



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA
HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE
URGENCIAS
(SINBA-SEUL-16-P)
MODELO 2017

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 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 Diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-16-P) Modelo 2017”.

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 DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

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	5
Justificación	6
Términos y Definiciones	7
REFERENCIAS	10
Bibliografía	10
Archivos anexos	10
HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS (SINBA-SEUL-16-P)	11
DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS	12
REGISTRO	12
PACIENTE	12
ESTANCIA	13
AFECCIONES TRATADAS	13
INTERCONSULTA	14
PROCEDIMIENTOS	14
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	14
MÉDICO RESPONSABLE	14
INSTRUCCIONES DE LLENADO HOJA DIARIA DE SERVICIO DE URGENCIAS (SINBA-SEUL-16-P)	16
Instrucciones Generales	16
REGISTRO	17
PACIENTE	17
ESTANCIA	21
AFECCIONES TRATADAS	24
INTERCONSULTA	26
PROCEDIMIENTOS	26
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	27
MÉDICO RESPONSABLE	27

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
		CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X, de la Ley General de Salud, le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud, y en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de los integrantes del SNS.

La atención ambulatoria hospitalaria sobre motivos de demanda por Urgencia Médica, brindada en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud, genera información durante la estancia del paciente en los hospitales de las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Se define como Urgencia Médica el alta de un paciente de los servicios de esta área en particular. Puede ser vivo o por defunción.

Las estadísticas de Urgencias Médicas, 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. Son 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 Diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) cuyo formato de registro es parte del Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones de SINBA.

Durante la estancia del paciente en el área de Urgencias Médicas, será atendido por varios Médicos, siendo el que dé el alta quien llene el formato “Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P)” vigente.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

Audiencia

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

- **Médico tratante del paciente.-** responsable del llenado de los datos contenidos en los apartados de “paciente”, “estancia”, “afecciones tratadas”, ya que es el único que puede emitir diagnósticos. Así como también los apartados de “procedimientos realizados”, y el de los “medicamentos suministrados” durante la atención en el servicio de urgencias. Asimismo registra los datos de las interconsultas solicitadas a otros servicios de la unidad médica durante la atención del paciente.
- **Responsable de los servicios.-** responsable de supervisar el correcto llenado de los apartados de la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) y mejorar la calidad del llenado conforme a las indicaciones mencionadas en este instructivo. Adicionalmente verifica que la hoja diaria del Servicio de Urgencias sea entregada a la brevedad al área correspondiente para su captura.
- **Codificador.-** responsable de efectuar la codificación de las afecciones anotadas por el médico responsable en el formato Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) y la re selección de la afección principal con base en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE y la clasificación de procedimientos de la CIE-9-MC, así como la codificación de medicamentos.
- **Personal de Estadística.-** es el responsable de la captura de la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P), integración de la información y del envío conforme al calendario estadístico establecido a su autoridad inmediata superior. Adicionalmente es el responsable de turnar el formato de la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) posterior a su captura al archivo clínico.
- **Responsable de Archivo Clínico.-** es el responsable de ubicar la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) en el lugar que defina la unidad médica para su resguardo.

Alcance

Disponer de información sobre la forma en que se presentan y atienden los distintos episodios de atención en el área de urgencias en las unidades hospitalarias, consolidándola para la toma de decisiones en las distintas áreas dentro y fuera de la institución, desde la cobertura geográfica de cada unidad médica hasta el nivel nacional o internacional.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

Justificación

En cumplimiento a lo previsto NOM-035-SSA3-2012 la estadística de urgencias médicas 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.

Adicionalmente, proporciona indicadores de urgencias médicas atendidas de acuerdo a la morbilidad e índice de letalidad y sirve como cruce de información con otros subsistemas como egresos hospitalarios, Lesiones y Causas de Violencia, Defunciones y Nacimientos.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
		CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

Términos y Definiciones

Para los fines de este Instructivo y el registro de la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-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
Afección reseleccionada		Es la afección que ingresará al sistema y participará en la generación de estadística por causa única.
Antibiótico tratamiento de IRA que incluye antibiótico		Sustancia que limita o impide el desarrollo de las bacterias. Tratamiento del padecimiento que incluye la prescripción de algún medicamento contra bacterias. El uso de antibiótico está limitado solo a unos casos de infecciones respiratorias, ya que está descrito que la mayoría no son de origen bacteriano, si no viral.
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.
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 permita la comparación nacional e internacional. Para efectos de esta Guía, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE.
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.
Comorbilidad		Son las otras afecciones que estuvieron presentes en el proceso de atención de la urgencia médica.
Cama de Choque		Cama ubicada en el área de choque destinada a la atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, generalmente ubicada en urgencias.
Cama de Observación		Cama instalada en la Consulta Externa destinada a pacientes que requieren quedar bajo supervisión médica y enfermería, para fines de diagnóstico o de tratamiento durante un período menor a 24 horas.

