



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
(SINBA-SEUL-14-P)
MODELO 2017

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

PREFACIO

Información de contacto

Para mayor información sobre este documento, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 450 - 11 Col. Juárez Delegación Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto “Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P)”.

Historial de revisiones

Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
28/09/2016	1.0	Prototipo	Creación del documento	DGIS
21/10/2016	1.1	Oficial	Conclusión del documento	DGIS

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

Contenido

PREFACIO	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Contenido	3
PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO	4
Introducción y Marco normativo	4
Audiencia	5
Alcance	6
Justificación	6
Términos y Definiciones	7
REFERENCIAS	12
Bibliografía	12
Archivos anexos	12
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN (SINBA-SEUL-14-P)	13
DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN	14
REGISTRO	14
PACIENTE	14
ESTANCIA	15
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	16
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	17
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE	17
INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN (SINBA-SEUL-14-P)	18
Instrucciones Generales	18
REGISTRO	19
PACIENTE	19
ESTANCIA	25
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	32
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	36
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE	36

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

Introducción y Marco normativo

En cumplimiento al numeral 10. Servicios para la Salud de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En materia de información en salud, la Subdirección de Información Hospitalaria (SIH) de la Dirección de Sistemas de Información de Servicios de Salud (DSISS) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), ha elaborado el presente manual con el propósito de normar las actividades que deben realizarse para la captación, integración, procesamiento y difusión de la información generada en la atención otorgada sobre motivos de demanda por egreso hospitalario y corta estancia, brindada en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Del egreso hospitalario se obtiene las estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalaria, así como de los procedimientos en medicina (quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos), la cual comprende el universo de pacientes que ocuparon o les fue asignada una cama en el área de hospitalización durante su atención, así esta hubiera sido por horas. Incluye los nacimientos ocurridos en el hospital que hayan sido tratados por morbilidad propia. No incluye a los recién nacidos sanos. Incluye las atenciones que se otorguen en camas fuera del área de hospitalización; siempre y cuando el motivo obedezca a la falta de disponibilidad de alguna cama dentro de esta área y la atención médica del paciente este bajo la responsabilidad de alguno de los servicios de hospitalización. El egreso puede producirse por curación, mejoría, salida voluntaria del paciente, traslado formal a otra unidad, por fuga o defunción. En todo caso se establece la forma de egresar del paciente y se anota en su expediente con la firma del profesional de la salud responsable. No se contemplan los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital). Los casos de corta estancia, comprenden las atenciones médicas o quirúrgicas programadas, que no ameritan el uso de cama en área de hospitalización y se otorgan en áreas destinadas para tal fin.

Las estadísticas de Egresos Hospitalarios, constituyen una información necesaria y de vital importancia para evaluar la situación de la salud y la demanda de atención médica por parte de la población. Es además una fuente primordial para la investigación clínica y epidemiológica, así como para la administración y planeación de los servicios de salud. Dentro de la Secretaría de Salud, esta información se genera a partir de la hoja de hospitalización cuyo formato de registro es parte del Sistema de Información en Salud.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

Audiencia

Este documento puede ser llenado por diferentes actores en diferentes momentos:

- **Personal de Admisión.-** responsable del llenado de los datos contenido en el apartado datos del paciente en el momento en que el usuario se hospitaliza.
- **Profesional de la salud responsable de la atención del paciente.-** responsables del llenado del apartado estancia donde se consignan las afecciones tratadas ya que son los únicos que pueden emitir diagnósticos, así como de los procedimientos realizados durante la atención incluyendo la atención obstétrica, lesión y hospitales psiquiátricos. Adicionalmente son responsables de verificar y validar la información proporcionada por el área de admisión en relación a los datos de los pacientes
- **Responsable de los servicios.-** responsable de supervisar el correcto llenado de los apartados de la hoja de hospitalización y mejorar la calidad del llenado conforme a las instrucciones mencionadas en este instructivo. Adicionalmente verifica que la hoja de hospitalización sea entregada a la brevedad al área correspondiente para su captura.
- **Codificador.-** responsable de efectuar la codificación de las afecciones y de los procedimientos médicos anotados por el responsable de la salud en el formato Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) y la reselección de la afección principal con base a la Clasificación Estadística Internacional del Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud CIE y la clasificación de procedimientos de la CIE-9-MC.
- **Personal de Estadística.-** es el responsable de la captura de la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P), integración, validación de información, correcciones, emisión de reportes (cuadros, gráficas, indicadores, entre otros) necesarios para las autoridades y otros usuarios, así como del envío de la información conforme al calendario estadístico establecido a su autoridad inmediata superior. Adicionalmente es el responsable de turnar el formato de la hoja de hospitalización posterior a su captura al archivo clínico.
- **Responsable de Archivo Clínico.-** es el responsable de ubicar la hoja de hospitalización en el expediente del paciente. Adicionalmente es responsable de resguardar el expediente del paciente mínimo durante 5 años para primero y segundo nivel así como 10 años para hospitales de alta especialidad.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

Alcance

Aplica para todas las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel a nivel nacional y que contemplen servicios como admisión, urgencias, toco cirugía (sala de labor, sala de expulsión), alojamiento conjunto, quirófano, sala de recuperación, terapia intermedia, terapia intensiva, hospitalización, servicio de corta estancia, entre otros y que generan información de la atención brindada de procedimientos médicos (diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos), lesiones, defunciones y atenciones obstétricas (aborto o parto: eutócico, distócico o cesárea), entre muchas otras.

Justificación

En cumplimiento a lo previsto en la NOM-035-SSA3-2012. La atención hospitalaria es la de mayor costo entre las prestaciones de salud. La manera más efectiva de ejercer control y evaluar la actividad hospitalaria transita por el uso de indicadores de desempeño hospitalario que permitan evaluar la calidad y lo adecuado de la atención sanitaria.

La estadística de egresos hospitalarios genera información para la planeación, asignación de recursos y evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados; asimismo es fuente de información para la investigación clínica y epidemiológica.

