



APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 152
**SOBRE ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE
 SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE
 CAMAS Y PACIENTES.**

EXENTO N° 828 /

MINISTERIO DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 DIVISIÓN JURÍDICA

SANTIAGO, 08 AGO. 2013

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.		

REFRENDACION

Ref. por \$......
 Imputación.....
 Anot. por
 Imputación.....

 Deduc.Dcto.....

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 1º, 2º, 4º y 7º del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; lo establecido en los artículos 5º, 6º, 7º, 9º y la letra q) del 27º del Decreto Supremo N° 136, de 2004, de este Ministerio y mediante el cual se aprobó el Reglamento Orgánico de esta cartera; lo indicado en el artículo 47º del Código Sanitario; el Decreto Exento N° 820 de 2011, de esta Secretaría de Estado, que aprobó la Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO: - Que es indispensable contar con sistemas de información que proporcionen datos de manera fidedigna, oportuna, confiable y de calidad, los que permitirán estandarizar los datos a recolectar y apoyar las labores de vigilancia epidemiológica, fiscalización y diseño de políticas públicas que desarrollan el Ministerio de Salud y sus organismos asociados; todas actividades efectuadas en beneficio de toda población y que favorecen el desarrollo de acciones de salud de calidad, eficiencia y oportunidad apropiadas a las necesidades del país; - La importancia que tiene estandarizar la información que se registra en la atención cerrada de salud, asegurando así el desarrollo de la labor estadística con coherencia, integridad y posibilidades de comparación, y obteniendo resultados y análisis de calidad, permitiendo con ello la correcta evaluación y gestión de los sistemas de salud, tanto en lo que corresponde a la red asistencial pública, como al área privada;

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- APRUÉBASE el texto de la Norma Técnica sobre “**ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES**”, elaborada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La norma técnica que se aprueba en virtud de este acto administrativo se expresa en un documento de 15 páginas, constituido por un cuerpo principal y un anexo.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Una copia de la norma técnica que se aprueba, debidamente visada por el Subsecretario de Salud Pública, y de este decreto, se mantendrán en la División de Planificación Sanitaria, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

ARTÍCULO TERCERO.- REMÍTASE, una vez terminada su tramitación, un ejemplar de este Decreto y de la norma técnica “**ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES**”, al Departamento de Estadísticas e Información en Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo remítase una copia de este Decreto a todos los Directores de los Servicios de Salud, de los Establecimientos Auto gestionados de la Red Asistencial Pública de Salud y de aquellos Experimentales, y también a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país, quienes deberán tomar conocimiento de la norma técnica aprobada a través de la página web ministerial indicada en el numeral anterior.

ARTÍCULO CUARTO: INSTRÚYASE a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a difundir la norma técnica aprobada por este acto administrativo a todos los establecimientos de salud privados; las mutuales; los establecimientos de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad; y Gendarmería de Chile, que se encuentren emplazados en el territorio de su competencia.

**ANOTESE Y PUBLÍQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS
E INFORMACIÓN DE SALUD - DEIS

ESTÁNDAR DE INFORMACIÓN DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES

152

**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS
E INFORMACIÓN DE SALUD - DEIS
AÑO 2013**





ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES

Esta norma técnica establece los contenidos mínimos en las estadísticas sanitarias que cada establecimiento debe llevar en relación a las actividades que se indican y han nacido del acuerdo intrasectorial de los equipos de trabajo que se indican en el ANEXO N° 1.

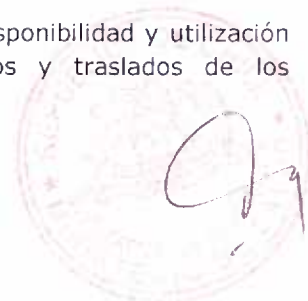
El Informe de **Egreso Hospitalario** será el registro que representa el conjunto mínimo básico de datos del proceso hospitalario y que los Servicios hospitalarios deberán levantar como información de manera local, en los medios al alcance de cada establecimiento, sean estos manuales o digitalizados, de acuerdo a sus requerimientos locales.

