

Área Estadística de la Salud

Compendio de Instrumentos e Instructivos de Estadística.

INTRODUCCION

La Secretaría de Salud se encuentra en un proceso de re estructuración incluyendo lo que son sus funciones, por ende, sus instancias se encuentran organizándose a fin de cumplir con las nuevas responsabilidades que implica el proceso.

El Área Estadística de la Salud (AES), dependencia de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) tiene actualmente entre sus principales asignaciones:

1. Recopilar y procesar los datos estadísticos de atención en salud ambulatorios y hospitalarios.
2. Generar reportes e indicadores de atención en salud y elaborar los respectivos informes.
3. Verificar la calidad de los datos.
4. Difusión de la información.

Para la captura de la información se cuenta con formularios tanto para atenciones ambulatoria como para las atenciones brindadas en hospitalización. Se tienen herramientas informáticas con las que se realiza el procesamiento de los datos, los cuales pueden ser desagregados por Región Sanitaria, Municipio, Establecimiento de Salud, grupo de edad y en el caso de egreso y defunción por sexo.

La última actualización de los instrumentos de captura y de procesamiento se llevó a cabo en el 2005 y 2007, desde entonces algunos han sufrido modificaciones puntuales de ahí la necesidad de elaborar un documento conteniendo los formularios e instructivos oficiales que se encuentran en uso en Estadística e instrucciones sobre responsables del llenado, fechas de entrega, periodo de conservación y flujo.

Objetivo General.

El Compendio de Instrumentos e Instructivos de Estadística tiene por objeto dar a conocer los instrumentos oficiales que se encuentran vigentes.

Objetivos Específicos.

El Compendio de Instrumentos e Instructivos de Estadísticas pretende:

- Estandarizar los formatos de recolección de datos.
- Homogenizar la forma de recepción, archivo y conservación de los instrumentos.
- Brindar el flujo de la información con sus tiempos de entrega.

El Sistema de Información vigente en el Área Estadística de la Salud incluye formatos de captura diaria y consolidados mensuales. A continuación, se brinda un resumen de las acciones prioritarias a tomar con dichos formatos de acuerdo al nivel:

Nivel	Acciones
Establecimiento de Salud	En el caso de Atenciones Ambulatorias: • El personal del Establecimiento de Salud (ES) que brinda la consulta debe llenar el formulario de Atenciones Ambulatorias (ATA) en forma diaria. • Al final del día debe sumar y consolidar la información diaria ya sea en: ✓ Informe Diario Mensual de Atenciones Ambulatorias (AT2 diario) ✓ Informe Diario Mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS diario-mensual) ✓ Informe Diario Mensual de Vacunas • Los Informes Mensuales consolidados (AT2_R, TRANS, VAC2) debe ser enviado al Área / Municipio en los primeros cinco días del mes siguiente. En el caso de los Hospitales: • Llenar las Hojas de Hospitalización con los datos de ingreso y egreso según el caso. • Llenar en forma diaria el Censo hospitalario. • En los primeros 10 días del mes siguiente deben estar las copias de Hojas de Hospitalización debidamente codificadas en el Nivel Central, en caso de ser una defunción se debe enviar copia del Certificado.
Área / Municipio	• Recibe los Informes Mensuales (AT2-R, TRANS, VAC2) consolidado por ES. En los primeros siete días del mes siguiente envía la información a la Región Sanitaria, previa revisión, detecta errores y completa la información.
Región Sanitaria	• Recibe los Informes Mensuales consolidado en forma manual en los primeros siete días del mes siguiente. • Revisa y digita en las herramientas (AT2, TRANS, SIVAC) por ES. • Envía a Nivel Central (Área Estadística de la Salud) la base de datos en forma electrónica (correo electrónico, CD, USB) y en físico en los primeros 10 días del mes siguiente.
Nivel Central (Área Estadística de la Salud)	• Recibe de las Regiones Sanitarias los Informes Mensuales consolidados por Regiones en forma electrónica y física, revisa y genera información para la toma de decisiones, retroalimentando a las Regiones. • Recibe de los Hospitales copia de la Hoja de Hospitalización debidamente codificada y en forma electrónica recibe los egresos digitados en cada hospital. Brinda control de calidad y genera información a partir de las bases de datos.

Todos los niveles deben analizar la calidad de la información, para la toma de decisiones.

Recepción de los Formularios.

Se debe contar con un **Cuadro de Acuse de Recibo** tanto en las Regiones Sanitarias como en el Nivel Central, el cual debe ser archivado en un folder debidamente identificado con el año y nombre del cuadro, se deberá conservar por un año.

En las casillas se debe anotar una “S” (si) se recibió el formato y una “N” en el caso de que no se haya recibido.