Proporciona indicadores de egresos de acuerdo a la morbilidad y promedio de días de estancia; sirve como cruce de información con otros subsistemas como Lesiones y Causas de Violencia, Defunciones, Nacimientos y Urgencias Médicas, que permiten obtener diversos indicadores.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo y el registro de la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P), se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición																																
Afección principal		Situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.																																
Afecciones tratadas		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente																																
Alta del paciente		Salida del paciente de algún servicio, después de recibir tratamiento médico o quirúrgico en el área de urgencias médicas u hospitalización.																																
Alta de corta estancia		La acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia.																																
Alojamiento conjunto		Si el recién nacido compartió con su madre de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que fueron atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos y facilitó la lactancia para la madre.																																
Atención hospitalaria		Servicio que se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad.																																
APGAR (a los 5 minutos) VALORACIÓN DEL 0 AL 10		<p>Es un método de valoración inmediata de las condiciones vitales del recién nacido con base al puntaje de 5 signos. Una calificación baja de Apagar alerta de malas condiciones al nacimiento, la necesidad de maniobras de reanimación avanzada y mal pronóstico, una valor de 6 o menos amerita hospitalización por norma. Se toma una medición al minuto, y otra a los 5 minutos de nacimiento. Es más importante tener una mejor calificación a los 5 minutos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Signo</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frecuencia cardíaca</td> <td>Ausente</td> <td><100</td> <td>>100</td> </tr> <tr> <td>Esfuerzo respiratorio</td> <td>Ausente</td> <td>Regular y débil</td> <td>Buena, llanto fuerte</td> </tr> <tr> <td>Tono muscular</td> <td>Flácido</td> <td>Algunos movimientos</td> <td>Movimientos activos</td> </tr> <tr> <td>Reacción refleja</td> <td>Sin respuesta</td> <td>llanto, alguna movilidad</td> <td>Llanto vigoroso</td> </tr> <tr> <td>Color</td> <td>Azul. pálido</td> <td>Cuerpo sonrosado, manos y pies azules</td> <td>Todo sonrosado</td> </tr> <tr> <td>APGAR</td> <td>Depresión severa</td> <td>Depresión moderada</td> <td>(Normal) Sin depresión</td> </tr> <tr> <td>Valores</td> <td>0 -3</td> <td>4-6</td> <td>7-10</td> </tr> </tbody> </table>	Signo	0	1	2	Frecuencia cardíaca	Ausente	<100	>100	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Regular y débil	Buena, llanto fuerte	Tono muscular	Flácido	Algunos movimientos	Movimientos activos	Reacción refleja	Sin respuesta	llanto, alguna movilidad	Llanto vigoroso	Color	Azul. pálido	Cuerpo sonrosado, manos y pies azules	Todo sonrosado	APGAR	Depresión severa	Depresión moderada	(Normal) Sin depresión	Valores	0 -3	4-6	7-10
Signo	0	1	2																															
Frecuencia cardíaca	Ausente	<100	>100																															
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Regular y débil	Buena, llanto fuerte																															
Tono muscular	Flácido	Algunos movimientos	Movimientos activos																															
Reacción refleja	Sin respuesta	llanto, alguna movilidad	Llanto vigoroso																															
Color	Azul. pálido	Cuerpo sonrosado, manos y pies azules	Todo sonrosado																															
APGAR	Depresión severa	Depresión moderada	(Normal) Sin depresión																															
Valores	0 -3	4-6	7-10																															

Término	Acrónimo	Definición
Cama censable		Su característica fundamental, es que genera un Egreso Hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.
Cama no censable		Su característica fundamental, es que no genera un Egreso Hospitalario; es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.
Cesárea		Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.
Certificado de defunción		Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.
Certificado de muerte fetal		Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.
Cirugía; (Intervención Quirúrgica)		Procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos, que se lleva a cabo dentro o fuera de una sala de operaciones.
Clasificación de Procedimientos en Medicina		Estándar de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (diagnóstico y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Para efectos de este manual se considera la versión vigente adoptada en nuestro país. CIE-9-MC.
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE	Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparación nacional e internacional. Para efectos de este manual, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE. CIE-10.
Clave Única de Establecimientos en Salud	CLUES	Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.

Término	Acrónimo	Definición
Clave de la edad		<p>Código que describe la unidad de tiempo en que se anota la edad del paciente. La clave puede ser :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - para edad en horas, en menores de 1 día (rango entre 1 a 23 horas), 1 - para edad en días para menores de 30 días (1 día a 29 días), 2 - para edad en meses, en menores de 1 año (1 mes a 11 meses) o 3 - para pacientes mayores desde 1 año de edad.
Cunero		<p>Es el lecho que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización o pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre. Ningún cunero se considera cama censable.</p>
Cunero patológico		<p>Es el lugar que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si se dan de alta con la madre o pasan a otra área resolutive para recién nacidos (unidad de cuidados intensivos neonatales, unidad de cuidados intermedios neonatales, entre otros) su característica principal es que es contabilizado como cama censable.</p>
Defunción fetal		<p>Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.</p>
Defunción materna		<p>Muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por sus causas accidentales o incidentales.</p>
Derechohabencia		<p>Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.</p>
Días estancia		<p>Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y hasta su egreso, se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabiliza cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.</p>
Días paciente		<p>Período de servicios prestados a un paciente interno, entre las horas en que se toma el censo diario, es decir, de 12.01 a.m. a 12.01 a.m. del día siguiente. El día-paciente se cuenta también para el individuo que ingresa y egresa el mismo día, siempre que ocupe una cama censable y se prepare una Historia Clínica.</p>
Distócico vaginal		<p>Se refiere al nacimiento por parto vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.</p>

Término	Acrónimo	Definición
Egreso hospitalario		Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.
Etnicidad		Pertenencia a un grupo cultural particular, cuyos miembros comparten la lengua, las creencias, costumbres, valores e identidad. El concepto de etnicidad no debe ser confundido con el de raza, que se refiere solo a distinciones físicas y corporales.
Eutócico		Se refiere al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación como sería la aplicación de maniobras.
Infección hospitalaria		Infección de algún sitio del cuerpo del paciente, que se atribuye al uso, atención y estancia en las instalaciones de la unidad hospitalaria. También conocida como infección adquirida en un hospital. Se debe diagnosticar y distinguir de las infecciones que afecten al paciente que no sean atribuidas a la unidad hospitalaria.
Gestación (Embarazo)		Se refiere al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta su resolución en parto o aborto. El número de gestación se refiere al número de embarazos que se haya tenido independientemente en lo que hayan terminado, incluyendo si al momento se encuentra con embarazo. La gestación o embarazo se suele medir en semanas. Para contar y establecer las semanas de gestación se parte desde la fecha de última menstruación antes del embarazo. Lo deseable es que los recién nacidos tengan al menos 37 semanas de gestación.
Lactancia exclusiva		Si el recién nacido recibió exclusivamente leche humana (incluyendo la extraída o de otra madre) abarca a aquellos bebés que además recibieron suero oral, gotas, jarabes (medicamentos o vitaminas), además de la leche humana, pero ningún otro líquido a alimento.
Médico Cirujano		Nombre del médico a quién oficialmente se responsabiliza y atribuye la realización de cualquier procedimiento quirúrgico con fines diagnósticos o terapéuticos, dentro o fuera de quirófano, con empleo o no de anestesia y que se especifica como parte de la atención durante la estancia actual del paciente.
Paciente referido		Paciente proveniente de otra unidad médica, pública o privada, para su atención hospitalaria.
Parto		Proceso por medio del cual se realiza la expulsión y/o extracción del(los) producto(s), la placenta y sus anexos por vía vaginal o abdominal.
Parto normal		Nacimiento por vía vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras.
Planificación familiar		Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. En la hoja de hospitalización en el apartado de atención obstétrica, se refiere a la opción de método anticonceptivo seleccionado, prescrito y aplicado en la aceptante post-evento obstétrico, es decir, de la paciente atendida por parto, cesárea o aborto.