Se agregan a estos informes una serie de reportes complementarios que en su conjunto configuran los Informes Estadísticos de Atenciones Hospitalarias (IEAH), los que incluyen:

- **Registro Estadístico de Cirugías Mayores Ambulatorias**
- **Registro Estadístico de Hospital Psiquiátrico Diurno**
- **Registro Estadístico de otros procedimientos que requieren soporte hospitalario** (radioterapia, quimioterapia, diálisis, etc.)
- **Registros Estadísticos para el Censo Diario de Camas**
- **Epicrisis**, la que se adjunta en los anexos

Asimismo, forma parte de los estándares de gestión o información el proceso, el Censo Diario de Camas y Pacientes. Las salidas de información que entrega esta estadística son, entre otras: Dotación de Camas por Servicio de cada Hospital y Distribución de Camas por Servicio según nivel de cuidado.

El Censo Diario de Camas y Pacientes se realiza considerando la disponibilidad y utilización de las camas de dotación de cada Servicio y los ingresos, egresos y traslados de los pacientes en un periodo dado.



INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO



1 EGRESO N°		2 NOMBRE ESTABLECIMIENTO									
3 N° HISTORIA CLINICA											
RESPONSABLE: ADMISIÓN											
4 NOMBRE											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		DÍA		MES		AÑO	
5 RUN		6 SEXO	<input type="checkbox"/> 1) Hombre <input type="checkbox"/> 2) Mujer <input type="checkbox"/> 3) Indeterminado <input type="checkbox"/> 9) Desconocido	7 FECHA DE NACIMIENTO							
8 EDAD		9 UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD	<input type="checkbox"/> 1) Años <input type="checkbox"/> 2) Meses <input type="checkbox"/> 3) Dias <input type="checkbox"/> 4) Horas	10 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO	<input type="checkbox"/> 01 Atacalufe [Kawáshkar] <input type="checkbox"/> 02 Atacameño [Lickan Antay] <input type="checkbox"/> 03 Amara <input type="checkbox"/> 04 Colpa <input type="checkbox"/> 05 Diaguita	<input type="checkbox"/> 06 Mapuche <input type="checkbox"/> 07 Quechua <input type="checkbox"/> 08 Rapa Nui <input type="checkbox"/> 09 Yámana [Yagán] <input type="checkbox"/> 10 Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 11 No sabe <input type="checkbox"/> 11 No responde	11 NACIONALIDAD DEL [DE LA] PACIENTE		CÓDIGO PAIS		
12 DOMICILIO											
VIA [CALLE, AVENIDA, PASAJE U OTRA] - NUMERO - BLOCK - DEPARTAMENTO - VILLA - POBLACIÓN U OTRO											
13 COMUNA RESIDENCIA					14 TELÉFONO						
15 PREVISIÓN EN SALUD			16 CLASE DE BENEFICIARIO			17 MODALIDAD DE ATENCIÓN			18 OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES		
<input type="checkbox"/> 1) FONASA <input type="checkbox"/> 2) ISAPRE <input type="checkbox"/> 3) No tiene [cancela] <input type="checkbox"/> 4) Cajas de Previsión FFAA <input type="checkbox"/> 5) CAPREDENA <input type="checkbox"/> 6) DIPRECA <input type="checkbox"/> 7) Otra			<input type="checkbox"/> 1) A <input type="checkbox"/> 2) B <input type="checkbox"/> 3) C <input type="checkbox"/> 4) D			<input type="checkbox"/> 1) MAI <input type="checkbox"/> 2) MLE			<input type="checkbox"/> 1) Ley 19.480 Accidentes de Transporte <input type="checkbox"/> 2) Ley 16.744 Acc. Trabajo y Enf. Profesional <input type="checkbox"/> 3) Ley 16.744 Accidente Escolar <input type="checkbox"/> 4) Ley 19.650/99 de Urgencia <input type="checkbox"/> 5) PRAIS <input type="checkbox"/> 6) Chile Solidario <input type="checkbox"/> 7) Chile Crece Contigo <input type="checkbox"/> 8) Otro Programa Social <input type="checkbox"/> 9) GES		
19 PROCEDENCIA DEL [DE LA] PACIENTE					20 ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA					CÓDIGO	
<input type="checkbox"/> 1) Unidad de Emergencia [del mismo establecimiento] <input type="checkbox"/> 2) Atención Primaria de Salud <input type="checkbox"/> 3) Atención Especializadas [del mismo establecimiento] <input type="checkbox"/> 4) Otro Establecimiento <input type="checkbox"/> 5) Otra Procedencia					<input type="checkbox"/> 1) Unidad de Emergencia [del mismo establecimiento] <input type="checkbox"/> 2) Atención Primaria de Salud <input type="checkbox"/> 3) Atención Especializadas [del mismo establecimiento] <input type="checkbox"/> 4) Otro Establecimiento <input type="checkbox"/> 5) Otra Procedencia						
¡LLENAR SOLO SI SE REGISTRO OPCIÓN 2 ó 4!											