Término	Acrónimo	Definición
Clave de la edad		Código que describe la unidad de tiempo en que se anota la edad del paciente. La clave puede ser : 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.
Derechohabencia		Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica de la 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.
Deshidratación		Falta o pérdida excesiva de líquidos en el cuerpo. En los niños con diarrea el estado de hidratación se clasifica en: sin deshidratación, con deshidratación, y choque por deshidratación. Según la clasificación del estado de hidratación es el tipo de esquema o plan de rehidratación.
Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA's)		Enfermedades diarreicas en general pero de menos de dos semanas de duración, de diversos orígenes. En los niños la diarrea puede causar deshidratación, en cuestión de horas que puede comprometer la vida, mayormente si también tienen desnutrición. Es importante que en plan de tratamiento de las diarreas se prescriba un esquema de rehidratación.
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's)		Padecimientos infecciosos de las vías respiratorias o parte del aparato respiratorio (desde resfriado común en la nariz o hasta neumonía en los pulmones) de menos de 15 días de duración causadas por virus, bacterias u otro microorganismo. Comúnmente las neumonías graves inician con signos y síntomas leves de resfriado. En los niños la neumonía compromete la vida, sobre todo si también tienen desnutrición.
Médicos tratantes (Interconsultas)		Además del médico responsable, son los médicos que atendieron o valoraron al paciente, incluyendo a otros médicos de urgencias o interconsultantes pero solo durante la atención de urgencias.
Número de sobres		Número de sobres de Vida Suero Oral que se otorgaron para la atención del niño con diarrea. Cada sobre contiene ingredientes en polvo para preparar una solución especial llamada Vida Suero Oral, que es el suero oficial de rehidratación vía oral.
Plan		Es el tipo de plan de tratamiento de las diarreas en los niños, cada tipo de plan incluye un esquema definido de rehidratación en los niños y está en función del estado de deshidratación en el que se encuentren. El plan A es para pacientes sin deshidratación y se previene dando 3 sobres. El plan B es cuando tiene datos de deshidratación y se da suero vía oral con horario especial. El plan C es para pacientes con choque (graves) por deshidratación y se administra soluciones intravenosas. Los planes de tratamiento también incluyen recomendaciones importantes para los padres.
Sintomático (tratamiento sintomático)		Tratamiento del padecimiento que se dirige y limita a mejorar los síntomas, como el dolor o fiebre. Esta opción de tratamiento no usa antibiótico.
Procedimientos médicos		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud en el servicio de urgencias.
Residencia habitual del paciente		Lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.



Término	Acrónimo	Definición
Motivo de la atención (Accidente, envenenamiento y violencia)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de un accidente, envenenamiento y violencia)
Motivo de la atención (medica)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de una enfermedad.
Motivo de la atención (gineco- obstétrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado del embarazo, parto o puerperio.
Motivo de la atención (pediátrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron dirigidas a un paciente pediátrico menor de 19 años.
Urgencia Calificada		Problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que se atendió en el área de urgencias, que pone en riesgo la vida, órgano, tejido o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.
Urgencia No calificada		Problema de salud que se atendió en el área de urgencias que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

REFERENCIAS

Bibliografía

- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Archivos anexos

Id.	Descripción	Nombre del archivo	Formato / Aplicación para su visualización
01	Hoja Diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) Modelo 2017	Instructivollenado_Urgencias_V2017	Adobe Acrobat Reader

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

La Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) tiene como objetivo principal captar la información de las atenciones otorgadas en este servicio. Está conformada de ocho apartados principales:

- Registro
- Paciente (Domicilio)
- Estancia
- Afecciones tratadas
- Interconsulta
- Procedimientos
- Medicamentos Suministrados
- Médico 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 características sociodemográficas del paciente. Se compone de 22 variables:

- Nombre(s)
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Fecha de nacimiento
- Entidad de nacimiento
- Edad cumplida
- Sexo
- Afiliación a los servicios de salud
- Número de afiliación
- Gratuidad
- Domicilio

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

- 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 / País
- Teléfono

ESTANCIA

El objetivo de este apartado es captar la información de la estancia en la hoja diaria del servicio de urgencias. Se compone de 16 variables:

