



GES 20 años 9



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Estadísticas e Información de Salud
JVC / SOP / THM / JPJ / EAT / KCL / Kcl

[Handwritten signatures]
GABINETE

Ord.: B52 N° 863

Ant.: Ord. B52 N°245 del 15 de enero de 2018.

Mat.: Actualización del formulario de Informe Estadístico Egreso Hospitalario y esquema de registro año 2025.

SANTIAGO, 28 MAR 2025

De : SUBSECRETARIO (S) DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SECRETARIOS (AS) REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD
DIRECTORES (AS) SERVICIOS DE SALUD

Junto con saludar, por medio del presente, comunico a usted que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), actualizó el formulario del Informe Estadístico Egreso Hospitalarios (anexo 1) y el esquema de registro (anexo 2) del año 2025, con el fin de ajustarse a la Norma Técnica N°231 sobre Estándares de Información de Salud. Cabe señalar que estos archivos fueron difundidos mediante correo electrónico a los encargados de estadística de los Servicios y SEREMIS de Salud del país, con el fin que estos informaran a los establecimientos que están bajo su jurisdicción.

Los plazos de implementación de estas modificaciones serán inmediatos para los establecimientos que digitan su información directamente en el sistema de egresos hospitalarios dispuesto por el DEIS. Los establecimientos que cuentan con sistemas propios, se les dará una prórroga hasta el mes de mayo del 2025, para cargar al sistema de estadísticas hospitalarias los egresos generados en los meses de enero y febrero de dicho año.

Para los efectos de formalización de las modificaciones, se informa que se encuentra en trámite el decreto que regula el proceso de información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario del Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios (IEEH).

Considerando la importancia de ajustarse a estas modificaciones, se solicita difundir este documento a los establecimientos bajo su jurisdicción.

Desde ya agradeciendo su gestión, le saluda atentamente,

[Signature]
DR OSVALDO SALGADO ZEPEDA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

[Signature]
BERNARDO REYES ROLDÁN
SUBSECRETARIO (S) DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD

Distribución:

- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud (15)
- Directores Servicios de Salud (29)
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Planificación Sanitaria
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud
- Oficina de Parte

INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEMOGRÁFICOS

N° Egreso: Es un número interno consecutivo mensual (enero-diciembre), que se asigna al momento de egresar al paciente del establecimiento de salud. Se utiliza para llevar un control de los egresos mensuales y comparar los totales con otras fuentes, como RENZO 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. Este número no es necesariamente consecutivo.
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 corresponde al RUN del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guión.
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° proveído emitido por FONASA se debe registrar cuando el paciente es extranjero cotizante con visa en trámite 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, aa (Ej.- 2 de Octubre de 1996 = 02 10 1996).
8. **Edad:** Registre numéricamente la edad del paciente, al momento del ingreso.
9. **Unidad Médica de la Edad:** Registre en la siguiente modalidad: 1 (años) si el(ta) 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 corresponde 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/pensionadas, 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 extingue el monto a cancelar por el (la) paciente. Si el (la) paciente tiene Previsión indicada en el punto 18, pero es atendido por "Otras Leyes Previsionales", marque ambas opciones.
22. **Procedencia del Paciente:** Registre el N° que corresponde al lugar de procedencia que refiere al paciente para su hospitalización. Para el caso de la opción 8, 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 al 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 corresponde a la identidad de género del (de la) paciente
55. **¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?** 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 trasladó.
* 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 registre 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 Estadía:** 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 estadía.
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 existieran en el momento de la admisión o se desarrollan posteriormente y que afectan 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.
Procedimiento: 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: 8 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 - estándares y normativas, "División Política Administrativa y Servicios de Salud, histórico".