RESPONSABLE: ADMISIÓN		RESPONSABLE: ESTADÍSTICA	
21 INGRESO	HORA [HH-MM]	FECHA [DD-MM-AA]	SERVICIO CLÍNICO
22 PRIMER TRASLADO			
23 SEGUNDO TRASLADO			
24 TERCER TRASLADO			
25 CUARTO TRASLADO			
26 EGRESO	HORA [HH-MM]		
27 DÍAS DE ESTADA		28 CONDICIÓN AL EGRESO	
		<input type="checkbox"/> 1) Vivo <input type="checkbox"/> 2) Fallecido	

RESPONSABLE: MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE		RESPONSABLE: ESTADÍSTICA	
29 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		CÓDIGO CIE-10	
30 CAUSA EXTERNA			
31 OTRO DIAGNÓSTICO			
32 OTRO DIAGNÓSTICO			
33 OTRO DIAGNÓSTICO			
34 OTRO DIAGNÓSTICO			

DATOS DEL RECIÉN NACIDO: [COMPLETAR EN CASO DE EGRESO OBSTÉTRICO QUE TERMINA EN PARTO]				
35 ORDEN EN EL NACIMIENTO	36 CONDICIÓN AL NACER	37 SEXO	38 PESO EN GRAMOS	39 APGAR 5 MINUTOS
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1) Vivo <input type="checkbox"/> 2) Fallecido	<input type="checkbox"/> 1) Hombre <input type="checkbox"/> 2) Mujer <input type="checkbox"/> 3) Indeterminado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
40 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		<input type="checkbox"/> 1) SI <input type="checkbox"/> 2) NO		
41 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL		CÓDIGO FONASA		
42 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL		
43 NOMBRE	44 ESPECIALIDAD	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
45 RUN	46 FIRMA	47 CORREO ELECTRÓNICO

INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

- 1 EGRESO N°:** Es el número interno correlativo anual [de enero a diciembre] de cada Establecimiento.
- 2 ESTABLECIMIENTO:** Coloque nombre y código asignado al Establecimiento según escala vigente [DEIS]. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 3 N° HISTORIA CLÍNICA:** Registre el número de la Historia Clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL [DE LA] PACIENTE

- 4 NOMBRE:** Escriba con letra legible, el primer apellido, segundo apellido y los nombres [en ese orden] del [de la] Paciente que se hospitaliza.
- 5 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.
- 6 SEXO:** Coloque el número de 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 [de la] Paciente.
- 9 UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:** Registre en la siguiente modalidad:
 - 1) ANOS: si el 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 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, Yámará o Yagán?. Registre el número que corresponda al pueblo originario referido por el Paciente [Ej. Si el Paciente dice pertenecer a alguno de estos pueblos originarios, marque cual, del 01 al 09. Registre "00" si el Paciente declara no pertenecer a ninguno de los anteriores, "10" si el Paciente no sabe a qué pueblo originario pertenece y "11" 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. Para colocar el código correspondiente consulte el sitio: <http://deis.minsal.cl>

12 DOMICILIO: Registre con letra clara y legible la Vía de residencia, es decir: Calle, Avenida, Pasaje u otra, Número, Block, Departamento, Villa, Población u otro [Ej. Solomayor N° 1032, Edificio C, Depto. 3, Villa Silvestre, El Belloto].

13 COMUNA DE RESIDENCIA: Escriba el nombre y código de la comuna donde está ubicado el domicilio del [de la] Paciente [Ej. Siguiendo con el ejemplo del número anterior: localidad El Belloto, la Comuna es Quilpué]. Ante duda del nombre y código de la comuna, consulte en el sitio: <http://deis.minsal.cl>

14 TELÉFONO: Registre el número telefónico del [de la] Paciente o de contacto, incluyendo código de área.
CÓDIGO DE ÁREA: 3 caracteres
NÚMERO DE TELÉFONO: 7 caracteres
NÚMERO DE CELULAR: separar con guión. 8 caracteres

15 PREVISIÓN EN SALUD: Marque el número correspondiente a la clase de previsión de salud que tiene el Paciente [Ej. Si el Paciente es beneficiario de FONASA, registre 1].

