



HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

CLAVES: Edo Institución Consecutivo Ver

SINBA-SEUL-14-P

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?: 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 tal

¿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 (paisanc)

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: TIPO DE SERVICIO: DE INGRESO: SEGUNDO: TERCERO: DE EGRESO:

INGRESO: Día Mes Año HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) 1

EGRESO: Día Mes Año CORTA ESTANCIA 2

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 Cúnero 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).

AFECCIÓN PRINCIPAL: 1 Primera vez 2 Subsecuente

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

RESELECCIÓN AF. P. Sólo para tumores:

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

Para uso exclusivo del personal codificado

Para uso exclusivo del personal codificado

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

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 part

ANESTESIA	QUIRÓFANO			CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE - 9 MC
TIPO	DENTRO	HH:MM	FUERA		
	1	:	2		
	1	:	2		
	1	:	2		
	1	:	2		
	1	:	2		
	1	:	2		
	1	:	2		

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:

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: Gestas Partos Abortos Cesáreas

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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: 0 Ningunc 1 Hormonal oral 2 Inyectable mensua 3 Inyectable bimestra

TIPO DE ATENCIÓN: 1 Aborto 2 Parto PRODUCTO DEL EMBARAZO: 4 Implante subdérmic 5 Dispositivo intrauterinc 6 Preservativo femeninc

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 LUI 2 AMEU 3 Medicamento 1 Único 2 Gemelar 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTB

TIPO DE PARTO: 1 Eutócico 2 Distócico vaginal 3 Cesárea 3 Tres o más 11 Otros Especifique 12 Inyectable trimestral

DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)	PARA TODO NACIDO VIVO			
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	VIVO		MUERTO		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
			ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO						
1	2	1	2	3	CeN		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	

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:

