



INSTRUCTIVO DEL INFORME DIARIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

ENCABEZADO

Nombre del establecimiento: En este espacio se debe llenar el nombre del hospital.

Fecha: Se refiere a la fecha en la que se llevó a cabo la atención, se usa una hoja de Informe diario por cada fecha y turno de atención del médico de emergencia. Se debe seguir el siguiente orden: Día/Mes/Año.

Médico: Registrar Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno del **médico que realiza la atención**.

Matrícula: Registrar el número de matrícula profesional con la cuenta el médico.

Titular: Marcar (✓), cuando el médico cuente con un ítem o un contrato indefinido. Caso contrario dejar el espacio en blanco.

Suplente: Marcar (✓), cuando el médico que realiza la atención del día, se encuentre remplazando al médico titular en las siguientes situaciones: vacación, baja médica, contrato temporal, trabajo por convenio, riesgo compartido y toda aquella situación en la que el profesional médico no se encuentre como personal permanente de la institución.

Firma y Sello del Médico: En este espacio el profesional médico debe estampar su sello personal en el cual debe estar visible el nombre y apellido del profesional, la especialidad que tiene y el número de matrícula profesional.

Horario de Atención de: _____ A _____: Acá se registrara en **HORAS Y MINUTOS**, cuando inicia la consulta el médico y cuando se concluyó dicha actividad.

Número: (Columna) Se refiere al **número secuencial de orden** asignado al paciente este indica el orden de llegada y de atención que recibió el paciente una vez que ingresa al servicio de emergencia.

Número de la Historia Clínica o Número de Asegurado: (Columna 1) Se refiere al (**número**) asignado a la Historia Clínica de emergencias.

Apellido Paterno Materno y Nombre: (Columna 2) Registrar la identidad del paciente que acude a recibir la atención, en el siguiente orden: **Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)**

Tipo de Paciente: (Columna 3) En esta columna se debe de registrar el tipo de paciente que acude a la consulta, estos pueden ser: **Institucional**, se refiere al paciente que compra los servicios de la institución, y no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro. **SUMI**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro Universal Materno Infantil, y cuentan con un número de seguro. **SSPAM**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, cuentan con un número de seguro. **SOAT**, se refiere al paciente que sufrió algún accidente de tránsito y que por ley, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, cubre según la atención medica correspondiente. **Otros**, se refiere a los diferentes seguros con los cuales la institución tenga algún tipo de convenio.

Hora: (Columna 4 y 5) registrar la **hora y minutos**, en la que el paciente ingresa a consulta para recibir atención médica en el servicio de emergencia y la hora de egreso.

Edad y Sexo: (Columnas 6 y 7) Registrar con números la **edad cumplida**, en la columna (M) de masculino, si el paciente es varón, en la columna (F) femenino, si la paciente es mujer.

Exámenes Complementarios:

Laboratorio: (Columna 8) Marcar (✓), si se solicito pruebas de Laboratorio, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente, según protocolos de atención vigentes.

Rayos x: (Columna 9) Marcar (✓), si solicito estudios radiológicos, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

Ecografía: (Columna 10) Marcar (✓), si solicito estudios ecográficos, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

Tomografía Axial Computarizada: (Columna 11) Marcar (✓), si solicito estudios de Tomografía Axial Computarizada, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

Electrocardiograma: (Columna 12) Marcar (✓), si se realizo al paciente un electrocardiograma, sea este para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

Otros: (Columna 13) Marcar (✓), si solicito otros estudios o pruebas ej. Electroencefalograma, etc, sean estos utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

Diagnóstico(s): (Columna 14) Se refiere a los diagnósticos primero y segundo identificados en la Historia Clínica.

En los casos de Violencia identificar la Causa Externa Ej: Politraumatismo por Violencia en la Familia y/o Hecho de Tránsito.

En esta columna se debe escribir únicamente el o los diagnósticos utilizando para ello la misma casilla.

SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INMEDIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VE 302a.

CIE-10: (Columna 15) Registrar el código CIE-10 que corresponda según el diagnóstico. No debe ser llenado por el médico, debe ser codificado por el personal de estadística.

Tratamiento: (Columna 16) Se refiere al fármaco o placebo a utilizarse para atenuar la enfermedad.

Internación: (Columna 17) En caso de Internación del paciente registre el nombre del servicio al cual se le ingreso

Referencia de: (Columna 18) Registre el nombre del establecimiento que refiere al paciente, verifique boleta de referencia y Contra referencia. Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos de menor complejidad resolutive que son recibidos por el establecimiento para su atención. Ej. Paciente con Pancreatitis Aguda.

Referencia Justificada: (Columna 19) Marcar (✓), si la referencia realizada por el otro establecimiento es Justificada, cumpliendo la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia.

Referencia Adecuada: (Columna 20) Marcar (✓), si la referencia realizada por el otro establecimiento es Adecuada, cumpliendo la Norma Nacional de Referencia y Contra referencia.

Referencia Oportuna: (Columna 21) Marcar (✓), si la referencia realizada por el otro establecimiento es Oportuna, cumpliendo la Norma Nacional de Referencia y Contra referencia.

Contra referencia: (Columna 21) Registre el nombre del establecimiento al cual se envía el paciente, elabore boleta de referencia y contra referencia. Se entiende por el registro de pacientes inicialmente referidos del establecimiento a otros establecimientos de mayor complejidad que regresan para la continuación de su atención o tratamiento.

Curaciones:

Mayores, Medianas y Menores: (Columnas 20,21 y 22) Marcar (✓), si al paciente se le realizo alguno de las curaciones.

Suturas: (Columna 23)) Marcar (✓), si al paciente se le realizo sutura.