EDAS Plan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Para uso exclusivo del personal codificador											
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: _____											