GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

SINBA-SEUL-16-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 DE NACIMIENTO:**

EDAD CUMPLIDA: Horas (en menores de 24 hrs) | Días (en menores de 30 días) | Meses (en menores de 1 año) | Años (1 año y más) **SEXO:** 1 Hombre 2 Mujer 3 Intersexual

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 13 INSABI

NÚM. AFILIACIÓN: **GRATUIDAD:** 1 Sí 2 No 99 Se ignora

¿SE CONSIDERA INDÍGENA? 1 Sí 2 No **¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO?** 1 Sí 2 No

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

DOMICILIO

TIPO DE LA VIALIDAD: **NOMBRE DE LA VIALIDAD:** **NÚM. EXT.:** **NÚM. INT.:**

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: **NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:**

CÓDIGO POSTAL: **LOCALIDAD:** **MUNICIPIO O ALCALDÍA:**

ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: **TELÉFONO:**

ESTANCIA

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 Pediátrica **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: Día Mes Año HH : MM

ALTA POR (ENVIADO A): 1 Hospitalización 2 Consulta externa 3 Traslado a otra unidad — **NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:** **CLUES:**

4 Domicilio 5 Defunción — **MINISTERIO PÚBLICO:** 1 Sí 2 No **FOLIO DEL CERTIFICADO:** 6 Fuga 7 Voluntad propia

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

EDAD GESTACIONAL:

AFECCIONES TRATADAS

		CÓDIGO CIE
A.P.	***AFECCIÓN PRINCIPAL:***	
COMORBILIDADES	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	RESELECCIÓN AF. P.	

Para uso exclusivo del personal codificador

INTERCONSULTA

☐ **NINGUNA**

ESPECIALIDAD	**MÉDICO 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*

PROCEDIMIENTOS

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

Para uso exclusivo del personal codificador

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Nombre genérico	*Presentación*	CÓDIGO DE MEDICAMENTOS
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Para uso exclusivo del personal codificador

Para menores de 5 años

IRAS
1 *Sintomático*
2 *Con antibiótico*
3 *Antivirales*

EDAS Plan: 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:**