Término	Acrónimo	Definición
Procedimientos médicos practicados		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para diagnosticar, atender, curar, prevenir o tratar las lesiones, las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.
Residencia habitual del paciente		Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) que tiene una persona, en donde duerme, come, prepara alimentos, se protege del medio ambiente y al que puede volver en el momento en que lo desee.
Servicio de corta estancia		Servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada para dar atención médica o quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables, por lo que no generan días estancia, ni días paciente y se otorgan en áreas destinadas para tal fin que presentan una alta rotación hospitalaria.
Servicio de hospitalización		Servicio que cuenta con camas para atender pacientes internos y proporcionar atención médica y cuidados continuos durante su estancia, aplicar procedimientos terapéuticos y diagnósticos.
Sistema de Información en Salud		Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención en salud y prestación de los servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, la que es sustento del proceso para la toma de decisiones.
Sistema de Protección Social en Salud		Esquema de seguro público y voluntario de salud coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas, mediante el cual es Estado proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social, garantizando el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación, a los servicios médicos-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y los que cubre el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. Se financia fundamentalmente mediante subsidio y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y con una contribución menor de los afiliados.
Subsecuencia		Aplica cuando el paciente ya había sido atendido con anterioridad en la unidad hospitalaria pero por la misma afección principal que provoco el internamiento actual, sin importar límite de tiempo.
Unidad Médica Hospitalaria		Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención hospitalaria integral a la población.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

REFERENCIAS

Bibliografía

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10^a. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS.
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
- NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Archivos anexos

Id.	Descripción	Nombre del archivo	Formato / Aplicación para su visualización
01	Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) Modelo 2017	Instructivollenado_Egresos_V2017	Adobe Acrobat Reader

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

La Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) tiene como objetivo principal captar la información tanto de los Egresos Hospitalarios, como los Servicios de Corta Estancia, atendidos en la unidad hospitalaria, esta se llena desde el ingreso y se concluye al egreso de cada paciente, en la cual se incluyen diversas variables de particular importancia, relacionadas con los diferentes episodios de la atención. La hoja de Hospitalización está conformada de seis apartados principales:

Una vez requisitada la forma, debe turnarse al departamento de estadística, quien deberá conservar las formas en el archivo clínico o estadístico de la unidad.

- Registro
- Paciente (Domicilio)
- Estancia (Afecciones tratadas, Procedimientos, Diagnósticos, Terapéuticos y Quirúrgicos, Violencia y/o Lesión)
- Atención Obstétrica
- Hospitales Psiquiátricos
- Profesional de la salud responsable

REGISTRO

En este apartado se captan los datos necesarios para la identificación del registro. Se compone de 2 variables:

- CLUES
- Folio

PACIENTE

El objetivo de este apartado es obtener los datos más relevantes para la identificación y caracterización sociodemográfica del paciente. Se compone de 31 variables:

- Nombre(s)
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Fecha de nacimiento
- Entidad de nacimiento
- Expediente
- Edad cumplida
- ¿Nació en Hospital? Pacientes menores a 3 meses

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

- Sexo
- Peso
- Talla
- Estado conyugal
- Afiliación a los servicios de salud
- Número de seguridad social o afiliación
- Gratuidad
- ¿Se considera indígena?
- ¿Habla alguna lengua indígena?
- ¿Cuál?
- Domicilio
 - Nombre de la vialidad
 - Número exterior
 - Número interior
 - Tipo de asentamiento humano
 - Nombre del asentamiento humano
 - Código Postal
 - Teléfono
 - Localidad
 - Municipio o Delegación
 - Entidad Federativa o País
 - Teléfono

ESTANCIA

El objetivo de este apartado es captar la información de la estancia de la hoja del servicio de hospitalización. Se compone de 32 variables:

- Ingreso
- Egreso
- Tipo de servicio
 - Hospitalización (Normal)
 - Corta estancia
- Servicios de hospitalización
 - De Ingreso
 - Segundo
 - Tercero
 - De Egreso
- Procedencia
- Motivo de Egreso
 - Curación
 - Mejoría
 - Voluntario

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Traslado a otra unidad médica
 - Nombre de la Unidad médica
 - CLUES
- Defunción
 - Ministerio Público
 - Folio del certificado de defunción
- Mujer en edad fértil
- Afecciones Tratadas:
 - Afección principal
 - Código CIE
 - Código CIE (sólo para tumores)
 - Primera vez / Subsecuente
 - Comorbilidades
 - Reselección de la Afección Principal
 - Código Adicional
 - Causa externa
- Infección intrahospitalaria
- Procedimientos, Diagnósticos, Terapéuticos y Quirúrgicos:
 - Descripción de cada uno de los procedimientos
 - Tipo de anestesia
 - Quirófano (Dentro/Fuera)
 - Tiempo uso de quirófano (Horas : Minutos)
 - Cédula profesional o CURP del médico responsable que realizó el procedimiento
 - Código CIE-9MC
- Violencia y/o Lesión
 - ¿Se llenó la hoja de lesiones?
 - Folio de la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión (SINBA-SEUL-17-P DGIS)

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

El objetivo de este apartado es registrar la información de la atención proporcionada a una mujer en edad fértil que haya tenido un evento obstétrico, consignando información de su historial ginecológico y datos del producto. Se compone de 17 variables:

- Historia ginecobstétrica
 - Gestas
 - Abortos
 - Partos
 - Cesáreas
- Edad gestacional

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Extracción o Expulsión
- Tipo de Atención
- Producto de un embarazo
- Tipo de parto
- Planificación familiar (PF)
- Datos de los productos
 - Condición al nacimiento
 - Condición del nacido vivo al egresar la madre
 - Folio certificado (nacimiento, defunción o muerte fetal)
 - APGAR a los 5min
 - Reanimación neonatal avanzada
 - Alojamiento conjunto
 - Lactancia exclusiva

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

El objetivo de este apartado es registrar la información de la atención proporcionada en los hospitales psiquiátricos, particularmente los datos concernientes a los datos de la estancia. Se compone de 2 variables:

- Tipo de unidad
- Servicios

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE

El objetivo de este apartado es registrar los datos del profesional de la salud responsable de la atención proporcionada durante la estancia hospitalaria, siendo médicos o enfermeras. Se compone de 4 variables:

- Profesional de la salud responsable
 - Nombre(s)
 - Primer Apellido
 - Segundo Apellido
 - CURP del Médico
 - Cédula Profesional
 - Firma

				INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016	

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN (SINBA-SEUL-14-P)

Instrucciones Generales

- La Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) debe llenarse en su totalidad, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen.
- La Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) será considerada válida, siempre y cuando, ésta incluya la firma del profesional de la salud responsable de la atención.
- Para el llenado de la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) a mano, debe escribir con letra de molde, clara y legible. Utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
- Cuando se cometa alguna equivocación al llenar la Hoja de Hospitalización, no deben hacerse tachaduras ni enmendaduras; para estos casos, debe destruirse la Hoja con error y proceder a llenar una nueva.
- En las preguntas de opción múltiple precodificadas se debe elegir sólo una opción, para seleccionarla debe circular la respuesta correcta.
- En las preguntas abiertas se debe escribir sin abreviaturas.
- Para las respuestas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9) y en los casos donde haya casillas debe anotarse un dígito por cada una de ellas, rellenando con ceros a la izquierda cuando sea necesario.
- El profesional de la salud que brindó la atención al paciente y firma la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P), es el único responsable de su contenido, por lo que se recomienda revisarla, llenarla cuidadosamente, plasmando información completa y veraz.
- Sin embargo, en el proceso de llenado, de acuerdo a la organización de la unidad médica, es posible la participación de otra área del hospital en el registro de los datos de identificación del paciente.
- Para los casos de haberse elaborado la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P) en formato electrónico, esta deberá imprimirse y firmarse por el profesional de la salud que brindó la atención y posterior a su captura anexarse al expediente clínico del paciente, conforme a la NOM-004-SSA3-2012 Expediente Clínico.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

REGISTRO

El objetivo de este apartado es la identificación de la unidad médica que presta la atención hospitalaria, por lo que su correcto llenado es importante. Se recomienda apoyarse del área de estadística.

