

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

**SIS-SS-14-P**

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
<p><b>GENERALIDADES</b></p> <p>Requisitos</p> <p>Responsable del llenado</p> <p>Manejo de la forma</p> <p>Llenado de la forma</p> <p>Fuente de llenado</p>	<p>Se registrará en este formato, tanto los Egresos Hospitalarios, como los Servicios de Corta Estancia, atendidos en la Unidad Hospitalaria. Se Entenderá por Egreso Hospitalario, al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización, que implica la desocupación de una cama censable. Por Servicios de Corta Estancia, al servicio hospitalario destinado para dar atención médica o quirúrgica a pacientes durante el día.</p> <p>Personal de admisión, urgencias, tocoquirúrgica, quirófano y hospitalización responsables de la atención al paciente.</p> <p>Utilice una hoja para cada paciente que ingresa al hospital, incluyendo pacientes que ingresan y egresan el mismo día y el servicio de corta estancia.</p> <p>El llenado del formato debe iniciarse desde el momento en que se decide la hospitalización o el manejo en corta estancia del paciente.</p> <p>A su egreso complete el llenado de la forma y revísela. El egreso debe ser registrado y cargado al último servicio del cual el paciente egresa.</p> <p>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.</p> <p>Utilice letra legible de molde y tinta para el requisitado de la información; sólo es necesario llenarla en original. Para las opciones de las variables que están precodificadas, la respuesta debe circularse en el número que corresponda sin ser obstruido, para facilitar la captura.</p> <p>La fuente para el llenado es el expediente clínico del paciente y el certificado de defunción, cuando así ocurra.</p>

**SIS-2013**

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

**SIS-SS-14-P**

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
<p><b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b></p> <p>Folio</p> <p>Unidad</p> <p>CLUES</p>	<p>Registrar desde la admisión, o ingreso al servicio de hospitalización.</p> <p>Esta variable será llenada por el codificador y será utilizada de acuerdo a la estrategia de uso, marcada por la Entidad Federativa.</p> <p>Anote el nombre de la unidad médica; en caso de que esta sea una unidad psiquiátrica, especificar, el tipo de unidad y el tipo de servicio.</p> <p>Esta variable será llenada por el codificador. Apegándose al Catálogo de Unidades Médicas, relacionado con la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).</p>
<p><b>DATOS DEL PACIENTE Y RECIÉN NACIDO</b></p> <p>Nombre</p> <p>Edad cumplida al ingreso</p> <p>¿Nació en el hospital?</p> <p>Sexo</p> <p>Derechohabiente</p> <p>Talla</p> <p>Peso</p>	<p>Registrar desde la admisión, o ingreso al servicio de hospitalización.</p> <p>Anote el nombre completo del paciente, en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).</p> <p>Registre con números arábigos la edad cumplida del paciente. Sólo emplee el renglón según corresponda (en horas, días, meses o años).</p> <p>En caso de que el paciente, tenga a lo más tres meses de nacido, circule Si = 1, No = 2, para el paciente que haya nacido o no en esta unidad hospitalaria.</p> <p>Circule el número que corresponda al sexo del paciente: Masculino = 1, Femenino = 2.</p> <p>Circule el número correspondiente a la institución en la que el paciente tiene seguridad social.</p> <p>Para todo paciente, registre la talla, medida en centímetros, al ingreso al servicio de hospitalización.</p> <p>Para todo paciente, registre el peso en kilogramos al ingreso a la unidad hospitalaria. 1Kg. Será el peso mínimo aceptado.</p>