16 CLASE DE BENEFICIARIO FONASA: Registre el número que corresponde al tramo FONASA al que pertenece el Paciente [Ej. registre 1] si el paciente corresponde al tramo A, 2] al tramo B, etc.

17 MODALIDAD DE ATENCIÓN: Marque 1] si el Paciente se atiende bajo: Modalidad Atención Institucional (MAI) o marque 2] si el Paciente opta por: Modalidad Libre Elección (MLE).

18 OTRAS LEYES PREVISIONALES o PROGRAMAS SOCIALES marque:

- 1] si se trata de un Accidente de Transporte
- 2] si es un Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional
- 3] si se trata de un Accidente Escolar
- 4] Ley 19.650/99 de Urgencia
- 5] PRAIS
- 6] Chile Solidario
- 7] Chile Crece Contigo
- 8] Otro Programa
- 9] GES

Si el Paciente tiene alguna Previsión en Salud, indicada en punto 15 pero es atendido por "Otras Leyes Previsionales o Programas Sociales", marque ambas opciones.

19 PROCEDENCIA DEL PACIENTE: Registre el número que corresponda al lugar de derivación que está refiriendo al Paciente para su hospitalización.

20 Si el Paciente ingresa derivado "desde un establecimiento de atención primaria u otro establecimiento", registre nombre y código de dicho establecimiento.

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

21 INGRESO: Registre la hora de ingreso con la modalidad: hh-mm [Ej. La 1 1/2 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 del Servicio Clínico donde se hospitaliza (según REM-20)].

22 PRIMER TRASLADO: Anote la fecha en que se produce el primer traslado, el nombre y el código del Servicio Clínico al que se traslada.

23 24 25 SEGUNDO, TERCERO y CUARTO TRASLADO: Proceda de igual forma que en el número 22

26 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 del Servicio Clínico de donde egresa.

27 DÍAS DE ESTADA: Debe registrar el número total de días que el Paciente estuvo hospitalizado [diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso].

28 CONDICIÓN AL EGRESO: Se debe marcar 1] ó 2] según sea el caso.

29 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 con la CIE 10.

30 CAUSA EXTERNA: Este espacio debe llenarse solamente cuando se trate de Traumatismos o Envenenamientos Accidentales o Intencionales. Se debe consignar aquí, la causa [externa] que originó el diagnóstico principal. El código CIE 10 será asignado por Estadística.

31 OTRO DIAGNÓSTICO: Aquella afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención, afectando el tratamiento del [de la] Paciente. Estadística debe codificar dicho diagnóstico con la CIE 10.

32 33 34 OTRO DIAGNÓSTICO: al igual que en punto 31 se refiere a aquella afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención, afectando el tratamiento del [de la] Paciente. Estadística debe codificar estos diagnósticos con la CIE 10.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

35 ORDEN EN EL NACIMIENTO: En el caso de nacimiento múltiple, registrar los datos requeridos en el orden que ocupa el recién nacido en el período de alumbramiento.

36 CONDICIÓN AL NACER: Registre según corresponda 1] ó 2].

37 SEXO: Registre según corresponda 1] y/o 2] y/o 3].

38 PESO EN GRAMOS: Registre en gramos el peso del recién nacido. [Ej. 3 Kgs. 250 gramos, anote: 3 250].

39 APGAR A LOS 5 MINUTOS: Registrar la puntuación del Apgar a los 5 minutos después del nacimiento.

DATOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

40 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Registre en el casillero: 1] si hubo intervención quirúrgica o 2] si no hubo intervención quirúrgica.

41 Si en el punto anterior marcó 1] debe escribir con letra legible y evitando siglas el nombre de la Intervención Quirúrgica Principal.

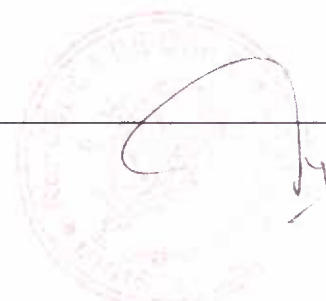
42 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Si corresponde registre otra intervención quirúrgica a la que haya sido sometido el Paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

43 44 45 46 47 El médico o profesional que otorga el alta debe registrar: **NOMBRE:** primer apellido, segundo apellido y nombres. **ESPECIALIDAD, RUN y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO FIRMANDO** finalmente el documento.