Anexo 2: Esquema de Registros Egresos 2025

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var. Oblig.	Condición
NUM_ADM	Texto	10	Es el número que se le asigna al formulario de egreso hospitalario al ingreso del paciente al establecimiento	NO	
NUM_EGR	Numérico	7	Es un número interno correlativo asignado mensualmente durante el año (de enero a diciembre) al momento de egresar el paciente del establecimiento de salud	SI	
ESTAB	Texto	6	Código de Establecimiento	SI	
SER_SALUD_SEREMI	Texto	2	Código Servicio de Salud o de la SEREMI	SI	
FICHA	Texto	11	Número de Historia Clínica	SI	
PRIMER_APELLIDO	Texto	30	Primer Apellido	SI	
SEGUNDO_APELLIDO	Texto	30	Segundo Apellido	NO	
NOMBRE_LEGAL	Texto	50	Nombres de acuerdo con el documento de identidad de él o la paciente	SI	
NOM_SOCIAL	Texto	120	Nombre Social, es el nombre con que se identifica socialmente él o la paciente	NO	
TIPO_ID	Numérico	1	Tipo de Identificación: (1=RUN; 2=RUN Materno/progenitor(a); 3=Número de folio del comprobante de parto; 4=Número de Pasaporte; 5=Número de documento identificador país de origen; 6=Número de identificador FONASA)	SI	
RUT	Numérico	8	RUN	SI	Cuando el tipo de identificación en el formulario es 1 o 2, este campo se debe completar
DV	Texto	1	Dígito Verificador	SI	Cuando el tipo de identificación en el formulario es 1 o 2, este campo se debe completar
OTRO_DOCUMENTO	Texto	100	Número de otro documento de identificación	SI	Cuando el tipo de identificación en el formulario es distinto de 1 o 2, este campo se debe completar
SEXO_REGISTRAL	Texto	1	Sexo registral (F= Femenino, M= Masculino, X= X, I=Indeterminado, D= Desconocido)	SI	
SEXO_BIOLÓGICO	Texto	2	Sexo biológico (1=Hombre; 2=Mujer; 3=Intersexual; 99= Desconocido)	SI	
ID_GENERO	Texto	1	Identidad de género: (1= Masculino 2= Femenina 4= Transgénero Masculino 5= Transgénero Femenina 6= No binarie	NO	

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car	Detalle	Var. Oblig	Condición
			7= Otra 8= No Revelado)		
D_NAC	Texto	2	Día Nacimiento	SI	
M_NAC	Texto	2	Mes Nacimiento	SI	
A_NAC	Númerico	4	Año Nacimiento	SI	
EDAD_CANT	Númerico	3	Edad en cantidad	SI	
TIPO_EDAD	Númerico	1	Tipo de Edad (1=años, 2=meses, 3=días, 4=horas)	SI	
PUEBLO_AFROCHILENO	Númerico	1	Pueblo Afrodescendiente Chileno (1=SI, 2=No)	SI	
ETNIA_SI_NO	Númerico	1	Pueblo Indígena (1=SI, 2=No)	SI	
ETNIA	Texto	2	Pueblo Indígena (Anexo 1)	SI	Quando en el formulario el pueblo indígena es 1, este campo se debe completar
T_ETNIA	Texto	50	Especificar Pueblo Indígena	SI	Quando en el formulario el código de pueblo indígena es 10, se debe especificar cual corresponde
NACIONALIDAD	Texto	3	Código Nacionalidad (Anexo 18)	SI	
P_ORIGEN	Texto	3	Código País de origen (Anexo 3)	SI	
INSTRUCC	Texto	2	Nivel de Instrucción (Anexo 12)	SI	
TIPO_OCUPACION	Texto	2	Tipo Categoría ocupacional (Anexo 11)	SI	
GLO_OCUPACION	Texto	2	Glosa Categoría Ocupacional (Anexo 11)	SI	Quando en el formulario la categoría ocupacional es 2, este campo se debe completar
TELEFONO	Texto	10	Número Teléfono	NO	
MOVIL	Texto	10	Número Teléfono Móvil Paciente	NO	
DOMICILIO	Texto	50	Domicilio	SI	
NUMERO_VIA	Texto	10	Numero Vía	SI	
VIA	Texto	2	Vía (1=Calle, 2=Avenida, 3=Pasaje, 4=Camino, 5=Carretera, 6=Callejón, 7=Paseo, 8=Escalera, 9=Otro, 10=Rotonda)	SI	
COMUNA	Texto	5	Código Comuna (Anexo 2)	SI	
PREVI	Texto	2	Previsión: (1=FONASA 2= ISAPRE 3= CAPREDENA 4= DIPRECA 5= SISA 96= NINGUNA 99= DESCONOCIDO)	SI	
BENEF	Texto	1	Clase Beneficiario FONASA (TRAMO A, TRAMO B, TRAMO C, TRAMO D)	SI	Quando en el formulario la previsión es 1, este campo se debe completar