CLUES (CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD)

Registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica que brinda la atención hospitalaria.

- Colocar un solo dígito en cada espacio.
- Si se desconoce la información, consultar al área de estadística de la unidad médica para obtenerla.

FOLIO

Esta variable debe ser gestionada por el responsable de estadística de la unidad médica, para distribución y control de los formatos. Será utilizada de acuerdo a la estrategia de uso marcada por la entidad federativa.

- El folio debe ser asignado a cada hoja previo a su distribución entre los médicos por la autoridad competente (responsable designado por la dirección general de la unidad).
- El folio tiene una longitud máxima de 8 caracteres, que deberá ser único para cada registro y el control de los folios será responsabilidad de cada unidad médica.

PACIENTE

El llenado de este apartado, es responsabilidad del personal del área de admisión de la unidad médica, quien se apoyará en el documento de identificación oficial que presente el paciente.

NOMBRE

Anotar el nombre completo del paciente, en el siguiente orden: Nombre(s), Primer Apellido y Segundo Apellido.

- El nombre del paciente debe anotarse exactamente igual a lo asentado en su Acta de Nacimiento, por lo que se recomienda copiarlo directamente de este documento o en su defecto, de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente el paciente.
- No utilizar abreviaturas, a menos que así se encuentre en el Acta de Nacimiento, identificación oficial o en el comprobante de identidad que presente el paciente.
- Cabe resaltar que el Acta de Nacimiento del paciente no es un requisito para la expedición de este documento, sin embargo si el paciente lo presenta, se le dará preferencia a lo asentado en ésta para la inscripción de su nombre.
- En caso de pacientes de los que no es posible saber su nombre, colocar en los tres espacios la palabra “Desconocido”.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

CURP

Se debe anotar la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente en los espacios correspondientes. Esta información es de vital importancia, por lo que debe agotar todas las opciones posibles para obtenerla. Este campo es obligatorio.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Para obtener la CURP puede consultar en la credencial de elector, en el expediente clínico o en la credencial de afiliación a los servicios de salud.
- Como último recurso debe acceder a la siguiente página web para obtenerla:
<http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/>

FECHA DE NACIMIENTO

Anotar el día, mes y año de nacimiento del paciente.

- La fecha de nacimiento que se anota debe ser la registrada en el Acta de Nacimiento o en su defecto de la identificación oficial o comprobante de identidad que presente el paciente.
- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando con ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9) y colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Cuando se desconozca la fecha de nacimiento del paciente, se debe anotar '9 9' para el día, '9 9' para el mes y '9 9 9 9' para el año.

ENTIDAD DE NACIMIENTO

Registrar la entidad donde haya nacido el paciente.

- En caso de ser extranjero, colocar el nombre del País de origen. Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, España, entre otros.
- Si esta información se desconoce, escribir la leyenda "SE IGNORA".

EXPEDIENTE

Anote el número de Expediente Clínico asignado al paciente dentro de la Unidad Médica.

- En caso que el número de expediente contenga alguno de los siguientes caracteres: /, -, _ , ., omitirlos del registro.
- Complete con ceros a la izquierda cuando sea necesario.

EDAD CUMPLIDA

Anotar en el espacio correspondiente la edad del paciente al ingreso según corresponda (en horas, días, meses o años):

- Para menores de una hora anotar los minutos, de 01 a 59. En caso de desconocer el número exacto de minutos anotar '99'.
- Para menores de un mes anotar los días, de 01 a 29. En caso de desconocer el

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

número exacto de días anotar '99'.

- Para menores de un año anotar los meses, de 01 a 11. En caso de desconocer el número exacto de meses anotar '99'.
- Si el paciente tiene al ingreso un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados para registrar los años de edad, utilizando ceros a la izquierda para los casos en que la edad del paciente no cubra los 3 espacios.
- En caso de desconocer el número exacto de años anotar '99'.

¿NACIÓ EN HOSPITAL? PACIENTES MENORES A 3 MESES

En niños menores de 3 meses.

- Indicar si el nacimiento ocurrió en el hospital donde está recibiendo la atención.

SEXO

Seleccionar el sexo del paciente

- Conforme a lo que se encuentre en el Acta de Nacimiento, identificación oficial, en el comprobante de identidad que presente el paciente estas opciones aplican para mayores de edad.
- En caso de existir duda sobre el sexo del paciente, se debe registrar el sexo resultado de la exploración física.
- En el caso de los pacientes que estén en clínica de intersexo con anomalías de los cromosomas sexuales anotar el fenotipo.

PESO

Anotar el peso del paciente medido al ingreso, expresado en kilogramos y gramos

- Registrar el peso exacto medido sin redondear.
- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9).
- En caso de peso en kilos, si es un número cerrado anotar 000 en gramos.
-  caso de peso en gramos (para recién nacidos), anotar con 000 en kilogramos.

TALLA

Anotar la talla del paciente medido al ingreso, expresado en centímetros.

- Registrar la talla exacta medida sin redondear al ingreso.
- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin datos, ni llenarse los espacios con nueves.
- Si mide menos de 100 cms., anotar un cero a la izquierda.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9).

ESTADO CONYUGAL

Es la situación conyugal en que se encuentra el paciente al momento de la atención.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Leer todas las posibles respuestas al paciente antes de seleccionar una opción.
- En caso de que esta información se desconozca, elegir la opción “Se ignora”.

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

El objetivo de esta variable es registrar la afiliación que el paciente declare.

- En caso de que el paciente manifieste tener 2 o más afiliaciones se debe dar prioridad a la afiliación que está prestando el servicio.
- Cuando el paciente no tiene afiliación a los Servicios de Salud, se debe seleccionar la opción “Ninguna”.
- Si se desconoce la información, elegir la opción “Se ignora”.
- Si el paciente no fue atendido por alguna de las instituciones a las que está afiliado, anotar el número de afiliación de la institución de la cual el paciente recibe las mayores prestaciones.
- Si el paciente cuenta con una afiliación diferente a las opciones del catálogo, se debe elegir la opción “Otra”.