REGISTRO ESTADÍSTICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

NOMBRE ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO	
Nº HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	Nº DE INGRESO	
Nº CUENTA PACIENTE	RUN	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE PACIENTE			
primer apellido		segundo apellido	nombres
SEXO	EDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO
NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
vía (avda., calle, pasaje, otro)		número	resto dirección (block, depto., villa, población, otro)
PREVISIÓN	GRUPO BENEFICIARIO FONASA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES
PROCEDENCIA DEL(A) PACIENTE	ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	HORA DE LA ATENCIÓN	
NOMBRE MÉDICO INTERVENTOR			
primer apellido		segundo apellido	nombres
RUN	CÓDIGO ESPECIALIDAD		
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVÓ LA INTERVENCIÓN		CÓDIGO CIE-10	
OTRO DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE-10	
OTRO DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE-10	
INTERVENCIÓN REALIZADA		CÓDIGO FONASA CÓDIGO CIPM	
INDICACIONES AL TÉRMINO DE LA INTERVENCIÓN			
EGRESO	HORA (HH-MM)	FECHA	





Cirugía Mayor Ambulatoria

Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el paciente pasado un período de recuperación, vuelve a su domicilio en el mismo día. Se consideraran también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menos o igual a 12 horas y que esta se realice en sala de recuperación u otra dependencia destinada a este fin y no en una cama de la dotación hospitalaria. Cabe señalar que se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia.

Instructivo

1. Nombre y código del establecimiento: según dto. N° 820/2011
2. Intervención quirúrgica N°: folio del nivel local
3. Número historia clínica: autoexplicativo
4. Número de cuenta paciente: folio del nivel local, si corresponde
5. Fecha del procedimiento: según dto. N° 820/2011
6. Nombre del paciente: autoexplicativo
7. RUN: según dto. N° 820/2011
8. Sexo: según dto. N° 820/2011
9. Fecha de nacimiento: según dto. N° 820/2011
10. Edad, unidad de medida: según dto. N° 820/2011
11. Pueblo originario declarado: según dto. N° 820/2011
12. Nacionalidad: según dto. N° 820/2011
13. Domicilio: Autoexplicativo
14. Previsión: según dto. N° 820/2011
15. Grupo FONASA; Modalidad de atención, Otras leyes sociales: según dto. N° 820/2011
16. Procedencia del paciente: 1: Unidad de emergencia; 2: Atención primaria de salud; 3: Atención de especialidades del mismo establecimiento; 4: Otro establecimiento; 5: Otra procedencia.
17. Establecimiento de procedencia: según dto. N° 820/2011
18. Hora de la intervención: según dto. N° 820/2011
19. Nombre médico interventor: según dto. N° 820/2011
20. RUN médico interventor: según dto. N° 820/2011
21. Código especialidad del médico: según dto. N° 820/2011
22. Diagnóstico que motivó la IQ: autoexplicativo
23. Otros diagnósticos: registrar comorbilidad, si la hubiese
24. Intervención realizada: registrar en texto libre la intervención quirúrgica realizada
25. Código FONASA: autoexplicativo
26. Código CIPM: sólo para GRD. Código de la Clasificación Internacional de Procedimientos Médicos
27. Indicaciones al término de la intervención: autoexplicativo

Responsabilidad del llenado:

Desde el N°1 al 17 será llenado por admisión

Del N°18 al 20 y N°22 al 24 y N°27: Deberá ser llenado por el médico

N°21, 25 y 26: Responsabilidad de estadística

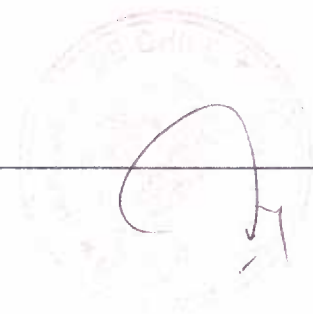
El original de este formulario debe ser archivado en la historia clínica