A. Cuadro de Acuse de Recibo del Nivel Regional:

CUADRO DE ACUSE DE RECIBO															
NIVEL REGIONAL															
Región Sanitaria _____ MES: _____ AÑO _____															
Nombre del Establecimiento de Salud	FORMULARIOS RECIBIDOS												FECHA DE RECIBIDO	LA PERSONA QUE ENTREGA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE
	AT2-R	TRANS	ODONT	LAB	VOL SAL	SINO VA	VAC 2	ACT. HOSP	LAB PART	HOJA HOSP	INF DEF	CERT DEF			

Nota: En Establecimiento de Salud se incluye el Hospital.

LAB PART, se refiere a la hoja de Labor y Parto de las Clínicas Materno Infantil y Hospital

B. Cuadro de Acuse de Recibo de Nivel Central de las Regiones Sanitarias:

CUADRO DE ACUSE DE RECIBO											
NIVEL CENTRAL DE REGIÓN SANITARIA											
MES: _____ AÑO _____											
Nombre de la Región Sanitaria	FORMULARIOS RECIBIDOS								FECHA DE RECIBIDO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE
	AT2-R	TRANS	ODONT	LAB	VOL SAL	SINO VA	VAC 2	LAB PART			

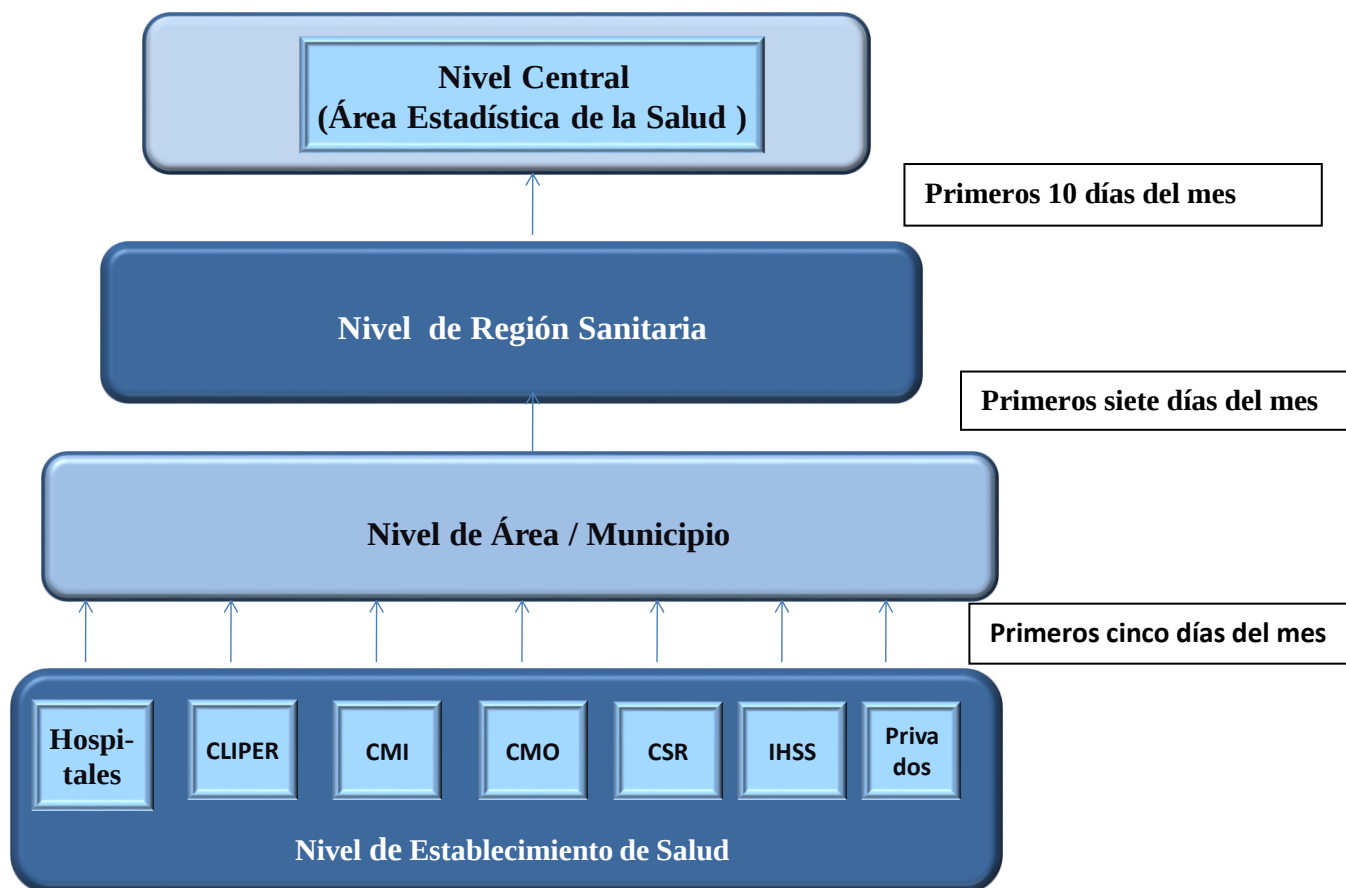
Nota: LAB PART, se refiere a la hoja de Labor y Parto de las Clínicas Materno Infantil y Hospital.