NÚMERO DE AFILIACIÓN

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Registre el número de afiliación o número de Seguridad Social de la institución respectiva.
- En caso de que el paciente este afiliado al Seguro Popular debe anotar el dígito verificador.

GRATUIDAD

- Si seleccionó la opción “Otra” dentro de la afiliación, se debe indicar si cuenta con Gratuidad. (En los casos que aplique)

¿SE CONSIDERA INDÍGENA?

- Elegir “Si”, para el caso en que el paciente se reconozca o pertenezca a una población indígena. En caso contrario seleccionar la opción “No”.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción “Se ignora”.

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

- Independientemente si el paciente habla español o no se considera perteneciente a una población indígena. Elegir “Si”, para el caso en que el paciente hable alguna lengua indígena. En caso contrario seleccionar la opción “No”.
- Si esta información se desconoce, elegir la opción “Se ignora”.

¿CUÁL?

Registre el nombre de la lengua indígena (Maya, Náhuatl, Zapoteco, Mazahua, etc.)

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Debe quedar en blanco cuando en la pregunta anterior se haya seleccionado la opción “No sabe”.
- Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma como indígena o hable alguna lengua indígena serán considerados como tales.

DOMICILIO HABITUAL

Anotar el domicilio completo que permita la ubicación de la vivienda donde el paciente reside con el propósito de establecerse en ella (se presume el propósito de establecerse en un lugar, cuando se reside por más de seis meses en él); a falta de éste, anotar el domicilio de la vivienda donde puede ser localizado.

- En la medida de lo posible evite anotar ‘Domicilio Conocido’, ya que esto dificultará el seguimiento de los programas de salud y anotar el domicilio de algún comprobante.
- En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier variable de este apartado, escribir la leyenda “Se ignora”.
- Si requiere de mayor especificación de los componentes y características de la información que constituye el Domicilio Geográfico, consultar la ‘Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos’ (INEGI-DOF 12/XI/2010).

NOMBRE DE LA VIALIDAD

Sustantivo propio que identifica a la vialidad, es decir, cómo se llama la vialidad.

- No se deben usar abreviaturas.
Ejemplo: Licenciado Benito Juárez, Las Flores, Río Blanco, Paseo de la Reforma, Oriente 112, Poniente 12 A, entre otros.

NÚM. EXTERIOR

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en una vialidad.

- Ejemplo: 125, 1098, 572-A, Manzana 15, Lote 23, 57 Bis, entre otros.

NÚM. INTERIOR

Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número exterior.

- Ejemplo: 2, Local C, L-5, B, entre otros.

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO

Clasificación que se da al asentamiento humano.

- Privilegiar el registro de ‘Colonia’ sobre los demás tipos de asentamiento humano, siempre que esta exista.

Ejemplo: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Ciudad, Ciudad Industrial, Colonia, Condominio, Conjunto Habitacional, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Fraccionamiento, Granja, Hacienda, Ingenio, Manzana, Paraje, Parque Industrial,

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

Privada, Prolongación, Pueblo, Puerto, Ranchería, Rancho, Región, Residencia, Rinconada, Sección, Sector, Unidad, Habitacional, Villa, Zona Federal, Zona Industrial, entre otros.

NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO

Sustantivo propio que identifica al asentamiento humano.

- Ejemplo: Jardines del Lago, Centro, Villas Taurinas, Parque Residencial Coacalco, Alce Blanco, entre otros.

CÓDIGO POSTAL

Número que identifica al código postal, constituido por cinco dígitos, correspondiente a la residencia habitual del paciente.

- Anotar un dígito en cada espacio.
- Si el código postal es de 4 dígitos, anotar un cero a la izquierda.
- Ejemplo: 20267, 30487, 06600, entre otros.

LOCALIDAD

Registrar el nombre de la localidad correspondiente al domicilio habitual del paciente.

- Ejemplo: Ensenada, Santa Mónica, Villa de Arteaga, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda “Se ignora”.
- En caso de que el paciente resida en el extranjero, anotar la leyenda “Sin información”.

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

Registrar el nombre del municipio o delegación (para el caso de la CDMX) correspondiente a la residencia habitual del paciente. Ejemplo: Calvillo, Jerez, Acuña, Benito Juárez, Apodaca, Cuauhtémoc, Tuxtla Gutiérrez, entre otros.

- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda “Se ignora”.
- En caso de que el paciente resida en el extranjero, anotar la leyenda “Sin información”.

ENTIDAD FEDERATIVA

- Anotar el nombre de la entidad federativa que corresponde a la residencia habitual del paciente. Ejemplo: Morelos, Baja California Sur, Colima, entre otros.
- En caso de que el paciente resida en el extranjero, anotar el nombre del país donde reside. Ejemplo: Estados Unidos de América, Guatemala, Belice, Nicaragua, España, entre otros.
- Si se desconoce esta información, anotar la leyenda “Se ignora”.

TELÉFONO

Número telefónico donde se pueda localizar al paciente.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.

ESTANCIA

INGRESO

Anotar el día, mes y año de ingreso del paciente al hospital, ya sea al área de hospitalización o al servicio de Corta Estancia.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando con ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9) y colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Esta información no debe dejarse en blanco, ni llenarse con nueves.

EGRESO

Anotar el día, mes y año de egreso del paciente (salida del hospital), ya sea desde el área de hospitalización o desde el servicio de Corta Estancia.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando con ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2,..., 9) y colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Esta información no debe dejarse en blanco, ni llenarse con nueves.

TIPO DE SERVICIO

Seleccionar el servicio otorgado al paciente, según sea el caso: opción 1 = hospitalización (normal) u opción 2 = corta estancia.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

En caso de seleccionar en la variable tipo de Servicio la opción 1 Hospitalización, se deben especificar en este espacio, los servicios otorgados (donde estuvo internado el paciente) de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- DE INGRESO. Anotar el servicio al que ingresó el paciente en el área de hospitalización. Para mayor referencia de los posibles servicios de ingreso en el área de hospitalización ver la Figura 1.
- SEGUNDO. Si fuera el caso, anotar el segundo servicio al que pasó el paciente en el área de hospitalización, para continuar con su atención, es decir, el primer cambio de servicio después de su ingreso. El servicio anotado aquí no puede ser el mismo indicado como servicio de ingreso. Para mayor referencia de los posibles servicios ver la Figura 1.
- TERCERO. Si fuera el caso, anotar el tercer servicio al que pasó el paciente en el área de hospitalización, para continuar con su atención. El servicio anotado aquí no puede ser el mismo indicado como segundo servicio, sin embargo es posible que sea el mismo servicio de ingreso. Para mayor referencia de los posibles servicios ver la

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

Figura 1.

- **DE EGRESO.** Anotar el servicio por el que egresó el paciente del área de hospitalización, cuando el paciente ha estado en varios servicios, anote el último. El servicio anotado aquí puede ser cualquiera de los indicados anteriormente. Para mayor referencia de los posibles servicios de ingreso en el área de hospitalización ver la *Figura 1*.

