Salud
Secretaría de Salud

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P DGIS

CLUES: Edo | Institución | Consecutivo | Ver

FOLIO:

PACIENTE

NOMBRE: *Nombre(s)* *Primer Apellido* *Segundo Apellido*

C.U.R.P.: **FECHA DE NACIMIENTO:** *Día* *Mes* *Año* **ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO:**

EDAD CUMPLIDA: *Horas (en menores de 24 hrs)* *Días (en menores de 30 días)* *Meses (en menores de un año)* *Años (1 año y más)*

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: *(Menores de 3 meses)* 1 *Sí* 2 *No* **SEXO:** 1 *Hombre* 2 *Mujer* 3 *Intersexual* **PESO:** *kg* . *gr* **TALLA** *cm* **ESTADO CONYUGAL:**

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* **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** 1 *Sí* 2 *No* **¿CUÁL?** *Especifique*

Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? 1 *Sí* 2 *No* **¿ES MIGRANTE RETORNADO?** 1 *Sí* 2 *No*

Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).

DOMICILIO

ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA: **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:**

ESTANCIA

EXPEDIENTE:

INGRESO: *Día* *Mes* *Año*

EGRESO: *Día* *Mes* *Año*

TIPO DE SERVICIO:

HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) 1

CORTA ESTANCIA 2

DE INGRESO:

SEGUNDO:

TERCERO:

DE EGRESO:

ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva: *Días* *Horas*

Terapia intermedia: *Días* *Horas*

PROCEDENCIA:

1 *Consulta Externa* 2 *Urgencias* 3 *Referido* *Unidad médica* *Especificar CLUES* 4 *Cunero patológico* 5 *Otro* *Especifique*

MOTIVO DE EGRESO:

1 *Curación* 2 *Mejoría* 3 *Voluntario* 4 *Traslado a otra Unidad Médica:* *Especificar CLUES*

5 *Defunción* **MINISTERIO PÚBLICO:** 1 *Sí* 2 *No* **FOLIO DEL CERTIFICADO:** 6 *Fuga* 7 *Otro motivo*

MUJER EN EDAD FÉRTIL: 1 *Embarazo* 2 *Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)* 3 *No estaba embarazada ni en puerperio*

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO. DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN). **CÓDIGO CIE**

AFECCIÓN PRINCIPAL:

1 *Primera vez* 2 *Subsecuente*

COMORBILIDADES

1.
2.
3.
4.
5.
6.

RESELECCIÓN AF. P. *Sólo para tumores*

Para uso exclusivo del personal codificador

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: 1 *Sí* 2 *No*

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS:

En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno - neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

	ANESTESIA	QUIRÓFANO			CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE - 9 MC
	TIPO	DENTRO	HH:MM	FUERA		
1.		1	:	2		
2.		1	:	2		
3.		1	:	2		
4.		1	:	2		
5.		1	:	2		
6.		1	:	2		
7.		1	:	2		
8.		1	:	2		

Para uso exclusivo del personal codificador

TIPO DE ANESTESIA: 1 *General* 2 *Regional* 3 *Sedación* 4 *Local* 5 *Combinada* 6 *No usó*

LLENADO DE HOJA DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN: 1 *Sí* 2 *No*

FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: *Gestas* *Partos* *Abortos* *Cesáreas*

SEMANAS DE GESTACIÓN: **¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?** 1 *Sí* 2 *No*

TIPO DE ATENCIÓN: 1 *Aborto* 2 *Parto*

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 *LUI* 2 *AMEU* 3 *Medicamento*

TIPO DE PARTO: 1 *Eutócico* 2 *Distócico vaginal* 3 *Cesárea*

PRODUCTO DEL EMBARAZO: 1 *Único* 2 *Gemelar* 3 *Tres o más*

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: 0 *Ninguno* 1 *Hormonal oral* 2 *Inyectable mensual* 3 *Inyectable bimestral* 4 *Implante subdérmico una varilla* 5 *Dispositivo intrauterino* 6 *Preservativo femenino* 7 *Preservativo masculino* 8 *DIU medicado* 9 *Parche dérmico* 10 *OTB* 11 *Otros* *Especifique* 12 *Inyectable trimestral* 13 *Implante subdérmico doble varilla*

DATOS DE LOS PRODUCTOS

CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS IMPRESOS O ELECTRÓNICOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)	PARA TODO NACIDO VIVO			
		VIVO		MUERTO		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO						
1	2	1	2	3			1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*
1	2	1	2	3			1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*
1	2	1	2	3			1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*	1 *Sí* 2 *No*

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

TIPO DE UNIDAD: *Servicios:*

HOSPITAL CONTINUO: 1 — 1 *Paidopsiquiatría* 2 *Psiquiatría* 3 *Psicogeriatría* 4 *Unidad de desintoxicación* 5 *Villa psiquiátrica* 6 *Otros* 9 *No especificado*

HOSPITAL PARCIAL: 2 — 1 *Día* 2 *Noche* 3 *Fin de semana* 4 *Otros* 9 *No especificado*

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: *Nombre(s)* *Primer Apellido* *Segundo Apellido*

C.U.R.P.: **CÉDULA PROFESIONAL:** **FIRMA:**