

SINBA-SEUL-16-P DGIS

FOLIO: | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| DOMICILIO | ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ | [][] 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: [][][][][][][][][][][][][][][][][] |
| | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------------|---|--|----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|---------------------|-----|----------------|---|----------|--|
| ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: | 1 | Sí | 2 | No | TIEMPO DE TRASLADO: | HH | : | MM | FECHA Y HORA DE INGRESO: | Día | Mes | Año | HH | : | MM | |
| TIPO DE URGENCIA: | 1 | Urgencia calificada | 2 | Urgencia No calificada | | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: | 1 | Accidente, envenenamiento y violencia | 2 | Médica | 3 | Gineco-obstétrica | 4 | Pediatría | 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: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTA POR (ENVIADO A): | 1 | Hospitalización | 2 | Consulta externa | 3 | Traslado a otra unidad | NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | Domicilio | 5 | Defunción | MINISTERIO PÚBLICO: | 1 | Sí | 2 | No | FOLIO DEL CERTIFICADO: | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | CODIGO CIE | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| A.P. | AFECCIÓN PRINCIPAL: | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| COMORBILIDADES | 1. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | 2. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | 3. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | 4. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | 5. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | 6. | <div></div> <div></div> <div></div> | |
| | <div>RESELECCIÓN AF. P.</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> | | | |

Para uso exclusivo del personal codificador

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|-----------------|------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| INTERCONSULTA | <input type="checkbox"/> NINGUNA | ESPECIALIDAD: | MÉDICA(O) INTERCONSULTANTE | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1. | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | Cédula o CURP | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | |

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

| Nombre genérico | | Presentación | CÓDIGO DE MEDICAMENTOS |
|----------------------------|----|--------------|------------------------|
| MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS | 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

| | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|
| PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: | | |
| NOMBRE: _____ | | |
| Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| C.U.R.P.: | CÉDULA PROFESIONAL: | FIRMA: _____ |