

Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

Nº EGRESO

USO EXCLUSIVO UNIDAD DE ESTADÍSTICA

**1 NOMBRE ESTABLECIMIENTO
RESPONSABLE: ADMIÓN**

CÓDIGO ESTABLECIMIENTO

2 N° ADMISIÓN

3 N° HISTORIA CLÍNICA

4 NOMBRE PACIENTE

PRIMER APELLIDO **SEGUNDO APELLIDO** **NOMBRES**

5 TIPO DE IDENTIFICACIÓN 1. RUN 2. Pasaporte 3. Indocumentado 4. Otro documento de identificación

1.RUN: -
2. N° de Pasaporte u otro documento:

6 SEXO 01. HOMBRE 02. MUJER 03. INTERSEX (INDETERMINADO) 99. DESCONOCIDO

7 FECHA DE NACIMIENTO - -
Día Mes Año

8 EDAD **9 UNIDAD MEDIDA DE LA EDAD** 1. Años 2. Meses 3. Días 4. Horas

10 PUEBLO INDÍGENAS
01. Mapuche 07. Diaguita
02. Aymara 08. Kawésqar
03. Rapa Nui (Pascuense) 09. Yagán (Yámana)
04. Lican Antai (Atacameño) 10. Otro (Especificar)
05. Quechua
06. Colla
96. Ninguno

11 PAÍS DE ORIGEN DEL (DE LA) PACIENTE Nombre País

12 CATEGORÍA OCUPACIONAL En caso de marcar la alternativa "Activos" en el casillero correspondiente identifique la opción declarada

00. INACTIVOS
01. ACTIVOS
02. CESANTE O DESOCUPADOS
99. DESCONOCIDO

01. Miembro del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de empresa.
02. Profesionales científicos e intelectuales.
03. Técnicos y profesionales de nivel medio.
04. Empleados de oficina.
05. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado.
06. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros.
07. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.
08. Operadores de instalaciones y máquinas y montadoras.
09. Trabajadores no calificados.
10. Fuerzas armadas.
99. Desconocido.

13 NIVEL DE INSTRUCCIÓN 01. Prebásica 02. Básica 03. Media 04. Técnico de Nivel Superior 05. Profesional Universitario 06. Sin Instrucción 97. No Recuerda 98. No Responde

14 TELÉFONO FIJO

15 TELÉFONO MÓVIL

16 DOMICILIO (Escriba en letra imprenta)
01. Calle 02. Avenida 03. Pasaje 04. Camino 09. Otro
Nombre Número

17 Comuna Residencia

18 PREVISIÓN 01. FONASA 05. SISA 09. DESCONOCIDO
 02. ISAPRE 96. NINGUNA
 03. CAPREDENA 04. DIRECCA

19 Clasificación Beneficiario FONASA A) Tramo A B) Tramo B C) Tramo C D) Tramo D

20 Modalidad de atención FONASA 01. Modalidad de atención institucional (MAI) 02. Modalidad de atención libre elección (MLE)

21 LEYES PREVISIONALES 1. SI 2. NO
En caso que la variable leyes previsionales sea "SI", seleccione la alternativa correspondiente.

01. Ley 18.490: accidentes de transporte.
02. Ley 16.744: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
03. Ley 16.744: accidente escolar.
04. Ley 19.650/99 de urgencia.
05. Ley 19.992 PRAIS.

22 PROCEDENCIA DEL (DE LA) PACIENTE
1. Unidad Emergencia (mismo establecimiento) 4. Otro Establecimiento
2. Área de Cirugía Mayor Ambulatoria (mismo establecimiento) 5. Otra Procedencia
3. Atención especialidades (mismo establecimiento) 6. Área de Cirugía Mayor Ambulatoria (mismo establecimiento)
7. Hospital comunitario o de baja complejidad.