C. Cuadro de Acuse de Recibo de Nivel Central de los Hospitales:

CUADRO DE ACUSE DE RECIBO															
NIVEL CENTRAL DE LOS HOSPITALES															
MES: _____ AÑO _____															
Nombre del Hospital	FORMULARIOS RECIBIDOS												FECHA DE RECIBIDO	LA PERSONA QUE ENTREGA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE
	AT2-R	TRANS	ODONT	LAB	VOL SAL	SINO VA	VAC 2	ACT. HOSP	LAB PART	HOJA HOSP	INF DEF	CERT DEF			

Nota: LAB PART, se refiere a la hoja de Labor y Parto de las Clínicas Materno Infantil y Hospital

Flujo de la Información.



Archivo de los Formularios.

Los formularios se archivarán en cada Establecimiento de Salud y Región Sanitaria por personal encargado de realizar esta actividad o por el Departamento Estadística en donde exista, de la siguiente forma:

- El ATA, ATO, VAC1 y SINOVA1 se archivarán en forma diaria y por formulario utilizando un fastener. En el caso de los hospitales se separan de acuerdo al Servicio (Consulta Externa o Emergencia).
- En caso de los consolidados mensuales, ejemplo AT2_R, TRANS, VAC2, etc., se rotula un folder con nombre del formulario y el año a que corresponde y el archivo de los formatos se hace en forma mensual.
- Cada folder se guarda en un archivo metálico por orden alfabético del nombre del formulario.

Conservación de los Formularios.

Los formularios de captura diaria (ATA, ATO, VAC1 y SINOVA1) se conservarán por cinco años, en el caso de los informes mensuales consolidados se mantendrán en archivo por tres años en físico y una vez que se encuentren en forma electrónica la conservación es permanente.

En el caso del Censo Diario que se realiza en los hospitales la conservación será por un año.

Agradecimiento especial.

En la elaboración del presente Compendio se contó con la valiosa colaboración de la Técnica en Estadística, **MARÍA ALBA LUZ MARTÍNEZ CABALLERO**, Jefa del Departamento de Estadística del Hospital de Occidente, quien brindó sus conocimientos con gran espíritu de cooperación e iniciativa.

Formularios e Instructivos

Establecimiento: _____ Código: _____ Tipo de establecimiento: _____ Departamento: _____ Municipio: _____
 Profesional de Salud: _____ Nombre: _____ Fecha: (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____

SERVICIO DE	Consulta externa	☐	Emergencia	☐
ATENCIÓN	Filtro	☐	Especialidad	_____

[illegible]

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO ESTADÍSTICO DE **ATENCIONES AMBULATORIAS**

El formulario estadístico de Atenciones Ambulatorias (**ATA**) es un instrumento que recolecta información de los usuarios del sistema de salud del país. Este nos permite caracterizar los diferentes estados morbosos, grupos y espacios poblacionales, para facilitar la vigilancia de los eventos de salud, valorar el impacto de las estrategias desarrolladas por los programas, proveer estadísticas e indicadores, los cuales constituyen un elemento importante en la toma de decisiones.

OBJETIVO: Registrar las atenciones realizadas en las consultas externa, de emergencia y filtro, en los diferentes establecimientos de salud del país.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario el siguiente personal de salud: Auxiliar de enfermería, Enfermera Profesional en servicio social, Enfermera profesional, Médico en servicio social y Médico General o especialista, o cualquier otro profesional que brinde atención a los usuarios de los servicios de salud.

FLUJO DEL FORMULARIO: Este formulario será llenado diariamente en el Establecimiento de Salud (ES); al final del mes se llenará el Informe Mensual de Atenciones Ambulatorias (AT2) que se enviará junto con los demás informes mensuales al área o Municipio para revisión, en los primeros 5 días del mes siguiente al que corresponden los datos.

CONSERVACIÓN: Se conservarán en papel en el ES por un período de cinco (5) años y de manera permanente en forma electrónica en la Región Sanitaria y en el Nivel Central.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al oficial de estadística encargado.

No se deberán utilizar abreviaturas o siglas en el llenado.

El formulario esta dividido en dos partes principales: Datos de Identificación y Cuerpo del Formulario.

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A continuación, se describen las variables que constituyen los datos de identificación.

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial de la Unidad de Salud, en la cual se están prestando los servicios.