- Fecha y hora de ingreso
- Tipo de urgencia
- Atención prehospitolaria
- Tiempo de traslado
- Traslado transitorio
 - Nombre de la unidad médica
 - CLUES
- Motivo de atención
- Tipo de cama
- Fecha y hora de alta
- Alta por (enviado a)
 - Hospitalización
 - Consulta externa
 - Traslado a otra unidad
 - Nombre de la unidad médica
 - CLUES
 - Domicilio
 - Defunción
 - Ministerio Público
 - Folio del certificado de defunción

AFECCIONES TRATADAS

El objetivo de este apartado es registrar los diagnósticos emitidos al final de la atención. Se compone de 3 variables:

- Afección principal

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

- Comorbilidades
- Código CIE
- Reselección de la Afección Principal

INTERCONSULTA

El objetivo de este apartado es captar la información de las especialidades interconsultadas, durante el servicio de urgencia del paciente. Se compone de 6 variables:

- Ninguna
- Especialidad
- Médico Interconsultante
 - Nombre(s)
 - Primer Apellido
 - Segundo Apellido
 - Cédula o CURP

PROCEDIMIENTOS

En este apartado deben registrarse los principales procedimientos que fueron practicados al paciente durante la atención de las afecciones tratadas en el servicio de urgencias. Se compone de 2 variables:

- Procedimiento
- Código CIE-9-MC

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

En este apartado deben registrarse los medicamentos que fueron suministrados al paciente durante el servicio de urgencias. Se compone de 5 variables:

- Medicamento (Nombre genérico y presentación)
- Código de medicamentos
- Para menores de 5 años
 - IRAS – Infecciones Respiratorias Agudas (sintomático o Con antibiótico)
 - EDAS – Enfermedad Diarreica Aguda (Plan)
 - Número de sobres

MÉDICO RESPONSABLE

En este apartado deben registrarse los datos del médico responsable del servicio de urgencias. Se compone de 6 variables:

- Médico Responsable
 - Nombre(s)



- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- CURP del Médico
- Cédula Profesional
- Firma

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
		CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

INSTRUCCIONES DE LLENADO HOJA DIARIA DE SERVICIO DE URGENCIAS (SINBA-SEUL-16-P)

Instrucciones Generales

- La Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) debe llenarse en su totalidad, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen.
- La Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) será considerada válida, siempre y cuando esta incluya la firma del médico responsable.
- En caso de que se cometa alguna equivocación al llenar la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P), no deben hacerse tachaduras ni enmendaduras, ya que ello invalida el documento; para estos casos, debe utilizar otro formato.
- En las preguntas de opción múltiple precodificadas se debe seleccionar solo una opción, para seleccionarla debe circular la respuesta correcta.
- En las preguntas abiertas se debe escribir sin abreviaturas, con letra de molde, clara y legible.
- 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.
- La persona que llene y firme la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) es la única responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz.
- Para el llenado de la Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) a mano, debe escribir con tinta, con letra de molde, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares o lápices, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

REGISTRO

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

CLUES (CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD)

Registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica que brinda la atención en el servicio de urgencias.

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

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.
- El control de los folios será responsabilidad de cada unidad médica.

PACIENTE

Para el llenado de este apartado, debe interrogar al paciente y solicitar el documento de identificación para la validación de los datos.

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 la identificación oficial o comprobante de identidad que presente y de ser posible del nombre que este asentado en el Acta de Nacimiento.
- No utilizar abreviaturas, a menos que así se encuentre en la identificación oficial, en el comprobante de identidad que presente el paciente o en el Acta de Nacimiento.
- 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 DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

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.

- 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 debe anotarse exactamente igual a lo asentado en la identificación oficial o comprobante de identidad que presente y, de ser posible la fecha de nacimiento que está asentada en el Acta de Nacimiento.
- 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".

EDAD CUMPLIDA

Anotar en el espacio correspondiente la edad del paciente 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 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 un año de edad o más al ingreso, 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'.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

SEXO

Seleccionar el sexo del paciente

- Conforme a lo que se encuentre en la identificación oficial, en el comprobante de identidad que presente el paciente y de ser posible el consignado en el Acta de Nacimiento; 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.

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 a 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)

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

DOMICILIO

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, Rio 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, 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.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

LOCALIDAD

Registrar el nombre de la localidad correspondiente a la residencia 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 / PAÍS

- 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.

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

ESTANCIA

FECHA Y HORA DE INGRESO

Anotar el día, mes, año, hora y minutos del ingreso del paciente al área de urgencias.

