

REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
 DIVISIÓN JURÍDICA
 DIVISIÓN POLÍTICAS PÚBLICAS
 JBO/AHP/DSC/BMG/VRQ/ABG/PFN

MINISTERIO DE HACIENDA
 OFICINA DE PARTES
 RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL
 TOMA DE RAZON
 RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

APRUEBA 168 NORMA GENERAL TÉCNICA
 N° 168
 SOBRE USO DE FORMULARIO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

EXENTO N° 541 /

SANTIAGO, 30 MAYO 2014

VISTOS:

Estos antecedentes; lo dispuesto en los artículos 6°, 7°, 32 N° 6, 33 inciso primero y 35 de la Constitución Política de la República de Chile; lo establecido en los artículos 1°, 2° y 4° del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los artículos 47 y 49 del Código Sanitario; en los artículos 5°, 6°, 8°, 9°, 10°, 25 y 27 del Decreto N° 136 de 2004, de esta cartera, que aprueba el Reglamento del Ministerio de Salud; lo expuesto por la Jefa del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de esta Secretaría de Estado en Memorandum B52/N° 24, de 03 de abril de 2014; en el Decreto N° 28, de 6 de mayo de 2009, del Ministerio de Salud; y lo indicado en la Resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

2. Que, el Ministerio de Salud debe cumplir con las tareas que le conciernen en cuanto a proponer políticas, formular planes y programas de salud, para lo cual es necesario conocer el perfil y la tendencia de morbilidad de las personas que se hospitalizan, a fin de asignar recursos a la atención hospitalaria, apoyar la toma de decisiones de directivos y profesionales sectoriales e intersectoriales, aportar información para formular, controlar y evaluar planes y programas de salud, construir indicadores de calidad de la atención hospitalaria, proporcionar información para estimar

ciertos indicadores necesarios para el diagnóstico, analizar la situación de salud de la población y cumplir los acuerdos internacionales en relación a contar con información comparable respecto a esta actividad.

3. Que, en consecuencia, corresponde al Ministerio de Salud dictar la Norma Técnica sobre uso de formulario "informe estadístico de egreso hospitalario".

4. Que, en mérito de lo anterior, dicto el siguiente

DECRETO

1°.- APRUEBASE la Norma General Técnica N° **168** sobre uso del Formulario "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario" instrumento requerido para la producción de información estadística sobre causas de Egreso Hospitalario y Variables Asociadas, compuesta por la Norma General Técnica y el Formulario "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario", ambos instrumentos elaborados por el Ministerio de Salud.

2°.- ESTABLÉZCASE que la norma que se aprueba en virtud de este acto administrativo, consta en un documento de 7 páginas, que se adjunta, y forma parte del presente decreto, cuyo original, debidamente visado por el Subsecretario de Salud Pública, se mantendrá en poder del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, de la citada Subsecretaría del Ministerio de Salud.

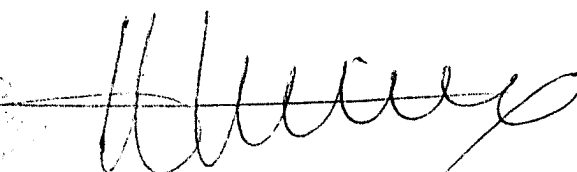
3°.- REMÍTASE, una vez finalizada su tramitación, un ejemplar de la Norma General Técnica sobre uso del Formulario "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario", a los Servicios de Salud, Establecimientos Autogestionados de Salud, Establecimientos Experimentales y a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud de todo el país, quienes deberán remitirla a su vez a los establecimientos de salud de su jurisdicción, los Servicios de Salud; en el caso de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a los establecimientos de salud privados de su territorio, Mutuales, establecimientos de salud de las FF.AA. y de orden y Gendarmería de Chile.

4° DÉJASE sin efecto el Decreto Exento N°1671, de 23 de noviembre de 2010, del Ministerio de Salud que fijaba el texto de la Norma General Técnica que establece uso del Formulario "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario" para la Producción de Información Estadística sobre Causas de Egreso Hospitalario y Variables Asociadas.

