

INSTRUCTIVO DE LLENADO “INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO”

DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEMOGRÁFICOS

N° Egreso: Es un número interno correlativo mensual (enero-diciembre), que se asigna al momento de egresar el paciente del establecimiento de salud. Se utiliza para llevar un conteo de los egresos mensuales y comparar los totales con otras fuentes, como REM20 y GRD (para aquellos establecimientos que cuentan con esta herramienta).

1. Nombre y Código Establecimiento: Registre el código asignado al Establecimiento según escala vigente (DEIS).

2. N° de Admisión: Es el número que se le asigna al formulario de egreso hospitalario al ingreso del paciente al establecimiento, el cual permite identificar el evento. Éste número no es necesariamente correlativo.

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

4. Nombre legal del paciente: Registre con letra legible en el siguiente orden: Primer apellido, segundo apellido y nombre legal del (de la) paciente que se obtiene de acuerdo con el documento de identidad de la persona.

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

RUN: registre cada número que corresponda al RUN del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.

RUN Materno/progenitor(a): se debe utilizar de forma transitoria cuando los padres no han realizado la inscripción del recién nacido en el Registro Civil y actualizar el dato una vez completado el proceso de inscripción.

Número de folio del comprobante de parto: Es el n° de folio que posee el comprobante de parto, el cual acredita el nacimiento de un hijo o hija, extendido por médico o matrona. Su uso es de manera transitoria actualizar el dato una vez completado el proceso de inscripción en el registro civil.

Número de Pasaporte: En el caso de pacientes extranjeros(as), registre en los casilleros el número de pasaporte.

Número de Documento identificador país de origen: en caso que el paciente sea extranjero(a) registre el n° del documento oficial de identificación de su país de residencia, siempre y cuando no tenga RUN chileno.

Número de identificador FONASA: Es un n° provisorio emitido por FONASA se debe registrar cuando el paciente es extranjero cotizante con visa en tránsito o pacientes extranjeras indocumentadas.

6. Sexo Registral: Registre el N° de la alternativa que corresponde al sexo registral del (de la) paciente que se obtiene de acuerdo con el documento de identidad de la persona.

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, al momento del ingreso.

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. Pueblos Indígenas: Registre el número de la alternativa, que corresponda al pueblo indígena al que el (la) paciente, se considera perteneciente.

11. País de origen del (de la) paciente: Registre el nombre del país donde ocurrió el nacimiento del (de la) paciente, incluyendo Chile.

12. Categoría ocupacional (población de 15 o más años). Registre la alternativa correspondiente: Inactivo, Activo, Cesante o Temporalmente sin trabajo, Ignorado.

Inactivo: población laboralmente no ocupada, ejemplo: labores de casa, estudiantes, pensionados/jubilados, otros; **Activo:** población laboralmente ocupada; **Cesante o temporalmente sin trabajo:** toda persona que, sin tener trabajo, se encuentra disponible para trabajar y ha buscado activamente una ocupación en un período de referencia determinado; **Ignorado.**

13. Nivel de Instrucción: Registre el nivel de instrucción, que corresponde al nivel de enseñanza más avanzado declarado por la persona.

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

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

16. Domicilio: Registre la residencia habitual del (de la) paciente: Calle, Avenida, Pasaje, Camino u Otra y luego registre claramente: Nombre y Número.

17. Comuna de Residencia: Registre el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio del (de la) paciente.

18. Previsión: Registre el N° correspondiente al sistema de previsión en salud que tiene el (la) paciente.

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

20. Modalidad de Atención: Registre la Modalidad de Atención por la que opta el (la) paciente.

21. Leyes Previsionales: Registre la Ley que modifica o exime el monto a cancelar por el (la) paciente. Si el (la) paciente tiene Previsión indicada en el punto 19.- pero es atendido por “Otras Leyes Previsionales”, marque ambas opciones.

22. Procedencia del Paciente: Registre el N° que corresponda al lugar de procedencia que refiere al paciente para su hospitalización. Para el caso de la opción 6, corresponde registrar aquellos pacientes que requieren hospitalización y que se complicaron debido a una cirugía mayor ambulatoria (CMA).