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. Dó Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
MOD	Texto	1	Modalidad de Atención FONASA (1= MAI Modalidad de atención institucional, 2= MLE Modalidad de atención libre elección)	SI	
LEY_PREV	Texto	2	Leyes previsionales: (1= Ley 18.490: Accidente de transporte 2 = Ley 18.744: Accidente Trabajo y Enfermedades Profesionales 3 = Ley 16.744: Accidentes Escolar 4 = Ley 19.650/99 de Urgencia 5 = Ley 19.992 PRAIS 6= Ley N° 19.966: Régimen General de Garantías en salud GES 7= Ley N° 20.850: Ricarte Soto 8= Ley N° 21.030 de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres Causales 96= Ninguna 97= No recuerda)	SI	
PROCEDENCI	Numérico	1	Procedencia del paciente: (1 = Unidad de Emergencia (mismo establecimiento), 3 = Atención Especialidades (mismo establecimiento), 4 = Otro Establecimiento, 5 = Otra Procedencia) 6 = Área de Cirugía Mayor Ambulatoria (mismo establecimiento) 7 = Hospital comunitario o de baja complejidad	SI	
NOM_HOPI_P	Texto	100	Nombre establecimiento de procedencia (Anexo 4)	SI	Cuando en el formulario la procedencia del paciente es 4 o 7, este campo se debe completar
COD_HOSP_P	Texto	6	Código establecimiento de procedencia (Anexo 4)	SI	Cuando en el formulario la procedencia del paciente es 4 o 7, este campo se debe completar
HORA_ING	Texto	2	Hora Ingreso	NO	
MIN_ING	Texto	2	Minuto Ingreso	NO	
DIA_ING	Texto	2	Día Ingreso	SI	
MES_ING	Texto	2	Mes Ingreso	SI	
ANO_ING	Numérico	4	Año de Ingreso	SI	
AREA_FUNC_I	Texto	3	Nivel de Cuidado de Ingreso (Anexo 5)	SI	
DIA_1_TRAS	Texto	2	Día primer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_1_TRAS	Texto	2	Mes primer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. Dn Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
ANO_1_TRAS	Número	4	Año primer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_1_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado primer traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_2_TRAS	Texto	2	Día segundo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_2_TRAS	Texto	2	Mes segundo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_2_TRAS	Número	4	Año segundo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_2_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado segundo traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_3_TRAS	Texto	2	Día tercer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_3_TRAS	Texto	2	Mes tercer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_3_TRAS	Número	4	Año tercer traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_3_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado tercer traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_4_TRAS	Texto	2	Día cuarto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_4_TRAS	Texto	2	Mes cuarto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_4_TRAS	Número	4	Año cuarto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_4_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado cuarto traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_5_TRAS	Texto	2	Día quinto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_5_TRAS	Texto	2	Mes quinto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_5_TRAS	Número	4	Año quinto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
AREAF_5_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado quinto traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_6_TRAS	Texto	2	Día sexto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_6_TRAS	Texto	2	Mes sexto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_6_TRAS	Numérico	4	Año sexto traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_6_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado sexto traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_7_TRAS	Texto	2	Día séptimo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_7_TRAS	Texto	2	Mes séptimo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_7_TRAS	Numérico	4	Año séptimo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_7_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado séptimo traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_8_TRAS	Texto	2	Día octavo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_8_TRAS	Texto	2	Mes octavo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_8_TRAS	Numérico	4	Año octavo traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_8_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado octavo traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
DIA_9_TRAS	Texto	2	Día noveno traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
MES_9_TRAS	Texto	2	Mes noveno traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
ANO_9_TRAS	Numérico	4	Año noveno traslado	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
AREAF_9_TRAS	Texto	3	Nivel de Cuidado noveno traslado (Anexo 5)	SI	Cuando exista traslado este campo se debe completar
HORA_EGR	Texto	2	Hora Egreso	NO	
MIN_EGR	Texto	2	Minuto Egreso	NO	
DIA_EGR	Texto	2	Día Egreso	SI	