<p>Caso clínico:</p> <p>Paciente masculino de 64 años de edad, con diagnóstico previo de diabetes mellitus, quien ingresa al hospital por el servicio de urgencias por un cólico biliar. Se decide su hospitalización al servicio de cirugía, siendo sometido a una laparotomía exploradora, presentando descompensación de la diabetes, por lo que posterior a este procedimiento pasa al servicio de medicina interna, unos días después presenta infección de la herida quirúrgica, por lo que regresa al servicio de cirugía, de donde se egresa por mejoría.</p>	<p>Ejemplo de registro correcto:</p> <p>Servicio de ingreso: Cirugía</p> <p>Segundo servicio: Medicina interna</p> <p>Tercer servicio: Cirugía</p> <p>Servicio de egreso: Cirugía</p>
--	--

Medicina interna:	Pediatría:	Ginecobstetricia:
Alergología	Alergología pediátrica	Biología de la reproducción
Angiología	Dermatología pediátrica	Ginecología
Cardiología	Endocrinología pediátrica	Ginecobstetricia
Cardiología intervencionista	Gastroenterología pediátrica	Medicina materno fetal
Dermatología	Genética pediátrica	Obstetricia
Endocrinología	Hematología pediátrica	Urología ginecológica
Gastroenterología	Infectología pediátrica	Otras especialidades:
Geriatría	Inmunología pediátrica	Anestesia
Hematología	Medicina Interna pediátrica	Estomatología
Infectología	Nefrología pediátrica	Genética
Inmunología	Neumología pediátrica	Medicina crítica
Medicina interna	Neurocirugía pediátrica	Medicina familiar
Nefrología	Neurología pediátrica	Oftalmología
Neumología	Oftalmología pediátrica	Ortopedia
Neurología	Oncología pediátrica	Otorrinolaringología
Oncología	Ortopedia pediátrica	Otra especialidad de adultos
Reumatología	Otorrinolaringología pediátrica	Patología
Cirugía general:	Psiquiatría pediátrica	Psiquiatría
Cirugía general	Rehabilitación pediátrica	Radio oncología
Cirugía bariátrica	Reumatología pediátrica	Radiología
Cirugía cardiovascular	Traumatología pediátrica	Rehabilitación
Cirugía colorrectal	Urología pediátrica	Traumatología
Cirugía de tórax	Anestesia pediátrica	
Cirugía endocrina	Cardiología Intervencionista Pediátrica	
Cirugía endoscópica	Cardiología Pediátrica	
Cirugía hepatobiliar	Cirugía cardiovascular pediátrica	
Cirugía maxilofacial	Cirugía colorrectal pediátrica	
Cirugía oncológica	Cirugía de tórax pediátrica	
Cirugía plástica	Cirugía endoscópica pediátrica	
Cirugía sin especificar	Cirugía general pediátrica	
Neurocirugía	Cirugía maxilofacial pediátrica	
Urología	Cirugía neonatal	
	Cirugía oncológica pediátrica	
	Cirugía plástica pediátrica	
	Estomatología pediátrica	
	Medicina crítica pediátrica	
	Neonatología	
	Otra especialidad pediátrica	
	Radio oncología pediátrica	
	Radiología pediátrica	

Figura 1. Servicios/Especialidades

PROCEDENCIA

Seleccionar el número que corresponda al servicio de procedencia del paciente a su ingreso a la unidad médica.

- En caso que el paciente sea referido de otra unidad médica, escribir el nombre de dicha unidad y especifique la Clave Única de Establecimientos de Salud CLUES.
- Cuando la procedencia no sea consulta externa, urgencias, cunero patológico o referido, circular la opción Otro y especificar el lugar en la línea respectiva.

MOTIVO DE EGRESO

Seleccionar el número que corresponda al motivo del egreso del paciente.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- En caso que el paciente pase a otro hospital, escribir el nombre de dicha unidad y especificar la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES) de esa unidad.
- Para una defunción:
 - Si el caso no ameritó notificación al Ministerio Público seleccionar la opción NO en la variable MP y registrar el número de folio del Certificado de Defunción respectivo.
 - Si el caso fue reportado al Ministerio Público (MP) seleccionar la opción Sí en la variable MP y dejar en blanco el número de folio del Certificado de Defunción respectivo.

MUJER EN EDAD FÉRTIL

Si el egreso corresponde a una mujer de 10 a 54 años, debe contestar sin excepción esta variable, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Circular la opción correcta según sea el caso: 1. EMBARAZO, 2. PUERPERIO (DE 0 A 42 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO) o 3. NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO
- Esta información no puede desconocerse. Si no es evidente y la paciente no puede responder debido a su estado de salud, debe consultar la historia clínica en caso de estar a disposición o preguntar a sus acompañantes.

AFECCIONES TRATADAS

En este apartado deben registrarse los principales diagnósticos emitidos al final de la atención.

La persona a cargo del tratamiento debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones que se van a registrar en cada episodio de atención de la salud. Un registro debidamente elaborado es esencial para dar buena atención al paciente y una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otras estadísticas sobre la morbilidad y otros problemas de salud.

Cada término diagnóstico debe ser tan informativo como sea posible, lo que ayudará a que la afección se clasifique en la categoría más apropiada.

- Para el registro de tumores, es muy importante determinar el sitio primario (topografía), así como anotar la morfología y el comportamiento del tumor. En caso de no ser posible conocer el sitio primario o la morfología específica del tumor, describa el sitio anatómico donde se encontró el tumor.
- En caso de tumores malignos, no debe registrar sólo “Cáncer”, ya que éste es un término genérico.
- Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que las originaron.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

<p>Ejemplo de registro poco específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Afeción principal: Apendicitis × Código CIE-10: K37 (Apendicitis, no especificada) <p>Ejemplo de registro específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afeción principal: Apendicitis aguda con absceso peritoneal ✓ Código CIE-10: K35.1 (Apendicitis aguda con absceso peritoneal) 	<p>Ejemplo de registro poco específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Afeción principal: Neoplasia × Código CIE -10: D48.9 (Tumor de comportamiento incierto o desconocido, de sitio no especificado) <p>Ejemplo de registro específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afeción principal: Adenocarcinoma pulmonar del lóbulo inferior ✓ Código CIE-10: C34.3 (Tumor maligno del lóbulo inferior, bronquio o pulmón) ✓ Código CIE-10 de morfología: M8251/3 (Adenocarcinoma alveolar)
<p>Ejemplo de registro poco específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Afeción principal: Fractura × Código CIE-10: T14.2 (Fractura de región no especificada del cuerpo) <p>Ejemplo de registro específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afeción principal: Fractura del cuello de fémur debido a una caída al resbalar en el pavimento grasoso. ✓ Código CIE-10 naturaleza de la lesión: S72.0 (Fractura del cuello del fémur) ✓ Código CIE-10 de causa externa: W014.0 (Resbalón en el pavimento) 	<p>Ejemplo de registro poco específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Afeción principal: Diabetes mellitus × Código CIE -10: E14.X (Diabetes mellitus no especificada) <p>Ejemplo de registro específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afeción principal: Diabetes mellitus tipo II con nefropatía ✓ Código CIE-10 (+): E11.2 (Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones renales) ✓ Código CIE-10 (*): N08.3 (Trastornos glomerulares en diabetes mellitus)

AFECCIÓN PRINCIPAL

Anotar la principal afección que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud y especificar si esta afección es la primera vez que se presenta en el paciente.