REGISTRO AMBULATORIO

OTROS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN SOPORTE HOSPITALARIO

NOMBRE ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO	
Nº HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	Nº DE INGRESO	
Nº CUENTA PACIENTE	RUN	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE PACIENTE			
primer apellido		segundo apellido nombres	
SEXO	EDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO NACIONALIDAD
DOMICILIO			
vía (avda., calle, pasaje, otro)		número resto dirección (block, depto., villa, población, otro)	
PREVISIÓN	GRUPO BENEFICIARIO FONASA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES
PROCEDENCIA DEL(A) PACIENTE	ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	HORA DE LA ATENCIÓN	
NOMBRE MÉDICO INTERVENTOR			
primer apellido		segundo apellido nombres	
RUN	CÓDIGO ESPECIALIDAD		
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVÓ EL PROCEDIMIENTO			CÓDIGO CIE-10
PROCEDIMIENTO REALIZADO			CÓDIGO FONASA CÓDIGO CIPM
PROCEDIMIENTO REALIZADO			CÓDIGO FONASA CÓDIGO CIPM
PROCEDIMIENTO REALIZADO			CÓDIGO FONASA CÓDIGO CIPM
OBSERVACIONES			
EGRESO	HORA (HH-MM)	FECHA	





Otros procedimientos que requieren soporte hospitalario

Corresponden a aquellos procedimientos que para su realización deben contar con equipos físicos altamente especializados, los pacientes sometidos a estos actos no requieren hospitalizarse, pero durante el procedimiento son atendidos por profesionales con las competencias necesarias para garantizar la seguridad y confort de ellos.

Ejemplos de esta actividad son la radioterapia, la quimioterapia ambulatoria, la hemodinamia, las diálisis, entre otros.

Instructivo

1. Nombre del establecimiento: según dto. N° 820/2011
2. Código del establecimiento: según dto. N° 820/2011
3. Procedimiento N°: Folio del nivel local
4. Número historia clínica: autoexplicativo
5. Número de cuenta paciente: folio del nivel local, si corresponde
6. Fecha del procedimiento: según dto. N° 820/2011
7. Nombre del paciente: autoexplicativo
8. RUN: según dto. N° 820/2011
9. Sexo: según dto. N° 820/2011
10. Fecha de nacimiento: según dto. N° 820/2011
11. Edad, unidad de medida: según dto. N° 820/2011
12. Pueblo originario declarado: según dto. N° 820/2011
13. Nacionalidad: según dto. N° 820/2011
14. Domicilio: autoexplicativo
15. Previsión: según dto. N° 820/2011
16. Grupo fonasa; modalidad de atención, otras leyes sociales: según dto. N° 820/2011
17. Procedencia del paciente: 1: unidad de emergencia; 2: atención primaria de salud; 3: atención de especialidades del mismo establecimiento; 4: otro establecimiento; 5: otra procedencia
18. Establecimiento de procedencia, hora de la intervención: según dto. N° 820/2011
19. Nombre y RUN médico interventor: auto explicativo
20. Código especialidad del médico: según dto. N° 820/2011
21. Diagnóstico que motivó el procedimiento: autoexplicativo
22. Procedimiento realizado: glosa del procedimiento
23. Código FONASA: autoexplicativo
24. Código CIPM: sólo para GRD. Código de la Clasificación Internacional de Procedimientos Médicos
25. Observaciones: autoexplicativo

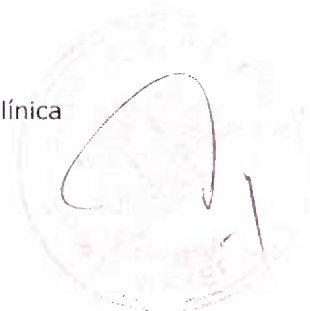
Responsabilidad del llenado:

Del n° 1 al n° 18: admisión

Del n°19, 21, 22 y 25: médico interventor

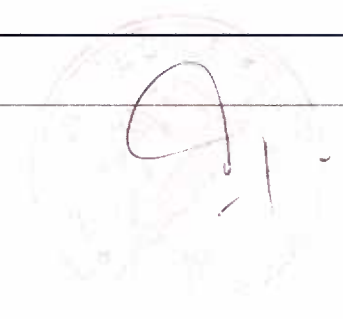
N°20, 23 y 24: estadística

El original de este formulario debe ser archivado en la historia clínica



EPICRISIS

NOMBRE ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO
Nº HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
NOMBRE PACIENTE		
primer apellido	segundo apellido	nombres
RUN	-	SEXO
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVÓ EL INGRESO		
DIAGNÓSTICO DE EGRESO		
DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS		
EVOLUCIÓN		
TRATAMIENTO EXÁMENES		
REALIZADOS MEDICAMENTOS		
SUMINISTRADOS		
COMPLICACIONES		
INDICACIONES AL ALTA		
PRÓXIMOS CONTROLES		
MÉDICO TRATANTE		
primer apellido	segundo apellido	nombres
RUN	-	ESPECIALIDAD MÉDICO TRATANTE





Epicrisis

Este documento, es un resumen clínico usado en los hospitales del país y forma parte de la ficha clínica de cada una de las personas que han permanecido hospitalizadas.