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var Oblig	Condición
MES_EGR	Texto	2	Mes Egreso	SI	
ANO_EGR	Numérico	4	Año Egreso	SI	
AREAF_EGR	Texto	3	Nivel de Cuidado de Egreso (Anexo 5)	SI	
DIAS_ESTAD	Numérico	4	Días estada total	SI	
COND_EGR	Numérico	1	Condición al egreso (1=Vivo 2=Fallecido)	SI	
DES_ALTA	Numérico	1	Destino al Alta (Anexo 15)	SI	Si la condición del paciente es 1 este campo se debe completar
T_DIAG1	Texto	255	Texto Libre Diagnostico Principal	SI	Transcribir el diagnóstico descrito por el médico como la afección principal
DIAG1	Texto	4	Diagnóstico Principal (Anexo 6)	SI	
T_DIAG2	Texto	255	Texto Libre Causa Externa	SI	Cuando exista causa externa transcriba la(s) causa(s) descrita(s) por el médico como causante de la(s) lesión(es)
DIAG2	Texto	4	Causa externa (Anexo 7)	SI	Cuando el diagnóstico principal está entre S y T, se debe ingresar la causa externa
T_DIAG3	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 3)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG3	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 3) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG4	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 4)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG4	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 4) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG5	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 5)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG5	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 5) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG6	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 6)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
DIAG6	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 6) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG7	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 7)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG7	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 7) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG8	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 8)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG8	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 8) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG9	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 9)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG9	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 9) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG10	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 10)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG10	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 10) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
T_DIAG11	Texto	255	Texto Libre Diagnóstico Secundario (DIAG 11)	SI	Cuando exista otra afección presente en la hospitalización, transcriba el diagnóstico descrito por el médico
DIAG11	Texto	4	Diagnóstico Secundario (DIAG 11) (Anexo 8)	SI	Cuando existan más diagnósticos se deben ingresar
INTERV_Q	Númerico	1	Intervención Quirúrgica (1 = SI, 2 = No)	SI	
INTERV_Q_PPAL	Texto	7	Código FONASA Intervención Quirúrgica Principal (Anexo 9)	SI	Cuando en el formulario la 1 quirúrgica es 1, se debe registrar el código FONASA

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car	Detalle	Var. Oblig	Condición
INTERV_Q_2	Texto	7	Código FONASA Intervención Quirúrgica 2 (Anexo 9)	SI	Cuando existan más 1 Quirúrgicas, se debe registrar el código FONASA
INTERV_Q_3	Texto	7	Código FONASA Intervención Quirúrgica 3 (Anexo 9)	SI	Cuando existan más 1 Quirúrgicas, se debe registrar el código FONASA
PROCED	Numérico	1	Procedimiento (1 = SI, 2 = No)	SI	
PROCED_PPAL	Texto	7	Código FONASA Procedimiento Principal (Anexo 14)	SI	Cuando en el formulario el procedimiento es 1, se debe registrar el código FONASA
PROCED_2	Texto	7	Código FONASA Procedimiento 2 (Anexo 14)	SI	Cuando existan más procedimientos, se debe registrar el código FONASA
PROCED_3	Texto	7	Código FONASA Procedimiento 3 (Anexo 14)	SI	Cuando existan más procedimientos, se debe registrar el código FONASA
DIA_1	Numérico	4	Días estada 1	SI	Corresponde a la diferencia entre el día de egreso o del primer traslado, menos el día de ingreso. En el caso que el egreso o primer traslado sea el mismo día de ingreso debe registrar 1.
DIA_2	Numérico	4	Días estada 2	SI	Cuando exista un primer traslado se calcula restando el día del segundo traslado o día del egreso menos el primer día
DIA_3	Numérico	4	Días estada 3	SI	Cuando exista un segundo traslado se calcula restando el día del tercer traslado o día del egreso menos el segundo día
DIA_4	Numérico	4	Días estada 4	SI	Cuando exista un tercer traslado se calcula restando el día del cuarto traslado o día del egreso menos el tercer día
DIA_5	Numérico	4	Días estada 5	SI	Cuando exista un cuarto traslado se calcula restando el día del quinto traslado o día del egreso menos el cuarto día