23 ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA
(Solo llenar si se registró opción 4 ó 7) Código Establecimiento

RESPONSABLE: ADMISIÓN

24 INGRESO - **HORA** - **MINUTOS** - **FECHA (dd-mm-aa)** - -
UNIDAD FUNCIONAL

25 1er TRASLADO - -
26 2º TRASLADO - -
27 3er TRASLADO - -
28 4º TRASLADO * - -

RESPONSABLE: ESTADÍSTICA

29 EGRESO - - **HORA** - **MINUTOS** - **FECHA (dd-mm-aa)** - -
CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL **CÓDIGO SERVICIO CLÍNICO**

30 DÍAS ESTADA **31 CONDICIÓN AL EGRESO:** 1) VIVO 2) FALLECIDO

32 DESTINO AL ALTA
En caso que la condición del paciente sea "Vivo", seleccione el destino al alta del paciente.
1. Domicilio. 5. Alta voluntaria.
2. Derivación a otro establecimiento de la red pública. 6. Fuga del paciente.
3. Derivación a institución privada. 7. Hospitalización domiciliaria.
4. Derivación a otros centros u otra institución.

RESPONSABLE: ESTADÍSTICA

33 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
CÓDIGO CIE-10

34 CAUSA EXTERNA (si corresponde)
CÓDIGO FONASA

35 OTRO DIAGNÓSTICO
CÓDIGO CIE-10

36 OTRO DIAGNÓSTICO *
CÓDIGO CIE-10

* Ver Instructivo

DATOS DEL RECIÉN NACIDO: (Sólo completar para egreso obstétrico que termina en Parto)

37 Orden en el nacimiento 1 2 3
38 Condición al Nacer: 1) Vivo 2) Fallecido
39 Sexo: 01. Hombre 02. Mujer 03. Intersex (indeterminado) 99. Desconocido
40 Peso en gramos **41 Apgar 5 minutos** **42 Anomalía congénita:** SI NO

* Ver Instructivo

43 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA 1. SI 2. NO
CÓDIGO FONASA

44 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL
CÓDIGO FONASA

45 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA *
CÓDIGO FONASA

* Ver Instructivo

46 PROCEDIMIENTO 1. SI 2. NO
47 PROCEDIMIENTO PRINCIPAL
CÓDIGO FONASA

48 OTRO PROCEDIMIENTO *
CÓDIGO FONASA

* Ver Instructivo

* Ver Instructivo

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE Y/O QUE FIRMA EL ALTA

49 Nombre:
PRIMER APELLIDO **SEGUNDO APELLIDO** **NOMBRES**
50 Especialidad:

51 RUN - **FIRMA**

Información protegida por Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada y con garantía del secreto estadístico, establecido en la Ley N° 17.374.

INSTRUCTIVO DE LLENADO “INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO”

DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEMOGRÁFICOS

Nº Egreso: Es un número interno correlativo mensual (enero-diciembre), que se asigna al momento de egresar el paciente del establecimiento de salud. Se utiliza para llevar un conteo de los egresos mensuales y comparar los totales con otras fuentes, como REM20 y GRD (para aquellos establecimientos que cuentan con esta herramienta).

1. Nombre y Código Establecimiento: Registre el código asignado al Establecimiento según escala vigente (DEIS).

2. Nº de Admisión: Es el número que se le asigna al formulario de egreso hospitalario al ingreso del paciente al establecimiento, el cual permite identificar el evento. Éste número no es necesariamente correlativo.

3. N° Historia Clínica: Registre el número de la Historia Clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

4. Nombre: Registre con letra legible en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y los nombres del (de la) paciente.

5. Tipo de Identificación: Registre el Nº de la alternativa que corresponde a la identificación del (de la) paciente, en caso de:

RUN: Registre cada número que corresponde al RUN del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.

Pasaporte: En el caso de pacientes extranjeros(as), registre en los casilleros el número de pasaporte.

Indocumentado: Registre esta opción solo si finalizado el período de hospitalización, no es posible obtener algún medio de verificación de identidad del (de la paciente).

Otro Documento: En el caso de pacientes extranjeros(as) que no poseen Pasaporte, registre el Documento Oficial de Identificación de su país de residencia.