5°.- PUBLÍQUESE, para su adecuado conocimiento y difusión, en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, el texto que contiene la Norma General Técnica sobre Uso de Formulario "Informe Estadístico De Egreso Hospitalario", debiendo además la Subsecretaría de Salud Pública asegurar que sus copias y reproducciones sean idénticas al texto original que se aprueba por este acto.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

POR ORDEN DE LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA



DR. HELIA MOLINA MILMAN
MINISTRA DE SALUD

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD



168

**NORMA GENERAL TÉCNICA QUE RIGE
LA UTILIZACIÓN DEL FORMULARIO
"INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO
HOSPITALARIO".**

Editores:

Andrés Álvarez A.

Patricia Moyano D.

Ximena Carrasco F.

Con la colaboración del Centro Chileno de Referencia en Clasificaciones de Salud
abril, 2014

1. Antecedentes.

El Ministerio de Salud debe cumplir con las tareas que le conciernen en cuanto a proponer políticas, formular planes y programas de salud, para lo cual es necesario conocer el perfil y la tendencia de morbilidad de las personas que se hospitalizan a fin de asignar recursos a la atención hospitalaria, apoyar la toma de decisiones de los directivos y profesionales sectoriales e intersectoriales, aportar información para formular, controlar y evaluar planes y programas de salud, construir indicadores de calidad de la atención hospitalaria, proporcionar información para estimar ciertos indicadores necesarios para el diagnóstico, analizar la situación de salud de la población, cumplir los acuerdos internacionales en relación a contar con información comparable respecto a esta actividad y reforzar las acciones de atención a los problemas de salud y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, entre otras.

Para esos efectos, se encuentra facultado y habilitado, en virtud del artículo 47° y 49° del Código Sanitario, artículo 4 N°5 del D.F.L. N°1 de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763/79, y de las leyes N° 18.933 y 18.469, y el artículo 10° del D.S. N°136 de 2004, del Ministerio de Salud.

El Informe Estadístico de Egreso Hospitalario, "IEEH", es un instrumento de recolección de información que acompaña al paciente durante todo su período de hospitalización, es decir, mientras permanece ocupando una cama de la dotación de un establecimiento autorizado para tal fin.

El sistema electrónico de información de los egresos hospitalarios es un componente del Sistema Nacional de Información de Salud, administrado por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS).

2. Objetivos.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información de egresos hospitalarios. El IEEH y su Norma Técnica rigen para todo establecimiento que cuente con camas de hospitalización, sea éste perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) o no integrante del mismo, esto es, Establecimientos Privados, de Mutuales, de las FF.AA. y de Orden y Gendarmería de Chile.

3. Departamento Responsable y Actualizaciones.

La responsabilidad de velar por el cumplimiento de esta Norma Técnica y ulteriores actualizaciones del "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (IEEH)", corresponderá al Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, publicará las estadísticas oficiales de morbilidad hospitalaria del país, y pondrá a disposición de los usuarios autorizados las bases de datos que se generen, sin perjuicio de lo señalado en el punto 6 Restricciones.

4. Procedimientos y Metodología.

El "IEEH" contendrá el conjunto básico de datos hospitalarios, contenidos en las siguientes agrupaciones:

1. Datos del establecimiento
2. Datos de identificación del/la paciente
3. Datos de la hospitalización

4. En caso de atención obstétrica, datos del/los recién nacido(s)
5. Datos del médico o profesional tratante

Estas agrupaciones contienen, en detalle, las siguientes variables:

- Número correlativo anual de egreso, Identificación del establecimiento y Número de Historia Clínica.
- **Datos de identificación del paciente:** nombre del paciente, tipo de identificación, sexo, fecha de nacimiento, edad, unidad de la medida de la edad, pueblo originario declarado, nacionalidad del (de la) paciente, categoría ocupacional, nivel de instrucción, teléfono fijo, teléfono móvil, correo electrónico, domicilio, comuna de residencia, previsión en salud, clase de beneficiario FONASA, modalidad de atención, otra ley previsional o programa social, procedencia del (de la) paciente, establecimiento de procedencia
- **Datos de la hospitalización:** hora, fecha y tipo de agrupación de camas de ingreso; fecha y tipo de agrupación de camas de todos los traslados del paciente dentro del establecimiento; hora, fecha y tipo de agrupación de camas de egreso; días de estada, condición al egreso, diagnóstico principal, causa externa, otros diagnósticos, intervención quirúrgica o procedimiento, intervención quirúrgica o procedimiento principal, otras intervenciones quirúrgicas o procedimientos.
- **Datos de identificación del profesional tratante:** nombre y apellidos, especialidad, RUN, correo electrónico y firma.