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
DIA_6	Numérico	4	Días estada 6	SI	Cuando exista un quinto traslado se calcula restando el día del sexto traslado o día del egreso menos el quinto día
DIA_7	Numérico	4	Días estada 7	SI	Cuando exista un sexto traslado se calcula restando el día del séptimo traslado o día del egreso menos el sexto día
DIA_8	Numérico	4	Días estada 8	SI	Cuando exista un séptimo traslado se calcula restando el día del octavo traslado o día del egreso menos el séptimo día
DIA_9	Numérico	4	Días estada 9	SI	Cuando exista un octavo traslado se calcula restando el día del noveno traslado o día del egreso menos el octavo día
DIA_10	Numérico	4	Días estada 10	SI	Cuando exista un noveno traslado se calcula restando el día de egreso menos el noveno día
APE_P1_PROF	Texto	30	Primer Apellido Profesional	SI	
APE_P2_PROF	Texto	30	Segundo Apellido Profesional	NO	
NOM_PROF	Texto	50	Nombre Profesional	SI	
RUT_PROF	Numérico	8	Rut Profesional	SI	
DV_PROF	Texto	1	Dígito verificador Rut Profesional	SI	
ESPEC_PROF_MEDICAS	Texto	2	Especialidades y Subespecialidades Médicas (Anexo 10)	SI	
ESPEC_PROF_ODONTO	Texto	2	Especialidades y Subespecialidades Odontológicas (Anexo 16)	SI	
CONDNAC1	Numérico	1	Condición al nacer del primer nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC1	Texto	2	Sexo biológico del primer nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
PESONAC1	Numérico	5	Peso del primer nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var Oblig	Condición
APGRNAC1	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del primer nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG1	Numérico	1	Anomalia Congénita primer nacimiento (1=Si, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
CONDNAC2	Numérico	1	Condición al nacer del segundo nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC2	Texto	2	Sexo biológico del segundo nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
PESONAC2	Numérico	5	Peso del segundo nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
APGRNAC2	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del segundo nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG2	Numérico	1	Anomalia Congénita segundo nacimiento (1=Si, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
CONDNAC3	Numérico	1	Condición al nacer del tercer nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC3	Texto	2	Sexo biológico del tercer nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
PESONAC3	Numérico	5	Peso del tercer nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
APGRNAC3	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del tercer nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG3	Numérico	1	Anomalia Congénita tercer nacimiento (1=Si, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.

Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var. Oblig	Condición
CONDNAC4	Numérico	1	Condición al nacer del cuarto nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC4	Texto	2	Sexo biológico del cuarto nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
PESONAC4	Numérico	5	Peso del cuarto nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
APGRNAC4	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del cuarto nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG4	Numérico	1	Anomalia Congénita cuarto nacimiento (1=Si, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
CONDNAC5	Numérico	1	Condición al nacer del quinto nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC5	Texto	2	Sexo biológico del quinto nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
PESONAC5	Numérico	5	Peso del quinto nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
APGRNAC5	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del quinto nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG5	Numérico	1	Anomalia Congénita quinto nacimiento: (1=Si, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
CONDNAC6	Numérico	1	Condición al nacer del sexto nacimiento (1 = Vivo, 2 = Fallecido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
SEXONAC6	Texto	2	Sexo biológico del sexto nacimiento (1=Hombre; 2= Mujer; 3= Intersexual; 99= Desconocido)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.

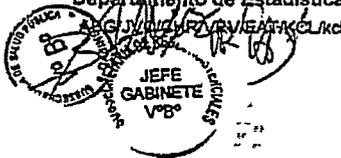
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Nro. De Car.	Detalle	Var Oblig	Condición
PESONAC6	Numérico	5	Peso del sexto nacimiento en gramos	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
APGRNAC6	Numérico	2	APGAR 5 Minutos del sexto nacimiento	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.
ANCONG6	Numérico	1	Anomalia Congénita sexto nacimiento (1=SI, 2=No)	SI	Cuando en esta hospitalización hay parto, debe ingresar los datos de(l)os recién nacidos.



Gobierno de Chile

26

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN PLANIFICACIÓN SANITARIA
Departamento de Estadísticas e Información de Salud



245

ORDINARIO B52 N° _____

Ant.: Ordinario B52 N°4785 del 15 de diciembre de 2017.

Mat.: Actualización del formulario de Informe Estadístico Egreso Hospitalarios y esquema de registro año 2018.

SANTIAGO, 15 ENE 2018

De : SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA,
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.

A : SECRETARIOS (AS) REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD,
DIRECTORES (AS) SERVICIOS DE SALUD.

Junto con saludar, por medio del presente, comunico a usted que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), actualizo el esquema de registro (anexo 2) y el formulario del Informe Estadístico Egreso Hospitalarios (anexo1) del año 2018, debido a la reincorporación de la variable Número Egreso. Cabe señalar que estos archivos fueron difundidos mediante correo electrónico a los encargados de estadística de los Servicios y SEREMI's de Salud del país, los días 28 y 29 de diciembre respectivamente, con el fin que estos informaran a los establecimientos que están bajo su jurisdicción.