**SIS-2013**

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SIS-SS-14-P

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Afiliación al SPSS	En caso de que el paciente pertenezca al Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud, SPSS) solicite su número de filiación y anótelos. Caso similar para aquellos pacientes que cuenten con Seguro de Gratuidad.
Residencia habitual	Anote el nombre de la Entidad Federativa, Municipio y Localidad, en donde se ubica el domicilio permanente del paciente.
Expediente	Anote el número de Expediente Clínico asignado al paciente, dentro de la Unidad Hospitalaria.
C.U.R.P.	Solicite al paciente su número de Clave Única del Registro de Población (CURP) y anótelos.
<b>VARIABLES DE ETNICIDAD</b>	<b>Para todos los pacientes atendidos.</b>
¿Pertenece a un Grupo Indígena?	Circule la respuesta que el paciente da a esta pregunta en particular.
Habla o entiende alguna lengua indígena	Circule el número que corresponda a la opción indicada en función a que este paciente hable o entienda alguna lengua indígena.
Cual es la lengua indígena que habla o entiende	Identifique en base al catalogo publicado en la parte posterior de la Hoja de Hospitalización, la lengua que el paciente habla o entiende. En caso de no encontrar la opción deseada, circule 99.
Habla español	En caso de que el paciente hable alguna lengua indígena, identifique si el paciente habla Español.
<b>DATOS DE LA ESTANCIA</b>	
Ingreso Egreso	Anote con números arábigos la fecha de ingreso y egreso del paciente, al ingresar ya sea a hospitalización o al servicio de Corta Estancia, en el siguiente orden: día, mes, año. (en los días y meses menores de 10, anotar un cero a la izquierda).
Normal	Circule además en el espacio correspondiente al servicio "Normal" o "Corta Estancia" según sea el caso.

SIS-2013

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

**SIS-SS-14-P**

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Corta estancia	<p>Considere como corta estancia a los servicios que se otorgan en unidades hospitalarias a partir de un área creada, con ese propósito y así reconocida por el hospital, cuya característica esencial en la prestación de este servicio es que los pacientes tienen su ingreso programado, saliendo el mismo día, sin utilizar cama censable. En este servicio se otorgan atenciones para la curación de estados morbosos, la realización de procedimientos quirúrgicos y/o la atención de nacimientos. En caso de que el hospital no cuente con este servicio o programa, considere siempre todos los servicios como normales.</p>
Servicio	<p>Anote el nombre(s) del(os) servicio(s) en que permaneció, por motivos de salud, el paciente en hospitalización.</p>
De ingreso	<p>El servicio asignado al momento del ingreso al hospital.</p>
Segundo	<p>El servicio ocupado en segunda instancia, en hospitalización, es decir, primer cambio de servicio después de su ingreso.</p>
Tercero	<p>El servicio ocupado en tercera instancia.</p>
De egreso	<p>El servicio del cual el paciente egresa del hospital, es decir, cuando el paciente ha estado en varios servicios anote el último.</p>
Estancia en servicios de apoyo	<p>Para cada uno de los servicios enunciados anote el número de horas en que permaneció el paciente. Siempre redondear al número entero inmediato superior.</p>
Sala de labor	<p>El uso de sala de labor y de sala de expulsión, sólo se reporta en caso de atención obstétrica.</p>
Sala de expulsión	
Sala de recuperación	
Terapia intensiva	
Terapia intermedia	
Procedencia	<p>Circule el número que corresponda al servicio de donde procedía el paciente a su ingreso. En caso de que el paciente sea referido de otra Unidad Hospitalaria, ambulatoria, Centro de Salud o Unidad Privada, especifique la correspondiente Clave Única de Establecimientos de Salud CLUES.</p>