6. Sexo: Registre el Nº de la alternativa que corresponda al sexo biológico del (de la) paciente.

7. Fecha de Nacimiento: Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) paciente, en la modalidad dd, mm, aaaa (Ej.- 2 de Octubre de 1996: 02 10 1996).

8. Edad: Registre numéricamente la edad del paciente, al momento del ingreso.

9. Unidad Medida de la Edad: Registre en la siguiente modalidad: 1 (años) si el(la) paciente tiene uno o más años; 2 (meses) si tiene uno o más meses de vida y menos de un año; 3 (días) si tiene uno o más días de vida y menos de 1 mes; 4 (horas) si tiene menos de 24 horas de vida.

10. Pueblos Indígenas: Registre el número de la alternativa, que corresponda al pueblo indígenas al que el (la) paciente, se considera perteneciente.

11. País de origen del (de la) paciente: Registre el nombre del país donde ocurrió el nacimiento del (de la) paciente, incluyendo Chile.

12. Categoría Ocupacional (población de 15 y más años): Busca identificar el comportamiento de la fuerza laboral: Registre la alternativa correspondiente: Activo, Inactivo, Cesante o Desocupado, Desconocida.

Inactivo: población laboralmente no ocupada, ejemplo: labores de casa, estudiantes, pensionados/jubilados, otros; **Activo:** población laboralmente ocupada;

Cesante o Desocupado: toda persona que sin tener trabajo, se encuentra disponible para trabajar y ha buscado activamente una ocupación en un período de referencia determinado; **Desconocida**

13. Nivel de Instrucción: Registre el nivel de instrucción, que corresponde al nivel de enseñanza más avanzado declarado por la persona.

14. Teléfono fijo: Registre el número de teléfono de red fija, para contactar al (a la) paciente.

15. Teléfono móvil: Registre el número de teléfono celular o móvil, para contactar al (a la) paciente.

16. Domicilio: Registre la residencia habitual del (de la paciente): Calle, Avenida, Pasaje, Camino u Otra y luego registre claramente: Nombre y Número.

17. Comuna de Residencia: Registre el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio del (de la) paciente.

18. Previsión: Registre el Nº correspondiente al sistema de previsión en salud que tiene el (la) paciente.

19. Clase de Beneficiario FONASA: Registre la letra que corresponde al tramo FONASA al que pertenece el (la) paciente.

20. Modalidad de Atención: Registre la Modalidad de Atención por la que opta el (la) paciente.

21. Leyes Previsionales: Registre la Ley que modifica o exime el monto a cancelar por el (la) paciente. Si el (la) paciente tiene Previsión indicada en el punto 19.- pero es atendido por "Otras Leyes Previsionales", marque ambas opciones.

22. Procedencia del Paciente: Registre el Nº que corresponda al lugar de procedencia que refiere al paciente para su hospitalización. Para el caso de la opción 6, corresponde registrar aquellos pacientes que requieren hospitalización y que se complicaron debido a una cirugía mayor ambulatoria (CMA).

23. Establecimiento de Procedencia: Si el paciente ingresa derivado desde otro establecimiento, registre nombre y código de dicho establecimiento (opción 4). En el caso que el paciente es derivado a hospitalización desde el mismo establecimiento (Hospital Comunitario o de Baja Complejidad), registre nombre y código de ese establecimiento (opción 7).

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

****24. Ingreso:** Registre la hora del ingreso con la modalidad hh-mm, a continuación registre la fecha del ingreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional y el Servicio Clínico.

****25. Primer Traslado:** Registre la fecha del primer traslado, nombre y código de la Unidad Funcional y el Servicio Clínico al que se traslada.

*** 26, 27 y 28. Segundo, Tercero y Cuarto Traslado:** Proceda de igual forma que en el número 26.

****29. Egreso:** Registre la hora del egreso con la modalidad hh-mm, a continuación la fecha del egreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional y el Servicio Clínico de donde egresa el (la) paciente.

