

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 un año) _____	Años (1 año y más) _____						
¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		SEXO: <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	PESO: _____ kg	• _____ gr	TALLA: _____ cm	ESTADO CONYUGAL: _____					
(Menores de 3 meses)											
AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: _____		<input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 Gob. Estatal <input type="checkbox"/> 7 Seguro Privado <input type="checkbox"/> 9 Se ignora <input type="checkbox"/> 10 Otro <input type="checkbox"/> 11 INSABI									
NÚM. AFILIACIÓN: _____		GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> b IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> 0 Ninguna								
¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	¿CUÁL? _____								
Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua 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: _____	TELÉFONO: _____						
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____										
EXPEDIENTE: _____		TIPO DE SERVICIO: _____	DE INGRESO: _____								
INGRESO: _____		HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) <input type="checkbox"/> 1	SEGUNDO: _____								
Día _____ Mes _____ Año _____		TERCERO: _____									
EGRESO: _____		CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> 2	DE EGRESO: _____								
Día _____ Mes _____ Año _____		ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: _____		Terapia intensiva: _____ Días _____ Horas _____							
				Terapia intermedia: _____ Días _____ Horas _____							
PROCEDENCIA:											
<input type="checkbox"/> 1 Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2 Urgencias <input type="checkbox"/> 3 Referido _____		Unidad médica _____	Especificar CLUES: _____		<input type="checkbox"/> 4 Cunero patológico <input type="checkbox"/> 5 Otro _____	Especifique _____					
MOTIVO DE EGRESO:											
<input type="checkbox"/> 1 Curación <input type="checkbox"/> 2 Mejoría <input type="checkbox"/> 3 Voluntario <input type="checkbox"/> 4 Traslado a otra Unidad Médica: _____											
<input type="checkbox"/> 5 Defunción <input type="checkbox"/> MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		FOLIO DEL CERTIFICADO: _____		<input type="checkbox"/> 6 Fuga <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo: _____	Especifique _____						
MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> 1 Embarazo <input type="checkbox"/> 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> 3 No estaba embarazada ni en puerperio											
AFLICIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)											
AFLICIÓN PRINCIPAL: _____											
<input type="checkbox"/> 1 Primera vez <input type="checkbox"/> 2 Subsecuente											
COMORBILIDADES	1. _____										
	2. _____										
	3. _____										
	4. _____										
	5. _____										
	6. _____										
		RESELECCIÓN AF. P. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código adicional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sólo para tumores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
CÓDIGO CIE _____											
CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____											
CÓDIGO CIE - 9 MC _____											
INFECIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No											
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEUTICOS 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).											
1. _____						CÓDIGO CIE - 9 MC _____					
2. _____											
3. _____											
4. _____											
5. _____											
6. _____											
7. _____											
8. _____											
TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> 1 General <input type="checkbox"/> 2 Regional <input type="checkbox"/> 3 Sedación <input type="checkbox"/> 4 Local <input type="checkbox"/> 5 Combinada <input type="checkbox"/> 6 No usó		VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____							
HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: Gestas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN FAMILIAR: _____											
EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 0 Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Hormonal oral <input type="checkbox"/> 2 Inyectable mensual <input type="checkbox"/> 3 Inyectable bimestral							
TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Aborto <input type="checkbox"/> 2 Parto		PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 4 Implante subdérmico <input type="checkbox"/> 5 Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> 6 Preservativo femenino									
TIPO DE ABORTO: <input type="checkbox"/> 1 LUI <input type="checkbox"/> 2 AMEU		<input type="checkbox"/> 3 Medicamento <input type="checkbox"/> 1 Único <input type="checkbox"/> 2 Gemelar <input type="checkbox"/> 7 Preservativo masculino <input type="checkbox"/> 8 DIU medicado <input type="checkbox"/> 9 Parche dérmico <input type="checkbox"/> 10 OTB									
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> 1 Eutóxico <input type="checkbox"/> 2 Distóxico vaginal		<input type="checkbox"/> 3 Cesárea <input type="checkbox"/> 3 Tres o más <input type="checkbox"/> 11 Otros _____									
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	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			
			VIVO		FETAL, SEGÚN SEA EL CASO			APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)						
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)						
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)			APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)						
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)						
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)						
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:											
NOMBRE: _____		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____					
C.U.R.P.: _____		CÉDULA PROFESIONAL: _____		FIRMA: _____							

Para uso exclusivo del personal codificador

para uso exclusivo del personal codificador

Para uso exclusivo del personal codificador