

INSTRUCTIVO DE LLENADO “INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO”

1. Nombre y Código Establecimiento: Coloque código asignado al Establecimiento según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada: www.deis.cl - recursos para la salud.

2. Egreso N°: Es el número interno correlativo anual (de enero a diciembre) de cada Establecimiento.

3. N° Historia Clínica: Registre el número de la Historia Clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

4. Nombre: Escriba con letra legible: primer apellido, segundo apellido y los nombres (en ese orden) del (de la) paciente que se hospitaliza.

5. Tipo de Identificación: seleccione el N° de la alternativa que corresponde a la identificación del (de la) paciente, en caso de:

RUN: Anote en los casilleros cada número que corresponde al Rol Único Nacional del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.

Pasaporte u otro Documento, en el caso de pacientes extranjeros(as):

Anote en los casilleros el número de pasaporte, si no posee dicho documento, registrar el Documento de Identificación de su país de residencia.

Indocumentado: Marcar esta opción solo: si finalizado el período de hospitalización, no es posible obtener algún medio de verificación de identidad del (de la) paciente.

6. Sexo: Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo del (de la) paciente.

7. Fecha de Nacimiento: Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) paciente, en la modalidad dd, mm, aaaa (Ej.- 2 de Octubre de 1996: 02 10 1996).

8. Edad: Registre numéricamente la edad del paciente.

9. Unidad Medida de la Edad: Registre en la siguiente modalidad: 1 (años) si el (la) Paciente tiene uno o más años; 2 (meses) si tiene uno o más meses de vida y menos de un año; 3 (días) si tiene uno o más días de vida y menos de 1 mes.; 4 (horas) si tiene menos de 24 horas de vida.

10. Pueblo Originario Declarado: La pregunta al (a la) paciente o familiar responsable debe ser: ¿Pertenece Ud. (el Paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: Alacalufe o Kawáshkar, Atacameño o Lickan Antay, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana o Yagán? Registre el número que corresponda al pueblo originario referido por el Paciente Ej.: si el (la) paciente dice pertenecer a alguno de estos pueblos originarios, marque cual, del 1 al 9. Registre “0” si el Paciente declara no pertenecer a ninguno, “10” si el paciente no sabe a qué pueblo originario pertenece, “11” otro pueblo originario declarado y “12” si no responde a la pregunta. El grupo Mapuche comprende los términos Mapuche, Pehuenche, Lafkenche y Huilliche.

11. Nacionalidad del (de la) paciente: Debe registrar el nombre del país correspondiente a la nacionalidad, incluyendo la chilena.

12. Categoría Ocupacional: Seleccione una de las opciones del (de la) paciente: Activo, Inactivo o Cesante, una vez seleccionada registrar la opción que corresponda. En el texto libre registre la Ocupación del (de la) paciente.

Activo: población ocupada laboralmente; **Inactivo:** población laboralmente no ocupada;

Cesante: toda persona que sin tener trabajo, se encuentra disponible para trabajar y ha buscado activamente una ocupación en un período de referencia determinado.

13. Nivel de Instrucción: Registrar el nivel de instrucción de una persona, el ciclo de enseñanza completo más complejo al que ha accedido la persona.

14. Teléfono fijo: registrar el número de teléfono de red fija, para contactar al (a la) paciente.

15. Teléfono móvil: registrar el número de teléfono celular o móvil, para contactar al (a la) paciente.

16. Correo electrónico: registrar la dirección de correo electrónico, para contactar al (a la) paciente.

17. Domicilio: Elija la vía de residencia del (de la) paciente): Calle, Avenida, Pasaje u Otra y luego registre con letra clara y legible: Nombre, Número y Resto de Dirección (Ej. Avenida Sotomayor N° 1032, Edificio C, Depto. 3, Villa Silvestre, El Belloto.)

18. Comuna de Residencia: Escriba el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio del (de la) paciente. (Ej.-Siguiendo con el ejemplo del N° anterior: localidad El Belloto, la Comuna es Quilpué). La lista de códigos puede ser consultada en el sitio www.deis.cl - estandares y normativas.

19. Previsión en Salud: Marque el N° correspondiente a la clase de previsión de salud que tiene el Paciente. Ej. Si el Paciente es beneficiario de FONASA, registre 1.

20. Clase de Beneficiario FONASA: Registre la letra que corresponde al tramo FONASA al que pertenece el (la) paciente.

21. Modalidad de Atención: Marque 1 si el (la) paciente se atiende bajo la Modalidad Atención Institucional (MAI) o marque 2 si el (la) paciente opta por la Modalidad Libre Elección. (MLE).