- 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.
- Registrar la hora y minutos en el formato HH:MM, usando la escala de 24 horas. Completar con 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.

TIPO DE URGENCIA

Seleccionar el tipo de Urgencia Médica, atendida durante el actual episodio de atención.

- La opción 1 = Urgencia Calificada
- La opción 2 = Urgencia no Calificada

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Seleccionar el número que responda a si recibió atención prehospitalaria: Si = 1, No = 2.

TIEMPO DE TRASLADO

En el caso de haber marcado 1 en la opción anterior, se debe anotar en formato hora y minutos del tiempo que transcurrió desde el inicio de esta atención y el arribo a la Unidad Médica.

- Registrar la hora y minutos en el formato HH:MM, usando la escala de 24 horas. Completar con 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.

TRASLADO TRANSITORIO

El objetivo de esta variable es anotar aquellos pacientes que se trasladan a otra unidad durante su atención en el servicio de urgencias con fines de diagnóstico o tratamiento pero que regresan a la unidad médica de origen.

Seleccione la opción 1=Sí en caso de haber traslado al paciente y regresado a la unidad médica de origen. De lo contrario seleccione la opción 2= No.

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA DE TRASLADO TRANSITORIO

En caso de haber seleccionado la opción 1 = Sí en la variable “Traslado transitorio”, anotar el nombre de la Unidad Médica a la que fue trasladado, para su posterior regreso a la Unidad Médica de origen.

CLUES (CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD) DE LA UNIDAD MÉDICA DE TRASLADO TRANSITORIO

En caso de haber seleccionado como destino del paciente la opción 1 = Sí en la variable “Traslado transitorio”, registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica de traslado.

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

MOTIVO DE ATENCIÓN

Seleccionar el motivo que generó la atención en el servicio de urgencias: opción 1 = Accidente, Envenenamiento y Violencia, opción 2 = Médica, opción 3 = Gineco-obstétrica, opción 4 = Pediátrica.

TIPO DE CAMA

Seleccionar el tipo de cama utilizado durante la atención al paciente en el área de urgencias: opción 1 = Cama de Observación, opción 2 = Cama de Choque, y opción 3 = Sin cama.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

FECHA Y HORA DE ALTA

Anotar el día, mes, año, hora y minutos correspondientes al momento del alta del paciente del servicio de urgencias.

- 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.
- Registrar la hora y minutos en el formato HH:MM, usando la escala de 24 horas. Completar con 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.

ALTA POR (ENVIADO A)

Seleccionar el destino del paciente en el momento del alta del servicio de urgencias: opción 1 = Hospitalización, opción 2 = Consulta externa, opción 3 = Traslado a otra unidad, opción 4= Domicilio, opción 5= Defunción, opción 6= Fuga, opción 7= Voluntad propia.

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA

En caso de haber seleccionado como destino del paciente la opción 3 = Traslado a otra unidad, anotar el Nombre de la Unidad Médica al que fue referido.

CLUES (CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD) DE LA UNIDAD MÉDICA

En caso de haber seleccionado como destino del paciente la opción 3 = Traslado a otra unidad, registrar la CLUES correspondiente a la unidad médica de referencia.

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

DEFUNCIÓN

En caso de haber seleccionado en Alta por opción 5 = Defunción , se debe considerar lo siguiente:

- Si el caso no ameritó notificación al Ministerio Público seleccionar la opción No en la variable MP y se debe 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 la atención en el servicio de urgencias corresponde a una mujer de 10 a 54 años, debe contestar sin excepción esta variable, independientemente del motivo de atención y afecciones tratadas.

- Seleccionar 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

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

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 la origina.

Ejemplo de registro poco específico: <ul style="list-style-type: none"> × Afección principal: Apendicitis × Código CIE-10: K37 (Apendicitis, no especificada) 	Ejemplo de registro poco específico: <ul style="list-style-type: none"> × Afección principal: Neoplasia × Código CIE -10: D48.9 (Tumor de comportamiento incierto o desconocido, de sitio no especificado)
Ejemplo de registro específico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afección principal: Apendicitis aguda con absceso peritoneal ✓ Código CIE-10: K35.1 (Apendicitis aguda con absceso peritoneal) 	Ejemplo de registro específico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afección 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)
Ejemplo de registro poco específico:	Ejemplo de registro poco específico:

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

<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) 	<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 afeción que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud.