Los datos iniciales y de identificación del "IEEH" deberán ser completados al ingreso del paciente al establecimiento asistencial para su hospitalización y concluir al egresar el paciente, con el registro de todos los antecedentes solicitados.

Los datos contenidos en el "IEEH", correspondientes a: número de egreso, nombre del establecimiento, número de historia clínica, datos de identificación del paciente, fecha y hora de: ingreso, egreso, traslados, días de estada, condición al egreso, parto y nacimiento, serán de responsabilidad de las personas y/o entidades que realizan la admisión al establecimiento asistencial y que se encargan de sus estadísticas y registros de salud. Es obligatorio el reporte de datos identificatorios del paciente, debido a que el DEIS es el organismo responsable de la mantención del repositorio de datos que permita evaluar la situación de salud de la población

Los datos de salud contenidos en el "IEEH" correspondientes a: diagnóstico principal, causa externa, otros diagnósticos, intervención quirúrgica o procedimientos, intervención quirúrgica o procedimiento principal, otras intervenciones quirúrgicas o procedimientos y la sección "datos del profesional tratante" serán de exclusiva responsabilidad del profesional médico o matrona (matrón) tratante que firma el alta del paciente. Diagnóstico principal, causa externa, otros diagnósticos, intervención quirúrgica, intervención quirúrgica principal y otras intervenciones deben ser registrados en texto libre (aun proviniendo de sistemas diferentes al provisto por el Ministerio de Salud)

La generación de las Estadísticas de morbilidad debe basarse en el concepto de afección principal y deben cumplirse estrictamente los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación y reselección de la afección principal cuando ésta aplique.

Los establecimientos deben prever que los sistemas informáticos capten tanto la afección principal como las secundarias de manera que puedan integrarse estadísticas por causa única y múltiple.

Los establecimientos deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el proceso de generación de las estadísticas de morbilidad: los responsables del llenado del formulario IEEH, del registro estadístico y de la codificación con la finalidad de garantizar que se hagan de manera correcta, dado que repercute en la vigilancia

epidemiológica y la generación de estadísticas nacionales, además de las implicancias legales por su mal uso.

El registro estadístico y la codificación serán de responsabilidad de los Departamentos o Unidades de Estadísticas de los Establecimientos de Salud conforme a las instrucciones impartidas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS), los que, además, deberán ser publicados a través de su portal electrónico. El referente técnico nacional en relación a las dudas de aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es el Centro Chileno de Referencia en Clasificaciones de Salud, dependiente del DEIS. El contacto es centroficcc@minsal.cl

5. Flujo de información

El DEIS-MINSAL, de acuerdo a las disposiciones jurídicas vigentes, es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden los sistemas de egresos hospitalarios existentes a nivel nacional. La coordinación de dichas funciones se ejercen por conducto de la Unidad de Producción del DEIS, quien se relaciona con los siguientes niveles administrativos en los que aplica y opera el SNIS

- a. Unidades de Estadística de los establecimientos hospitalarios
- b. Departamentos de Estadísticas de los Servicios de salud
- c. Departamentos de Estadísticas de las SEREMI de salud

El proceso de egresos hospitalarios ha sido definido para que todos los actores involucrados cumplan su rol de manera integrada de acuerdo a su nivel de responsabilidad.

Roles:

- a) Las Unidades de Estadísticas de Salud de todos los Establecimientos Hospitalarios del país registran o cargan mediante planillas electrónicas los egresos hospitalarios en la plataforma dispuesta por el DEIS.
- b) Los Departamentos de Estadísticas de los Servicios de salud y las SEREMI monitorean y validan la información de la base de datos de su responsabilidad. Para el caso del Servicio de Salud, corresponde el monitoreo de los egresos de los establecimientos del SNSS, mientras que a la SEREMI e de los establecimientos no pertenecientes al SNSS (Establecimientos Privados, FFAA y de Orden, Gendarmería de Chile y Mutuales). Además deben dar cumplimiento a los estándares de información y a la norma técnica de egresos hospitalarios dispuesta por el DEIS-MINSAL.
- c) El DEIS-MINSAL dicta las normas, vela por su observancia y actualización, centraliza y valida esta información y difunde las estadísticas de morbilidad oficiales mediante publicaciones tradicionales, electrónicas e indicadores que se disponen principalmente a través de su página web www.deis.cl

Plazo de entrega de la información:

El plazo para informar cada egreso hospitalario es de un **mes corrido a partir de ocurrido éste.**

Plazo de implementación de la norma:

El plazo de implementación de esta norma es inmediato para los establecimientos que digiten su información en el sistema IEEH del DEIS. Para los establecimientos que cargan información en planillas provenientes de otros sistemas, el plazo de implementación para dichos sistemas es de dos meses a contar de la promulgación de esta norma técnica.