**SIS-2013**

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SIS-SS-14-P

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Motivo del egreso  <b>AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)</b>	Circule el número que corresponda al motivo del egreso del paciente. En caso de que el paciente pase a otro hospital, especificar la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES) de esa unidad.
Afección principal	Anote la causa fundamental que ocasionó o provocó el internamiento del paciente.
Afecciones tratadas	Anote los diagnósticos finales al egreso del paciente. El motivo esencial de atención o afección principal, y las afecciones secundarias que fueron tratadas en orden de importancia. Es primordial destacar que en cada línea debe anotarse un sólo diagnóstico; en la primera la causa fundamental que ocasionó el internamiento o bien que consumió la mayoría de los recursos durante la hospitalización.
Código CIE-10	Esta variable la llena el codificador, quien asignará un código a cada uno de los diagnósticos descritos por el médico y seleccionará la afección principal, con base en la CIE-10.
Primera vez	Circule el número que corresponda si el paciente es atendido por primera vez o es subsecuente respecto a la afección principal, en la Unidad Hospitalaria.
Subsecuente	Aplica para aquellos pacientes que ya han sido atendidos previamente por la misma afección principal, en esta misma Unidad Hospitalaria, sin importar período de tiempo alguno.
Reselección afección principal	Incluir el código de la afección que se reselecciona como la principal, de acuerdo a la atención brindada en este episodio de hospitalización. El código deberá estar basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.
Infección intrahospitalaria	Circule el espacio correspondiente, con relación a la presencia o ausencia del alguna infección intrahospitalaria, al egreso del paciente.
Código CIE-10	Esta variable la llena el codificador, quien asignará el código a la infección intrahospitalaria descrita por el médico, con base en la CIE-10.

SIS-2013

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

**SIS-SS-14-P**

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS Y/O QUIRÚRGICOS</b>	Anote el nombre de cada uno de los procedimientos practicados al paciente, por orden de importancia de aplicación, en la atención de los diagnósticos tratados durante la estancia del paciente.
Tipo de anestesia	Anote el número, de acuerdo a lo que indica la parte inferior del recuadro, del tipo de anestesia que se aplicó al paciente para cada procedimiento.
Quirófano	Marque con "X" si se efectuaron dentro o fuera del quirófano, y el tiempo de uso del quirófano, en horas y minutos.
Código CIE-9 MC	Esta variable la llena el codificador, para cada uno de los procedimientos médicos.
<b>DEFUNCIÓN</b>	Esta sección se utiliza en caso de que el motivo de egreso sea por defunción.
Ministerio público	En caso de que el difunto haya sido trasladado al Ministerio público, se circulará la opción 1 = Si, sin recolectar el folio del Certificado de Defunción. En caso contrario circular la opción 2 = No.
Folio del certificado	Anote el folio completo del certificado de defunción.
Causa de la defunción	
Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	La consignación de las causas de muerte así como el intervalo de tiempo debe ser transcripción exacta del certificado de defunción.
Código CIE-10	Esta variable la llena el Codificador, anotando el código para cada causa y la selección de la causa básica.

**SIS-2013**

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SIS-SS-14-P

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
<p><b>ATENCIÓN OBSTÉTRICA</b></p> <p>Número de gestaciones, partos y abortos</p> <p>Extracción o expulsión</p> <p>Tipo de atención Aborto Parto</p> <p>Semanas de gestación</p> <p>Con producto</p> <p>Tipo de nacimiento</p> <p>Eutócico</p> <p>Distócico vaginal</p> <p>Cesárea</p> <p>Planificación familiar</p>	<p>Anote el número de gestaciones, partos y/o abortos, contabilizando el evento actual, que la paciente ha tenido en su etapa productiva.</p> <p>Especifique si dentro de la atención obstétrica tratada, la paciente expulsa el producto vía parto o aborto. Identifique si existe expulsión de producto en el evento obstétrico.</p> <p>Circule el número correspondiente según se haya tratado de un aborto o parto.</p> <p>Aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas o la expulsión de un producto que pesa menos de 500 grs. (pase a la opción de planificación familiar). En ambos casos se anotará lo correspondiente en el apartado de datos del producto.</p> <p>Anote el número de semanas completas (sin fracciones) en el momento de la expulsión o extracción del producto, contadas a partir del primer día de la última menstruación. Incluya también los datos de productos procedentes de abortos.</p> <p>Circule si en el evento se obtuvo producto único o múltiple.</p> <p>Circule según corresponda el tipo de nacimiento.</p> <p>Se entiende por eutócico el parto atendido sin incidencias o complicaciones, como maniobras, procedimientos o medicamentos para inducto-conducción.</p> <p>Distócico vaginal es el parto resuelto por vía vaginal mediante inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.</p> <p>Cesárea es la extracción del feto, placenta y membranas ovulares a través de una incisión en la pared abdominal.</p> <p>Circule si a la paciente además de la atención obstétrica, se le insertó DIU, se le ministró un método hormonal, se le practicó oclusión tubaria, se le insertó el implante subdérmico o algún otro método de planificación familiar.</p>