Bajo el amparo de la nueva ley de deberes y derechos del paciente, los usuarios podrán exigir que al momento de su alta médica se le entregue una copia de la epicrisis o resumen clínico donde se identifique al profesional que lo atendió, tratamiento, diagnóstico, entre otros. Así, se espera que la entrega formal de la epicrisis a cada uno de los pacientes que sean dados de alta sea una práctica cada vez más conocida y exigida por la población usuaria del sistema público de salud.

Es fundamental recalcar, que si bien la epicrisis es un documento que existe en la ficha clínica de todo paciente hospitalizado desde hace años, se ha convertido en una práctica cada vez más común que los usuarios al ser dados de alta cuenten con una copia del resumen clínico de su tratamiento y diagnóstico cuando abandonan el centro hospitalario.

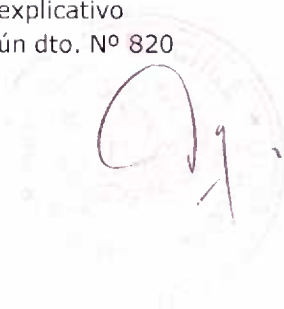
Instructivo

Responsabilidad de llenado: Admisión

1. Nombre y código del establecimiento: según dto. N° 820/2011
2. Número de la historia clínica: autoexplicativo
3. Fecha de ingreso: según dto. N° 820
4. Fecha de egreso: según dto. N° 820
5. Nombre del paciente: según dto. N° 820
6. RUN: según dto. N° 820
7. Sexo: según dto. N° 820

Responsabilidad de llenado: Médico Tratante

8. Diagnóstico que motivó el ingreso: texto libre
9. Diagnóstico de egreso: texto libre
10. Diagnósticos asociados: texto libre
11. Evolución: texto libre
12. Tratamiento: texto libre
13. Exámenes realizados: texto libre
14. Medicamentos suministrados: texto libre
15. Complicaciones: texto libre
16. Indicaciones al alta: texto libre
17. Próximos controles: texto libre
18. Nombre y run médico tratante: auto explicativo
19. Especialidad de médico tratante: según dto. N° 820



REGISTRO HOSPITALARIO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DIURNO

NOMBRE ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO	
Nº HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	Nº DE INGRESO	
Nº CUENTA PACIENTE	RUN	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE PACIENTE			
primer apellido		segundo apellido	
nombres			
SEXO	EDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO
NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
vía (avda., calle, pasaje, otro)		resto dirección (block, depto., villa, población, otro)	
PREVISIÓN	GRUPO BENEFICIARIO FONASA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES
PROCEDENCIA DEL(A) PACIENTE		ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	
NOMBRE MÉDICO RESPONSABLE			
primer apellido		segundo apellido	
nombres			
RUN		CÓDIGO ESPECIALIDAD	
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVÓ EL TRATAMIENTO			CÓDIGO CIE-10
DÍAS PLAZA EN HOSPITAL DIURNO EN EL MES		CÓDIGO FONASA	
ACTIVIDADES REALIZADAS			PROFESIONAL
TRATAMIENTO INDICADO			
ALTA OCURRIDA EN MES DE REGISTRO	FECHA DEL ALTA	TOTAL DÍAS PLAZA HOSPITAL DE DÍA	