23. Establecimiento de Procedencia: Si el paciente ingresa derivado desde otro establecimiento, registre nombre y código de dicho establecimiento (opción 4). En el caso que el paciente es derivado a hospitalización desde el mismo establecimiento (Hospital Comunitario o de Baja Complejidad), registre nombre y código de ese establecimiento (opción 7).

52. Nombre Social: Registre con letra legible el nombre con el que se identifica socialmente el/la paciente, al margen del nombre legal que aparece en su cédula de identidad.

53. Pueblo Afrodescendiente chileno: Registre según corresponda: 1 Si o 2 No

54. Identidad de género: Registre el N° de la alternativa que corresponda a la identidad de género del (de la) paciente

55. ¿ Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originarios? Registre según corresponda: 1 Si o 2 No.

56. Nacionalidad: Registre la nacionalidad del paciente, que puede ser originaria o adquirida.

57. Sexo Biológico: Registre el N° de la alternativa que corresponde al sexo biológico del (de la) paciente, de acuerdo a lo observado clínicamente.

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

24. Ingreso: Registre la hora del ingreso con la modalidad hh-mm, a continuación registre la fecha del ingreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional.

25. Primer Traslado: Registre la fecha del primer traslado, nombre y código de la Unidad Funcional al que se traslada.

* **26, 27 y 28. Segundo, Tercero y Cuarto Traslado:** Proceda de igual forma que en el número 25.

29. Egreso: Registre la hora del egreso con la modalidad hh-mm, a continuación la fecha del egreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional de donde egresa el (la) paciente.

30. Días de Estada: Registre el número total de días que el (la) paciente estuvo hospitalizado, que resulta de la diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso. En el caso que el ingreso y egreso ocurre el mismo día corresponde a 1 día de estada.

31. Condición al Egreso: Registre 1 ó 2 según el caso.

32. Destino al Alta: En caso que la condición al egreso sea 1 (Vivo), registre la alternativa correspondiente, la alternativa 4 contiene: derivación centro reclusión o a hogar de ancianos.

33. Diagnóstico Principal: El médico o profesional tratante o el que firma el alta debe registrar claramente 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 (la) paciente. A la derecha, Estadística debe codificar dicho diagnóstico de acuerdo a la CIE 10.

34. Causa Externa: Registre la causa del traumatismo o envenenamiento accidental o intencional, asociada al Diagnóstico Principal.

* **35 y 36. Otros diagnósticos:** Registre todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión o se desarrollan posteriormente y que afecten el tratamiento recibido y/o la hospitalización. Se excluyen los diagnósticos de un episodio anterior y no se relacionan con la actual hospitalización.

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. Fallecido.

39. Sexo Biológico: según corresponda registre 1. Hombre y/o 2. Mujer y/o 3. Intersexual y/o 99. Desconocido

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 Y/O PROCEDIMIENTO

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

Intervención Quirúrgica: conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

44. Intervención Quirúrgica Principal: Si indicó “1” en el punto anterior, registre claramente 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.

46. Procedimiento: Registre en el casillero, “1” si hubo procedimiento o “2”, si no hubo procedimiento.

Procedimientos: prestaciones de salud, que se otorgan a una persona para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

47. Procedimiento Principal: Si indicó “1” en el punto anterior, registre claramente y evitando siglas el nombre del procedimiento.

* **48. Otro procedimiento:** Si corresponde, registre otro procedimiento a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE Y/O QUE FIRMA EL ALTA

49. El médico o profesional tratante y/o que otorga el alta debe registrar: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres.

50. Especialidad: Registre la especialidad o subespecialidad del médico o profesional tratante y/o el que firma el alta.

51. RUN: Registre el RUN del Médico o Profesional Tratante y/o que firma el alta.

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

* *La aplicación informática del DEIS permite ingresar: 9 traslados, 10 otros diagnósticos, 6 recién nacidos, 2 otras intervenciones quirúrgicas y 2 otros procedimientos.*

La lista de códigos de Establecimientos, puede ser consultada: www.deis.cl - Datos abiertos, "Descarga Completa Listado de Establecimientos de Salud".

La lista de códigos de Comunas puede ser consultada en el sitio www.deis.cl - estandares y normativas, "División Política Administrativa y Servicios de Salud, histórico".