

# INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION

1. N° INFORME

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

Firma del médico interviniente

Aclaración