30. Días de Estada: Registre el número total de días que el (la) paciente estuvo hospitalizado, que resulta de la diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso. En el caso que el ingreso y egreso ocurre el mismo día corresponde a 1 día de estada.

31. Condición al Egreso: Registre 1 ó 2 según el caso.

32. Destino al Alta: En caso que la condición al egreso sea 1 (Vivo), registre la alternativa correspondiente, la alternativa 4 contiene: derivación centro reclusión o a hogar de ancianos.

33. Diagnóstico Principal: El médico o profesional tratante o el que firma el alta debe registrar claramente y evitando siglas, el diagnóstico principal, es decir la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la Salud, la causante primaria de la necesidad de Tratamiento o Investigación que tuvo el (la) paciente. A la derecha, Estadística debe codificar dicho diagnóstico de acuerdo a la CIE 10.

34. Causa Externa: Registre la causa del traumatismo o envenenamiento accidental o intencional, asociada al Diagnóstico Principal.

*** 35 y 36. Otros diagnósticos:** Registre todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión o se desarrollan posteriormente y que afecten el tratamiento recibido y/o la hospitalización. Se excluyen los diagnósticos de un episodio anterior y no se relacionan con la actual hospitalización.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

37*. Orden en el nacimiento: en caso de nacimiento múltiple, registrar los datos requeridos en el orden que ocupa el recién nacido en el período de alumbramiento.

38. Condición al nacer: registre según corresponda: 1. Vivo o 2. Fallecido.

39. Sexo: según corresponda registre 1) Hombre y/o 2) Mujer y/o 3) Indeterminado.

40. Peso en gramos: registre en gramos el peso del recién nacido, Ej. 3 kgs, 250 gramos, anote: 3.250.

41. Apgar a los 5 minutos: Registrar la puntuación del Apgar a los 5 minutos después del nacimiento.

42. Anomalía congénita: El médico o profesional tratante debe registrar si el (los) recién nacido(s) presenta(n) alguna(s) anomalía(s) congénita(s).

DATOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PROCEDIMIENTO

43. Intervención Quirúrgica: Registre en el casillero, "1" si hubo intervención quirúrgica o "2", si no hubo intervención quirúrgica.

Intervención Quirúrgica: conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

44. Intervención Quirúrgica Principal: Si indicó "1" en el punto anterior, registre claramente y evitando siglas el nombre de la Intervención Quirúrgica Principal.

*** 45. Otra Intervención Quirúrgica:** Si corresponde, registre otra intervención quirúrgica a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

46. Procedimiento: Registre en el casillero, "1" si hubo procedimiento o "2", si no hubo procedimiento.

Procedimientos: prestaciones de salud, que se otorgan a una persona para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

47. Procedimiento Principal: Si indicó "1" en el punto anterior, registre claramente y evitando siglas el nombre del procedimiento.

*** 48. Otro procedimiento:** Si corresponde, registre otro procedimiento a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE Y/O QUE FIRMA EL ALTA

49. El médico o profesional tratante y/o que otorga el alta debe registrar: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres.

50. Especialidad: Registre la especialidad o subespecialidad del médico o profesional tratante y/o el que firma el alta.

51. RUN: Registre el RUN del Médico o Profesional Tratante y/o que firma el alta.

Firma: Este documento debe firmarlo el Médico o Profesional Tratante y/o que otorga el alta.

* La aplicación informática del DEIS permite ingresar: 9 traslados, 10 otros diagnósticos, 6 recién nacidos, 2 otras intervenciones quirúrgicas y 2 otros procedimientos.

** Para identificar el código del servicio clínico, revise el esquema de registro publicado en la intranet del DEIS, según año que corresponda.

La lista de códigos de Establecimientos, puede ser consultada: www.deis.cl - Recursos para la Salud, "Descarga Completa Listado de Establecimientos de Salud".

La lista de códigos de Comunas puede ser consultada en el sitio www.deis.cl - estandares y normativas, "División Político Administrativa y Servicios de Salud, histórico".