- Escribir de forma clara y precisa la afección principal, de acuerdo a lo siguiente:
 - La afección principal se define como la afección diagnosticada, al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos durante ese internamiento.
 - Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en vez de calificar un diagnóstico con términos tales como “posible”, “dudoso”, o “sospecha de”, que haya sido considerado pero no establecido.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

- Los episodios de atención o contacto con los servicios de salud no se limitan al tratamiento o investigación de episodios de enfermedad o traumatismo, existen casos en los que una persona que no está enferma en el momento requiere o recibe atención limitada o algunos servicios; los detalle de las circunstancias de tal episodio deben registrarse como la afección principal.
- Si es la primera vez que se diagnostica al paciente con la afección descrita como afección principal, seleccionar PRIMERA VEZ. En caso contrario seleccionar SUBSECUENTE.

COMORBILIDADES

Anotar otras afecciones o problemas que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud.

- Esas otras afecciones se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente.
- Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

<p>Caso clínico:</p> <p>Paciente femenino de 5 años de edad, con diagnóstico previo de leucemia linfoblástica aguda en tratamiento con quimioterapia quien acude al servicio de urgencia por dolor abdominal por lo que se ingresa al servicio de oncología pediátrica con diagnóstico de egreso de colitis pseudomembranosa y anemia.</p>	<p>Ejemplo de registro correcto:</p> <p>Afección principal: colitis pseudomembranosa</p> <p>Afecciones de comorbilidad: Primera: Leucemia linfoblástica aguda Segunda: Anemia</p>
---	--

CAUSA EXTERNA

Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, en esta variable debe describir, con el mayor detalle posible, las circunstancias, acontecimientos y condiciones que originaron la lesión, traumatismo envenenamiento, entre otros.

CÓDIGO CIE

Espacio destinado para el personal codificador, quien anotará el código CIE que corresponde a cada patología descrita, así como el código CIE para la reselección de la afección principal, resultado de la aplicación de las reglas para la codificación de morbilidad, mediante la cual se corrige el mal registro.

Nota (sólo para personal codificador):

- Si la afección principal re seleccionada resulta en un código de daga o asterisco, se seleccionará aquel que fue motivo de la atención y el otro se debe registrar el espacio de código adicional.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Si la afección principal re seleccionada corresponde a un tumor (C00 a D48) se debe registrar el código de la morfología adicional en el espacio “sólo para tumores”. Los códigos de morfología constan de 5 caracteres; los 4 primeros identifican el tipo histológico del tumor y el quinto indica su comportamiento. El código de comportamiento se encuentra posterior a la diagonal.
- Registrar el código que le corresponda a la causa externa en caso de que aplique.

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Si el paciente presentó una infección intrahospitalaria, circule la opción 1. Sí, en caso contrario marque la opción 2. No.

PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS

En este apartado deben registrarse los principales procedimientos que fueron practicados al paciente durante la atención de las afecciones tratadas en su estancia en el hospital.

- Registrar, en orden de importancia de aplicación, la descripción de cada uno de los procedimientos, asegurándose de incluir los detalles topográficos.
- Debe priorizar los procedimientos quirúrgicos, dado el consumo de recursos (físicos y humanos) que requieren, sin embargo es importante anotar también los procedimientos terapéuticos y diagnósticos.
- Incluir el registro de 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.
- Para cada procedimiento, si es el caso, registrar el número correspondiente al tipo de anestesia empleada de acuerdo a las opciones del catálogo “TIPO DE ANESTESIA”: 1.General, 2.Regional, 3.Sedación, 4.Local, 5.Combinada, 6. No usó.
- En caso de haber usado el quirófano:
 - Circular en la columna “QUIRÓFANO” la opción 1.DENTRO
 - En la columna “QUIRÓFANO” registrar el tiempo incurrido, en horas y minutos en el formato HH:MM, usando la escala de 24 horas. Completar ceros a la izquierda cuando se requiera, colocar un sólo dígito en cada espacio y utilizar números arábigos (0, 1, 2,...,9). Esta información no debe dejarse en blanco, ni llenarse con nueves.
 - Registrar la cédula profesional o CURP del médico responsable que realizó el procedimiento, dándole preferencia a la cédula de especialidad.
- En caso de no haber usado el quirófano, seleccionar la opción “FUERA” en la columna “QUIRÓFANO”.
- En caso de no haber usado el quirófano, en la columna “QUIRÓFANO”, circular la opción 2 “FUERA”.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

CÓDIGO CIE-9MC

Espacio destinado para el personal codificador, quien anotará el código de la Clasificación de Procedimientos (CIE-9-MC) que corresponde a cada procedimiento descrito.

VIOLENCIA Y/O LESIÓN

Seleccionar la opción 1. “Sí” en caso de que la Hoja de atención por violencia y/o lesión haya sido llenada, en caso contrario elegir la opción 2. “No”.

FOLIO DE LA HOJA DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN

Si se selecciona la opción 1. “Sí” en la variable anterior “Violencia y/o Lesión” se debe anotar el número de folio correspondiente a la “Hoja de registro de atención por Violencia y/o Lesión”. Este folio debe ser asignado por el hospital para la identificación de la Hoja de registro de atención por Violencia y/o Lesión.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

En este apartado debe registrarse la atención obstétrica otorgada dentro del hospital.

GESTAS

Anotar el número del total de embarazos (gestas) que ha tenido la mujer a lo largo de su vida, incluyendo el actual, sin importar el término de los mismos. Se debe contestar sin excepción esta variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Incluir: productos nacidos vivos, productos nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos.
- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, después de agotar todas las instancias para obtenerla, se debe anotar ‘9 9’.

ABORTOS

Anotar el número de abortos que ha tenido la mujer de su total de embarazos. Se debe contestar sin excepción esta variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, después de agotar todas las instancias para obtenerla, se debe anotar ‘9 9’.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

PARTOS

Anotar el número de partos que ha tenido la mujer de su total de embarazos. Sin importar la condición del producto al nacimiento (vivo o muerto). Se debe contestar sin excepción está variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, después de agotar todas las instancias para obtenerla, se debe anotar '9 9'.

CESÁREAS

Anotar el número de cesáreas que ha tenido la mujer de su total de embarazos. Sin importar la condición del producto al nacimiento (vivo o muerto). Se debe contestar sin excepción está variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.
- Si esta información se desconoce, después de agotar todas las instancias para obtenerla, se debe anotar '9 9'.

EDAD GESTACIONAL

Anotar el tiempo medido en semanas, transcurrido desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que ocurre la expulsión del producto del cuerpo de la madre (ya sea nacido vivo o nacido muerto). Se debe contestar sin excepción está variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Colocar un sólo dígito en cada espacio.

EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN

Seleccionar la opción 1. Sí cuando el producto haya sido extraído o expulsado durante el proceso de atención hospitalaria, en caso contrario elegir la opción 2. No. Se debe contestar sin excepción está variable, cuando la mujer haya ingresado en estado de embarazo al hospital, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

Las siguientes variables de este apartado (desde "Tipo de Atención" hasta "Lactancia Exclusiva") sólo se deben contestar cuando la respuesta a la pregunta anterior "Expulsión o Extracción" sea 1. Sí. En caso contrario, es importante que sean canceladas, para lo anterior cruce con una línea diagonal el cuadro correspondiente a cada variable.

TIPO DE ATENCIÓN

Seleccionar la opción 1 en caso de que la atención recibida haya sido resultado de un "Aborto" o Seleccionar la opción 2 en caso de que la atención recibida haya sido resultado

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

de un “Parto” en cuyo caso debe llenar la variable “Tipo de Parto”.

TIPO DE PARTO

Seleccionar el tipo de parto según la atención recibida: 1. Eutócico, 2. Distócico Vaginal y 3. Cesárea.

PRODUCTO DE UN EMBARAZO

Indicar si el nacido vivo es producto de un embarazo único, gemelar, de tres o más.

- Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.
- En caso de ser un parto gemelar o de tres o más, considerar el total de productos de la gesta, independientemente de su condición de supervivencia; es decir, todos los productos deben ser tomados en cuenta a pesar de que uno o más hayan nacido muertos, o hayan fallecido antes de la expedición de los Certificados.

Nota: Si el embarazo es gemelar o de tres o más, se debe registrar el folio del Certificado de Nacimiento para cada producto nacido vivo. En caso de nacido muerto se debe registrar el folio del Certificado de Muerte Fetal o en caso de defunción de un nacido vivo registrar el folio del Certificado de Defunción.

DATOS DE LOS PRODUCTOS

Anotar los datos de todos y cada uno de los productos independientemente de la condición de nacimiento (nacido vivo o nacido muerto) de este evento.

CONDICIÓN AL NACIMIENTO

Seleccionar la opción 1 si el producto extraído o expulsado nació muerto o la opción 2 cuando el producto extraído o expulsado nació vivo.

CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE

Seleccionar la opción 1 si el nacido vivo se da de alta con la madre, seleccionar la opción 2 si el nacido vivo permanece hospitalizado y la opción 3 si ocurre defunción del nacido vivo.

FOLIO DEL CERTIFICADO (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)

Anotar el folio del certificado que corresponda según la condición del nacido al egresar la madre.

- Para folio del certificado de nacimiento, si el nacido vivo se da de alta con la madre o permanece hospitalizado, se debe registrar los primeros 5 dígitos en caso de que se trate de un Certificado Electrónico de Nacimiento (CeN), de lo contrario si se trata de un certificado tradicional se debe registrar el folio en las nueve casillas.
- Para folio del Certificado de Defunción, si el nacido vivo muere durante la atención, se debe registrar el folio en las nueve casillas.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- Para folio del Certificado de Muerte Fetal, si nace muerto el producto, se debe registrar el folio en las nueve casillas.
- En caso de que el nacido vivo muera durante la atención y por tanto cuente con un certificado de nacimiento y uno de defunción, registre en las nueve casillas el que corresponda al certificado de defunción esto siempre y cuando el producto fallezca previo a su ingreso al servicio de hospitalización.

APGAR A LOS 5MIN

Registrar la calificación obtenida por el nacido vivo, de acuerdo a las condiciones generales de salud presentadas a los 5 minutos del nacimiento.

- Esta calificación se determina valorando cinco criterios simples: coloración de la piel, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio. Consultar los “Términos y Definiciones” para el detalle de la medición.
- La puntuación final tiene una escala de 0 a 10, donde el 0 indica un estado patológico y el 10 un buen estado de salud.
- Completar con cero a la izquierda si la calificación final es de un dígito.

REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA

Seleccionar la opción 1. “Sí” cuando el nacido vivo requiere reanimación neonatal avanzada o la opción 2. “No” si sólo se proporcionaron maniobras de reanimación neonatal básica.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Si el recién nacido compartió con su madre de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que fueron atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos y facilitó la lactancia para la madre, seleccione la opción 1. “Sí”, en caso contrario seleccione la opción 2. “No”.

LACTANCIA EXCLUSIVA

Si el recién nacido recibió exclusivamente leche humana (incluye extraída o de otra madre) abarca a aquellos bebés que además recibieron suero oral, gotas, jarabes (medicamentos o vitaminas), además de la leche humana, pero ningún otro líquido a alimento. Seleccione la opción 1. “Sí” si fue este al caso, de lo contrario seleccione la opción 2. “No”.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Seleccionar el método anticonceptivo elegido por la paciente posterior al parto:

- 0 Ninguno
- 1 Hormonal Oral
- 2 Inyectable Mensual
- 3 Inyectable Bimestral
- 4 Implante Subdérmico
- 5 Dispositivo Intrauterino

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- 6 Preservativo Femenino
- 7 Preservativo Masculino
- 8 Diu Medicado
- 9 Parche Dérmico
- 10 Otb
- 11 Vasectomía
- 12 Otro

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

Este apartado sólo aplica en caso de que la atención proporcionada sea en Hospitales Psiquiátricos con tipología “Y” que corresponde a Hospital Psiquiátrico (Incluyendo granjas) de acuerdo al catálogo de CLUES.

TIPO DE UNIDAD

Seleccionar el tipo de unidad psiquiátrica en donde se brinda la atención al paciente. Opción 1. Hospital Continuo, opción 2. Hospital Parcial y opción 3. Unidad de Cuidados Especiales.

TIPO DE SERVICIOS

Seleccionar el tipo de servicio psiquiátrico otorgado al paciente durante su estancia en la unidad hospitalaria.

- En caso de Hospital Continuo, seleccionar alguna de las siguientes opciones: 1. Paidopsiquiatría, 2. Psiquiatría, 3. Psicogeriatría, 4. Unidad de desintoxicación, 5. Villa psiquiátrica y 6. Otros.
- En caso de Hospital Parcial, seleccionar alguna de las siguiente opciones: 1. Día, 2. Noche, 3. Fin de semana y 4. Otros.

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE

Este apartado se debe llenar con los datos del profesional de la salud que proporciono la atención y avala la información contenida en la “Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P)”.

- Es importante mencionar que esta hoja se debe llenar por personal médico o de enfermería.
- Anotar Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido del personal responsable de la atención.
- Anotar la CURP del profesional de la salud responsable de la atención, siendo esta variable obligatoria. Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.
- Anotar la Cédula del profesional responsable de la atención, se debe llenar en todos los casos en el que el personal de la salud ya cuente con una cédula profesional, sólo en el caso de pasantes o médico interno de pregrado, sólo llenar la CURP.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SEUL-14-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre 2016

- El profesional de la salud responsable del llenado del formato, debe plasmar su firma autógrafa en este espacio, haciendo constar que es el responsable de la información contenida en el documento. La hoja de hospitalización se considerará inválido sin esta firma.