

**1** NOMBRE ESTABLECIMIENTO  **2** N° ADMISIÓN  **3** N° HISTORIA CLÍNICA

**4** NOMBRE PACIENTE

PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NOMBRES

**52** NOMBRE SOCIAL

**5** TIPO DE IDENTIFICACIÓN  1. RUN  2. Pasaporte  3. Indocumentado  4. Otro documento de identificación

**6** SEXO  01. HOMBRE  02. MUJER  03. INTERSEX (INDETERMINADO)  99. DESCONOCIDO

**7** FECHA DE NACIMIENTO  -  -

Día Mes Año

**8** EDAD    **9** UNIDAD MEDIDA DE LA EDAD  1. Años  2. Meses  3. Días  4. Horas

**53** PUEBLO AFRODESCENDIENTE CHILENO  1. SI  2. NO

**54** IDENTIDAD DE GÉNERO  01. Masculino  02. Femenino  03. Transmasculino  04. Transfemenino  05. No binario  06. No Revelado  07. Otra  08. No Revelado

**10** PUEBLO INDÍGENAS

01. Mapuche 02. Aymara 03. Rapa Nui (Pascuense) 04. Lickanantay (Atacameño) 05. Quechua 06. Coñilca 07. Diaguita 08. Kawésqar 09. Yagán (Yámana) 10. Otro (Especificar) \_\_\_\_\_ 11. Chango 96. Ninguno

**11** PAIS DE ORIGEN DEL (DE LA) PACIENTE Nombre País

**12** CATEGORIA OCUPACIONAL  En caso de marcar la alternativa " Activos " en el casillero correspondiente identifique la opción declarada

00. INACTIVOS  01. Miembro del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de empresa.  02. Profesionales científicos o intelectuales.  03. Técnicos y profesionales de nivel medio.  04. Empleados de oficina.  05. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado.  06. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros.  07. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.  08. Operadores de instalaciones y máquinas y montadoras.  09. Trabajadores no calificados.  10. Fuerzas armadas.  99. Desconocido.

**13** NIVEL DE INSTRUCCIÓN  01. Prebásica  02. Básica  03. Media  04. Técnico de Nivel Superior  05. Profesional Universitario  06. Sin Instrucción  97. No Recuerda  98. No Responde

**14** TELÉFONO FIJO

**15** TELÉFONO MÓVIL

**16** DOMICILIO (Escriba en letra imprenta)

01. Calle  02. Avenida  03. Pasaje  04. Camino  09. Otro

Nombre  Número

**17** Comuna Residencia

**18** PREVISIÓN  01. FONASA  02. ISAPRE  03. CAPREDENA  04. DIPRECA  05. SISA  96. NINGUNA  99. DESCONOCIDO

**19** Clasificación Beneficiario FONASA  A) Tramo A  B) Tramo B  C) Tramo C  D) Tramo D

**20** Modalidad de atención FONASA  01. Modalidad de atención institucional (MAI)  02. Modalidad de atención libre elección (MLE)

**21** LEYES PREVISIONALES  1. SI  2. NO

En caso que la variable leyes previsionales sea "SI", seleccione la alternativa correspondiente.

01. Ley 18.490: accidentes de transporte.  02. Ley 16.744: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.  03. Ley 16.744: accidente escolar.  04. Ley 19.650/99 de urgencia.  05. Ley 19.992 PRAIS.

**22** PROCEDENCIA DEL (DE LA) PACIENTE  1. Unidad Emergencia (mismo establecimiento)  2. Atención especialidades (mismo establecimiento)  3. Pasaje  4. Camino  4. Otro Establecimiento  5. Otra Procedencia  6. Área de Cirugía Mayor Ambulatoria (mismo establecimiento)  7. Hospital comunitario o de baja complejidad.

**23** ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Solo llenar si se registró opción 4 ó 7) Código Establecimiento

**RESPONSABLE: ADMISIÓN**

**24** INGRESO Hora  Minutos  FECHA (dd-mm-aa)  -  -

**25** 1er TRASLADO  -  -

**26** 2° TRASLADO  -  -

**27** 3er TRASLADO  -  -

**28** 4° TRASLADO \*  -  -

\* Ver Instructivo

**UNIDAD FUNCIONAL**

**RESPONSABLE: ESTADÍSTICA**

CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL

**29** EGRESO Hora  Minutos  FECHA (dd-mm-aa)  -  -

**30** DÍAS ESTADA

**31** CONDICIÓN AL EGRESO:  1) VIVO  2) FALLECIDO

**32** DESTINO AL ALTA  En caso que la condición del paciente sea "Vivo", seleccione el destino al alta del paciente.

1. Domicilio.  5. Alta voluntaria.  2. Derivación a otro establecimiento de la red pública.  6. Fuga del paciente.  3. Derivación a institución privada.  7. Hospitalización domiciliaria.  4. Derivación a otros centros u otra institución.

**RESPONSABLE: ESTADÍSTICA**

CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL

**RESPONSABLE: MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE (Escribir diagnóstico en Letra Imprenta)**

**33** DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

**34** CAUSA EXTERNA (si corresponde)

**35** OTRO DIAGNÓSTICO

**36** OTRO DIAGNÓSTICO \*

\* Ver Instructivo

**CÓDIGO CIE-10**

**DATOS DEL RECIÉN NACIDO: (Sólo completar para egreso obstétrico que termina en Parto)**

<b>37</b> Orden en el nacimiento <input type="text"/>	<b>38</b> Condición al Nacer: 1) Vivo 2) Fallecido <input type="text"/>	<b>39</b> Sexo: 01. Hombre 02. Mujer 03. Intersex (indeterminado) 99. Desconocido <input type="text"/>	<b>40</b> Peso en gramos <input type="text"/>	<b>41</b> Apgar 5 minutos <input type="text"/>	<b>42</b> Anomalía congénita: SI NO <input type="text"/>
1					
2					
3					

\* Ver Instructivo

**43** INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA  1. SI  2. NO

**44** INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL

**45** OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA \*

\* Ver Instructivo

**46** PROCEDIMIENTO  1. SI  2. NO

**47** PROCEDIMIENTO PRINCIPAL

**48** OTRO PROCEDIMIENTO \*

\* Ver Instructivo

**CÓDIGO FONASA**

**CÓDIGO FONASA**

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

**49** Nombre:

**50** Especialidad:

PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NOMBRES

**51** RUN  -

FIRMA

# 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:** Registre con letra legible en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y los nombres del (de la) paciente.

**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 corresponde al RUN del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.

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

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

**Otro Documento:** En el caso de pacientes extranjeros(as) que no poseen Pasaporte, registre el Documento Oficial de Identificación de su país de residencia.

**6. Sexo:** Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo biológico 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, 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 indígenas 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 y más años):** Busca identificar el comportamiento de la fuerza laboral: Registre la alternativa correspondiente: Activo, Inactivo, Cesante o Desocupado, Desconocida.

**Inactivo:** población laboralmente no ocupada, ejemplo: labores de casa, estudiantes, pensionados/jubilados, otros; **Activo:** población laboralmente ocupada;

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

**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

## 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:** 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 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](http://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](http://www.deis.cl) - estándares y normativas, "División Política Administrativa y Servicios de Salud, histórico".