Escribir de forma clara y precisa la afeción principal, de acuerdo a lo siguiente:

- La afeción principal se define como la afeción 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 afeción así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos durante ese evento.
- Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afeción principal, en vez de calificar un diagnóstico con términos tales como “posible”, “dudoso”, o “sospecha de”, que haya sido considerado pero no establecido.

COMORBILIDADES

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

- 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</p>	<p>Ejemplo de registro correcto:</p> <p>Afeción principal: colitis pseudomembranosa</p> <p>Afecciones de comorbilidad: Primera: Leucemia linfoblástica aguda Segunda: Anemia</p>
--	---

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1	FECHA DEL DOCUMENTO: Octubre de 2016

seudomembranosa y anemia.	
---------------------------	--

CÓDIGO CIE-10

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.

INTERCONSULTA

En este apartado debe registrar las interconsultas realizadas durante la atención del paciente en el servicio de urgencias dentro de la unidad médica.

- En caso de no haber realizado ninguna interconsulta seleccionar la opción= Ninguna.
- Para el caso de haber realizado interconsultas registrar:
 - Las especialidades interconsultadas.
 - El nombre completo del médico que realiza la interconsulta, en el siguiente orden: Nombre(s), Primer Apellido y Segundo Apellido.
 - Cédula profesional o CURP:
 - Se debe registrar la cédula profesional del médico que realiza la interconsulta, solo en caso de médicos pasantes o internos de pregrado anotar su Clave Única de Registro de Población (CURP) en los espacios correspondientes.
 - Esta información es de vital importancia, por lo que debe agotar todas las opciones posibles para obtenerla.
 - Colocar un sólo dígito en cada espacio.
 - Para obtener la CURP puede consultar en la credencial de elector.
 - Como último recurso debe acceder a la siguiente página web para obtenerla: <http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/>

PROCEDIMIENTOS

En este apartado debe registrar todos los procedimientos que fueron practicados al paciente durante la atención de las afecciones tratadas en el servicio de urgencias.

- Registrar, en orden de importancia de aplicación, la descripción de cada uno de los procedimientos, asegurándose de incluir los detalles topográficos.

CÓDIGO CIE-9MC

Espacio destinado para el personal codificador, quien anotará el código de la Clasificación de Procedimientos (CIE-9-MC) que corresponde a todos y cada uno de los procedimientos descritos.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - MODELO 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA SEUL-16-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.1

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Para el llenado de este apartado considere registrar todos los medicamentos que se suministren al paciente durante su estancia en el servicio de urgencias así como los entregados al momento del alta.

- Anotar el nombre genérico de la sustancia activa completo (sin abreviaturas)
- Evitar escribir nombres comerciales o marcas.
- Registrar posterior al nombre genérico la presentación correspondiente describiendo la forma farmacéutica y la dosis.

CÓDIGO DE MEDICAMENTOS

Espacio destinado para el personal codificador o responsable de anotar el código de los medicamentos que corresponde a los descritos.

PARA MENORES DE 5 AÑOS - IRAS

Espacio destinado para indicar qué tipo de tratamiento se prescribe en caso de una Infección Respiratoria Aguda (IRAS) durante la estancia en el servicio de urgencias.

- Seleccionar opción 1=“Sintomático” y opción 2=“Con Antibiótico”.

PARA MENORES DE 5 AÑOS - EDAS

Espacio destinado para indicar que tipo de plan de hidratación se otorgó en caso de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) durante la estancia en el servicio de urgencias.

- Seleccionar opción A, B o C.

NÚMERO DE SOBRES

Anotar el número de sobres de vida suero oral de la OMS proporcionados en el servicio de urgencias y de acuerdo a la opción seleccionada del plan de hidratación en caso de Enfermedad Diarreica Aguda.

- En caso de seleccionar opción “C” no se debe especificar número de sobres.

MÉDICO RESPONSABLE

Este apartado se debe llenar con los datos del médico responsable que proporcionó la atención y avala la información contenida en la “Hoja diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P)”.

- Es importante mencionar que esta hoja se debe llenar por personal médico.
- Anotar Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido del médico responsable de la atención.
- Anotar la CURP del médico responsable de la atención, siendo esta variable obligatoria. Esta información no puede desconocerse y no debe dejarse sin respuesta.



- Anotar la cédula del médico responsable de la atención, se debe llenar en todos los casos en el que el personal médico ya cuente con una cédula profesional, sólo en el caso de pasantes o médico interno de pregrado, solo llenar la CURP.
- 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 Diaria del Servicio de Urgencias (SINBA-SEUL-SS-16-P) se considerará inválida sin esta firma.