

INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION

1. N° INFORME

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO		Código del Establecimiento				
Apellido y nombre del paciente		5. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DN/VC/LE:				
3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	4. EDAD AL INGRESO Años Meses Días Horas Minutos	6. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE LA MADRE (para menores de 1 año) DN/VC/LE:				
7. RESIDENCIA HABITUAL (si reside en el exterior, indicar sólo país) Localidad Departamento/Partido		8. SEXO Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>				
Provincia País						
9. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A Obra social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o Mutua 2 <input type="checkbox"/> Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> Más de uno 4 <input type="checkbox"/> Ninguno 5 <input type="checkbox"/>						
10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN (último nivel de instrucción alcanzado; marcar una sola casilla) (para menores de 14 años consignar el nivel de instrucción del padre o de la madre) • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • Sistema Educativo No Reformado Primario Incompleto 02 <input type="checkbox"/> Completo 03 <input type="checkbox"/> Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Sistema Educativo Reformado Ciclos EGB (1ro. y 2do.) Incompleto 11 <input type="checkbox"/> Completo 12 <input type="checkbox"/> Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> • Superior o Universitario (Incompleto) 06 <input type="checkbox"/> (Completo) 07 <input type="checkbox"/>		11. SITUACIÓN LABORAL (para menores de 14 años consignar la situación laboral del padre o de la madre) Trabaja o está de licencia 1 <input type="checkbox"/> No trabaja { Busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> No busca trabajo 3 <input type="checkbox"/>				
12. OCUPACIÓN HABITUAL (para menores de 14 años consignar la ocupación habitual del padre o de la madre)						
13. FECHA DE INGRESO Día Mes Año	14. FECHA DE EGRESO Día Mes Año	15. TOTAL DÍAS DE ESTADA	16. TIPO DE EGRESO Alta médica 1 <input type="checkbox"/> Defunción 3 <input type="checkbox"/> Traslado a otro establecimiento 2 <input type="checkbox"/> Retiro voluntario 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>			
17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación)		CODIGOS				
18. OTROS DIAGNOSTICOS						
19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)						
20. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION (caso social o judicial)		21. DÍAS DE ESTADA POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS				
22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: none;">Producido por Accidente 1 <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:33%; border: none;">2. Lugar donde ocurrió Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Vía pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:33%; border: none;">3. Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.</td> </tr> </table>				Producido por Accidente 1 <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	2. Lugar donde ocurrió Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Vía pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	3. Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.
Producido por Accidente 1 <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	2. Lugar donde ocurrió Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Vía pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	3. Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.				
DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluidos los del producto de la gestación)						
23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Día Mes Año	24. EDAD GESTACIONAL semanas	25. PARIDAD Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.				
26. TIPO DE PARTO Simple 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL					
	27. PESO AL NACER EN GRAMOS	28. CONDICIÓN AL NACER Nac. vivo 1 Def. fetal* 2	29. TERMINACIÓN Vaginal 1 Cesárea 2	30. SEXO Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3		
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	* Incluye abortos.					

Firma del médico interviniente

Aclaración