SIS-2013

# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SIS-SS-14-P

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Datos del producto	Requisitar de preferencia en el área donde se atendió el parto. Para la consignación de los datos solicitados en este apartado, emplee un renglón para cada producto.
Peso al nacer (gramos)	Anote el peso del (o los) producto(s) en el momento del nacimiento, en gramos.  <b><i>A partir de esta sección se registra la información sólo para la atención de un nacimiento, es decir, excluir a los resultados de la atención de abortos.</i></b>
Sexo	Circule el sexo del producto según corresponda: 1 = Masculino 2 = Femenino 9 = No especificado.
Condición al nacimiento	Circule el número correspondiente al estado del producto al momento de la extracción o expulsión del cuerpo de la madre.
Muerte fetal	Se refiere a los productos de la concepción que después de la expulsión o extracción del cuerpo de la madre, no respiran ni manifiestan cualquier otro signo de vida.
Nacido vivo	Producto de la concepción que después de la separación del cuerpo de la madre, respira o muestra cualquier otro signo de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de algún músculo de contracción voluntaria, haya sido cortado o no el cordón umbilical y esté o no adherida la placenta.
Para todo nacido vivo	
Folios del certificado de nacimiento	Capture el folio del Certificado con el que se registra al recién nacido vivo en la Unidad Hospitalaria.
APGAR a los cinco minutos	Anotar el valor resultante de la medición de signos del recién nacido a los cinco minutos, respecto a la escala de APGAR.
Reanimación neonatal avanzada Si No	Circule la respuesta que corresponda a la aplicación o no de técnicas de reanimación neonatal avanzada, las cuales contemplan aspiración traqueal, compresión toraxica, intubación orotraqueal, oxígeno compresión positiva, entre otras.

SIS-2013



# INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

**SIS-SS-14-P**

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Estancia en cunero (horas)	Anotar el número de horas que el recién nacido vivo permaneció en cunero, antes de ser dado de alta con la madre o ingresar a hospitalización.
Condición del nacido vivo al egresar la madre	Llenar al egreso de la madre, o si el producto es dado de alta conjuntamente con la madre, o si permanece en un servicio de hospitalización de la unidad o si el Recién Nacido ha muerto.
<b>LESIÓN</b>	Llenar esta sección para los casos en que la atención brindada sea consecuencia de causa accidental, violenta o envenenamiento.
Descripción	Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo que dieron origen a la lesión.
Código CIE-10	Esta variable la llena el codificador, anotando el código seleccionado para la causa externa en base a la CIE-10.
Intencionalidad	Circule el número correspondiente a la intencionalidad de la lesión.
Sitio de ocurrencia	Circule el número correspondiente al lugar de ocurrencia.
<b>HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS</b>	<b>Solo para Hospitales Psiquiátricos.</b>
Tipo de unidad	Identificar el tipo de unidad psiquiátrica en donde se brinda la atención al paciente.
Servicios Psiquiátricos	Circule el tipo de servicio psiquiátrico otorgado al paciente durante su estancia en la unidad hospitalaria.
Catalogo de lenguas indígenas	Como apoyo a la recolección de información, la Hoja SIS-SS-14-P, cuenta con un catalogo de lenguas indígenas para su fácil identificación. En caso de que el paciente hable alguna otra lengua indígena o no se conozca esta con exactitud, se seleccionará 99=No especificado.
Nombre del médico responsable	Anote el nombre completo y firma del Médico responsable de la atención al egreso del paciente.

**SIS-2013**