22. Otras Leyes Previsionales o Programas Sociales: se refiere a Leyes o Programas Sociales que modifican o eximen los montos a cancelar por el usuario: Marque 1 para Accidente de Transporte, 2 para Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional, 3 para Accidente Escolar, 4 Ley 19.650/99 de Urgencia, 5 PRAIS, 8 Otro Programa o 9 GES. Si el Paciente tiene Previsión en Salud, indicada en el punto 19.- pero es atendido por “Otras Leyes Previsionales o Programas Sociales”, marque ambas opciones.

23. Procedencia del Paciente: Anote el número que corresponda al lugar de derivación o procedencia que está refiriendo al Paciente para su hospitalización.

24. Establecimiento de Procedencia: Si el Paciente ingresa derivado desde un establecimiento de atención primaria u otro establecimiento, registrar nombre y código de dicho establecimiento. La lista de códigos puede ser consultada: www.deis.cl - recursos para la salud.

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

25. Ingreso: Registre la hora del ingreso con la modalidad hh-mm, Ej: la 1 ½ de la madrugada, debe registrar 01 30, a continuación anote la fecha del ingreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida escriba el nombre y el código de Agrupación de Camas donde se hospitaliza (según REM-20).

26. Primer Traslado: Anote la fecha en que se produce el primer traslado, el nombre y el código de la Agrupación de Camas a la que se traslada.

27, 28 y 29. Segundo, Tercero y Cuarto Traslado*: Proceda de igual forma que en el número 26.

30. Egreso: Registre la hora del egreso con la modalidad hh-mm, a continuación anote la fecha del egreso, con la modalidad dd-mm-aa. Seguido escriba el nombre y el código de la Agrupación de Camas de donde egresa.

31. Días de Estada: Debe registrar el número total de días que el Paciente estuvo hospitalizado, que es el resultado de la diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso.

32. Condición al Egreso: Se debe marcar 1 ó 2 según sea el caso.

33. Diagnóstico Principal: El médico o profesional tratante debe consignar en letra clara, legible y evitando siglas, el diagnóstico principal, es decir la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la Salud, la causante primaria de la necesidad de Tratamiento o Investigación que tuvo el Paciente. A la derecha, Estadística debe codificar dicho diagnóstico de acuerdo a la CIE 10.

34. Causa Externa: Debe llenarse solamente cuando se trate de Traumatismos o Envenenamientos Accidentales o Intencionales (CIE-10, códigos S00-T98). Se debe consignar aquí, la causa (externa) que originó el diagnóstico principal. El código CIE 10 será asignado por Estadística.

35 y 36*: Otro diagnóstico: Aquella afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención, afectando el tratamiento del paciente, Estadística debe codificar dicho diagnóstico con la CIE 10.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

37*. Orden en el nacimiento: en caso de nacimiento múltiple, registrar los datos requeridos en el orden que ocupa el recién nacido en el período de alumbramiento.

38. Condición al nacer: registre según corresponda: 1 Vivo o 2. Muerto.

39. Sexo: según corresponda registre 1) Hombre y/o 2) Mujer y/o 3) Indeterminado.

40. Peso en gramos: registre en gramos el peso del recién nacido, Ej. 3 kgs, 250 gramos, anote: 3.250.

41. Apgar a los 5 minutos: Registrar la puntuación del Apgar a los 5 minutos después del nacimiento.

42. Anomalía congénita: El médico o profesional tratante debe registrar si el (los) recién nacido(s) presenta(n) alguna(s) anomalía(s) congénita(s).

DATOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

43. Intervención Quirúrgica: Anote en el casillero, “1” si hubo intervención quirúrgica o “2”, si no hubo intervención quirúrgica.

44. Intervención Quirúrgica Principal: Si marcó 1. en el punto anterior, escriba con letra legible y evitando siglas el nombre de la Intervención Quirúrgica Principal.

45*. Otra Intervención Quirúrgica: Si corresponde, registre otra intervención quirúrgica a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE

46. El médico o profesional que otorga el alta debe registrar: Nombre: primer apellido, segundo apellido y nombres.

47. Especialidad: Registre la especialidad o subespecialidad del médico o profesional tratante.

48. RUN: Anote en los casilleros cada número que corresponde al Rol Único Nacional del Médico o Profesional que firma el alta del (de la) paciente.

49. Correo Electrónico: Registre la dirección de correo electrónico del médico o profesional que firma el alta del (de la) paciente.

Firma: Este documento debe firmarlo el Médico o Profesional que otorga el alta.

* La aplicación informática del DEIS permite ingresar: 9 traslados, 10 otros diagnósticos, 6 recién nacidos, 20 intervenciones quirúrgicas.