Comunicaciones:

La página web del sistema es: <http://egresos.deis.cl>

Contacto: estadisticashospitalarias@minsal.cl

6. Restricciones

El tratamiento de los datos individuales y/o de carácter personal contenidos en las bases de datos de Egresos Hospitalarios se regirá por las normas de la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada y N°20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, con el debido resguardo del secreto estadístico establecido en la ley N° 17.374, por parte de los(as) funcionarios(as) que tengan acceso a ellos.

Cualquier vulneración a los principios establecidos en estos cuerpos legales por parte de los funcionarios de los establecimientos involucrados como del Ministerio de Salud, serán sancionados de acuerdo a dichas normas, sin perjuicio del derecho del propio paciente a acudir a los Tribunales Ordinarios de Justicia para la obtención de las responsabilidades e indemnizaciones correspondientes.

7. Anexo

Formulario IEEH vigente e instructivo de llenado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

1. Nombre y código establecimiento: Coloque código asignado al establecimiento según nomenclatura vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en www.deis.cl/estadisticas-recursos/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 guión.
Pasaporte u otro Documento, en el caso de pacientes extranjeros(as): Anote en los casilleros el número de pasaporte, si no posee dicho documento, registre el documento de identificación de su país de residencia.
Indocumentado: Marque 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 o origenario declarado: La pregunta al (de la) paciente o familiar responsable debe ser: ¿Pertenece Ud. (el Paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: Acaekife o Kawashwa, Abcanario o Likán Antay, Almapu, 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 cuál, del 0 al 12. Registre "0" si el Paciente declara no pertenecer a ninguno, "10" si el paciente no sabe a qué pueblo originario pertenece y "12" si no responde a la pregunta.
El grupo Mapuche comprende los términos Mapuche, Pelionche, Lafonche 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 casero/a. Una vez seleccionada registre la opción que corresponda. En el texto libre registre la ocupación del (de la) paciente.
Activo: población ocupada laboralmente; Inactivo: población laboralmente no ocupada;
Casero/a: 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: Registre el nivel de instrucción de una persona, el ciclo de enseñanza completo más complejo al que ha accedido la persona.
14. Teléfono fijo: registre el número de teléfono de red fija, para contactar al (de la) paciente.
15. Teléfono móvil: registre el número de teléfono celular o móvil, para contactar al (de la) paciente.
16. Correo electrónico: registre la dirección de correo electrónico, para contactar al (de la) paciente.
17. Domicilio: Escriba 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 Soñayor N° 1032, Edificio C, Depto. 3, Villa Silvestre, El Bosque)
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 Bosque, la comuna es Quilpué). La lista de códigos puede ser consultada en el sitio www.deis.cl/estadisticas-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 ramo FONASA al que pertenece el (de la) paciente.
21. Modalidad de atención: Marque 1 si el (de la) paciente se atiende bajo la Modalidad Atención Institucional (MAI) o marque 2 si el (de 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, registre nombre y código de dicho establecimiento. La lista de códigos puede ser consultada en: www.deis.cl/estadisticas-recursos/salud/

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

25. Ingreso: Registre la hora del ingreso con la modalidad HH:MM, Ej: la 1/4 de la madrugada debe registrar 01:30, a continuación anote la fecha del ingreso, con la modalidad DD-MM-AAAA. En seguida escriba el nombre y el código de agrupación de camas donde se hospitaliza (según REA-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 trasladó.
- 27, 28 y 29. Segundo, tercer y cuarto traslado*: Procede 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. Segundo escriba el nombre y el código de la agrupación de camas de donde egresa.
31. Días de estado: 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 causa 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 ó 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 o procedimiento: Anote en el casillero, "1" si hubo intervención quirúrgica o procedimiento o "2", si no hubo intervención quirúrgica o procedimiento.
44. Intervención quirúrgica o procedimiento principal: Si marcó 1 en el punto anterior, escriba con letra legible y evitando siglas el nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento principal.
- 45*. Otra intervención quirúrgica o procedimiento: Si corresponde, registre otra intervención quirúrgica o procedimiento a la que haya sido sometido el (de 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.