Hospital Psiquiátrico Diurno

Instructivo

1. Nombre y código del establecimiento: según dto. N° 820/2011
2. Ingreso n°: folio del nivel local
3. Número historia clínica: autoexplicativo
4. Número de cuenta paciente: folio del nivel local, si corresponde
5. Fecha del ingreso: según dto. N° 820/2011
6. Nombre del paciente: autoexplicativo
7. RUN: según dto. N° 820/2011
8. Sexo: según dto. N° 820/2011
9. Fecha de nacimiento: según dto. N° 820/2011
10. Edad, unidad de medida: según dto. N° 820/2011
11. Pueblo originario declarado: según dto. N° 820/2011
12. Nacionalidad: según dto. N° 820/2011
13. Domicilio: según dto. N° 820/2011
14. Previsión: según dto. N° 820/2011
15. Grupo FONASA; modalidad de atención; otras leyes sociales: según dto. n° 820/2011
16. procedencia del paciente: 1: unidad de emergencia; 2: atención primaria de salud; 3: atención de especialidades del mismo establecimiento; 4: otro establecimiento; 5: otra procedencia
17. Establecimiento de procedencia: según dto. N° 820/2011
18. Nombre médico responsable: auto explicativo
19. RUN médico responsable: auto explicativo
20. Código especialidad del médico: según dto. N° 820/2011
21. Diagnóstico que motivó el tratamiento: autoexplicativo
22. Días plaza en hospital diurno en el mes: corresponde a la suma de los días que el paciente asistió al establecimiento el mes del registro
23. Código FONASA: código correspondiente a los días plaza
24. Actividades realizadas: indicar las actividades efectuadas en el mes al paciente y el tipo de profesional que las realizó, según dto. N° 820/2011
25. Tratamiento indicado: farmacológico, psicoterapia etc.
26. Alta ocurrida el mes del registro: autoexplicativo
27. Fecha del alta. Según dto. N° 820
28. Total de días plaza hospital de día: sólo para pacientes con alta en el mes del registro, acumulado de los días plaza durante la estadía en el hospital de día.

Responsabilidad del llenado:

Del n°1 al 17 y n°26 al 28: admisión

Del n°18, 19, 21, 24 y 25: médico interventor

N°20, 22 y 23: estadística

El original de este formulario debe ser archivado en la historia clínica



ESTADISTICA

RESUMEN MENSUAL DEL CENSO DIARIO POR SERVICIO

MES _____ 19__

1. LOCALIDAD _____ 2. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ 3. Nº _____ 4. SERVICIO _____ 5. PROMEDIO DIARIO CAMAS EN TRABAJO _____

DIA DEL MES	EXIS- TENCIA	MOVIMIENTO DE HOSPITALIZADOS							CAMAS		DIAS DE ESTADA DE LOS EGRESADOS	
		INGRESOS			EGRESOS				INGRESOS Y EGRESOS EN EL MISMO DIA	OCU- PADAS EN TRABAJO		
		DESDE FUERA O DE OTRO HOSP	DE SER- VICIOS DEL MIS M	TOTAL	ALTA AL HOG. O A OTRO HOSP	TRASL. A OTRO SERV HOSP	FALLE- CIDOS	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
TOTAL												

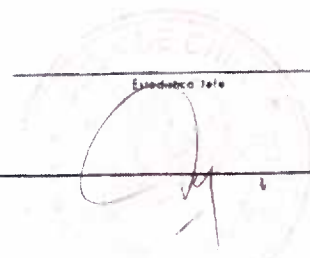
COLUMNAS:

- 9 — debe estar incluida en 4 y 8.
- 1 — 10 menos 9, ambas del día anterior.
- 10 — 1 más 4 más 8 más 9.

Medico Director

Estadístico Jefe

FECHA _____



ANEXO Nº 1: PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA NORMA

PARTICIPANTES

Con el objetivo de conformar un estándar adecuado a las diferentes entidades del sector, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, del Ministerio de Salud, convocó una mesa de trabajo con distintos profesionales que expusieron las necesidades de sus áreas

PARTICIPANTES DE REUNIÓN		
#	Nombre	Dependencia
1	Patricia Moyano	DEIS
2	Mónica Briceño	DEIS
3	Michelle Keller	DEIS
4	Angélica Villarroel	DIGERA
5	Susana Fuentealba	DIGERA
6	Lea Derio	DIPRECE
7	Lorena Durán	Gabinete del Ministro
8	Magdalena Delgado	Gabinete del Ministro
9	Lorena Camus	Gabinete del Ministro
10	Estaban Hebel	OCP – TIC
11	Patricia Lumio	OCP – TIC
12	Alejandro Mauro	OCP – TIC
13	Pamela Pérez	UGCC – Redes Asistenciales
14	Milán Rodríguez	UGCC – Redes Asistenciales