Los plazos de implementación se mantienen según lo informado en el ordinario B52 N°4785 del 15 de diciembre del 2017.

Para efectos de formalización de las modificaciones, se informa que se encuentra en trámite el decreto que regula el proceso de Gestión de la Información de Egresos Hospitalarios.

Considerando la importancia del ajustarse, se solicita difundir este documento a los establecimientos bajo su jurisdicción.



DR. GISELA MARCÓN ROJAS
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



DR. JAIME BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Distribución:

- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud (15)
- Directores Servicios de Salud (29)
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Planificación Sanitaria
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud
- Oficina de Parte

Karen Camila Lloncon Parra

De: Oficina de Partes
Enviado el: miércoles, 2 de abril de 2025 17:11
Para: Oficina Partes 2; partes.seremi9; Soledad Contreras; Yessica Paola Araya Valdés; Jacqueline del Carmen Navarrete López; partes.salud15; SEREMI seremisalud3; oficina partes aysen; Monica Bossel; Maria Angelica Flores; Daniela Borquez Ruiz; Oficina de Partes Los Rios; Francisco Isla Duarte; Maria Paola Anabalón Maldonado; Pablo Penailillo; Oficina de Partes RM; Lorena Lepe Zunino; Oficina de Partes SEREMI Ñuble; Patricia Jopia; Hildelbrando Díaz; Oficina Partes Seremi 6; Oficina de Partes SEREMI de Salud XII Región; ofpartes.central@seremidesaludbiobio.cl; Maira Barraza; Seremi Tarapaca; angela.ulloa; CARLOS.GUEVARA@SALUDOHIGGINS.CL; CARMEN.ESCOBAR@SSMS.GOB.CL; DANIEL.VILLANUEVA@SSCONCEPCION.CL; DCRUCES@SSDR.GOB.CL; Direccion Ssi; FAYALA@SSMAULE.CL; Gabriela Rojas Marquez; Gabriela Rojas Marquez; Gloria Sepulveda; Guillermo Menay; GVERGARA@SSDR.GOB.CL; JARASER@SALUDAYSEN.CL; Jonathan Jelves; JQUINTEROS@SSMSO.CL; JULLOA@SSMSO.CL; LUCILA.FARFAN@SALUDOHIGGINS.CL; LUIS.URRA@SSBIOBIO.CL; María Margarita Rivero Sepúlveda; Mirtha Herrera; nuvia cuevas; oficina partes aysen; Oficina de Partes; Oficina de Partes; Oficina De Partes Dssa; Oficina De Partes DSSMC; Oficina de Partes Servicio de Salud Los Rios; Oficina Partes Sso; OFICINADPARTES.SSMSO@SSMSO.CL; OFICINADPARTES@SALUDARICA.CL; OFICINADPARTES@SSANTOFAGASTA.CL; oficinapartes ssmn; OFICINAPARTES.BIOBIO@SSBIOBIO.CL; Oficina de Partes SSAN; OFICINAPARTESSA@SALUDAYSEN.CL; Oficina Partes DSS Chiloé; OFPARTES@SALUDORIENTE.CL; ofpartes02 dssa; OFPARTESDSSAS@ASUR.CL; SSVSA-DIR-Omar López; Opartes Ssi; Rodrigo Martinez; RVELASQUEZ@SSDR.GOB.CL; Sandra Salazar; Servicio Salud Metropolitano Occidente; Yasmin Flores; Oficina Partes SSMOC; dssa.ofpartes; Oficina partes; SSVSA-DIR-Oficina de Partes Dirección SSVSA; Ruth Adaros; Sebastian Parada Araya

CC: Oficina de Partes; Alberto Parra Salazar
Asunto: ORD.856-863
Datos adjuntos: ORD.856.pdf; ORD.863.pdf

Estimad@s:

Junto con saludar, remito copia Ordinario N°856-863, para conocimiento y fines correspondientes.

Saludos cordiales.



Oficina de Partes
Ministerio de Salud, Mac-Iver 541, Santiago
Teléfono: (+56 2) 5740 202 | Anexo: 240-202
Teléfono: (+56 2) 5740 260 | Anexo: 240-260
Horario: Lun-Jue 8:30 a 17:00 | Vie: 8:30 - 16:00