CÓDIGO: registre el número o Código asignado a ese establecimiento. (**Registro de Unidades de Salud - RUS**)

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: anote CESAR, CESAMO, CLINICA MATERNO INFANTIL, CLIPER, HOSPITAL DE AREA, HOSPITAL REGIONAL, HOSPITAL NACIONAL, según corresponda.

DEPARTAMENTO: escriba el nombre del departamento al cual pertenece la US.

MUNICIPIO: registre el nombre del municipio al que está adscrita la US.

LOCALIDAD: escriba el nombre de la localidad a la cual pertenece la US

PROFESIONAL DE SALUD: escriba el tipo de profesional de salud que brinda la atención: Auxiliar de enfermería, Enfermera Profesional en servicio social, Enfermera Profesional, Médico en servicio social, Médico General o especialista, según corresponda.

NOMBRE: anote el nombre completo del profesional de salud que brinda la atención.

FECHA: consigne en los espacios, el día, mes y año en que se brinda la atención, según el formato dd/mm/aa.

SERVICIO DE ATENCIÓN: marque con una X, el servicio respectivo: Consulta Externa, Emergencia o Filtro, en donde se brinda la atención. Además, en el espacio **Especialidad**, anote la que corresponda al servicio; por ejemplo, medicina interna, pediatría, etc.

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

A continuación, se describen las variables que constituyen el cuerpo del formulario.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: anote el número de Historia Clínica de la persona que recibe la atención, (el paciente debe tener un número asignado, no se admiten “temporales”).

NOMBRES Y APELLIDOS: escriba de manera legible el nombre completo de la persona que es atendida, anotando los dos nombres y los dos apellidos de la misma, (si es un recién nacido a quien aún no le han dado un nombre, se escribirá “Recién nacido denombre de la madre”).

NÚMERO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE: consigne el número de la tarjeta de identidad del paciente, con formato: XXXX-XXXX-XXXXX, previa confirmación de la misma.

SEXO: escriba en el espacio en blanco una **H** para las atenciones brindadas a los hombres y una **M** en el caso de atenciones brindadas a mujeres.

FECHA DE NACIMIENTO: registre el día, mes y año correspondiente a la fecha de nacimiento del paciente, ejemplo: si un paciente nació el 6 de febrero de 1964, usted deberá escribir: 06/02/64.

EDAD: si el paciente es menor de 30 días, anote la edad en la casilla correspondiente a días (1 a 29 días). Si el paciente es mayor o igual a 30 días y menor de un año, anote la edad que corresponda en la casilla meses (1 a 11 meses, 29 días). Si tiene un año o más de edad, anote en la casilla años: (12 meses en adelante).

Recuerde que solo se llenará una casilla, ya que se consignan días, meses o años cumplidos.

PACIENTE: si es la primera vez que el paciente consulta al establecimiento en ese año, anote **N** (nuevo). Si, por el contrario, el paciente ya tiene una consulta previa anote **S** (subsiguiente).

PROCEDENCIA: registre el nombre del Departamento, Municipio y Localidad de donde viene la persona atendida, en la casilla respectiva.

DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD: encontrara tres espacios destinados al registro de diagnósticos o actividades desarrolladas en la consulta con el paciente.

Usted podrá escribir el nombre de uno o más diagnósticos, una o más actividades o una combinación de ambos. Por ejemplo: bronquitis, toma de citología, revisión de DIU, control de crecimiento y desarrollo etc. En el caso de no tener tres diagnósticos/actividades, se consignarán únicamente los encontrados.

CONDICIÓN: en esta casilla, anote si el o los diagnósticos / actividades, son nuevas en cuyo caso se debe escribir **N**; por el contrario, si el diagnostico o la actividad en ese paciente en consultas anteriores ya ha sido registrada, se anotará **S** (seguimiento).

REFERENCIA: si el paciente es referido a otro centro asistencial, escriba en la casilla **Enviada a**, el nombre de la US a la cual se envió. Si el paciente, viene referido de una US, anote en la casilla **Recibida de**, el nombre de dicha Unidad.

En el caso de que la referencia sea para una inter-consulta en el mismo hospital, anote en la casilla **Enviada a**, el nombre del servicio al que se está consultando. En el caso de que se reciba el paciente, anote en la casilla **Recibida de**, el nombre del servicio de donde envían al paciente.

Tipo de establecimiento: Departamento Municipio

[illegible]

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE *ATENCIONES DE ODONTOLOGÍA*

El formulario estadístico de Atenciones de Odontología (ATO) es un instrumento que recolecta información de los usuarios del servicio de odontología del sistema de salud del país. Este nos permite caracterizar la salud oral, los diferentes estados morbosos, grupos y espacios poblacionales, valorar el impacto de las estrategias desarrolladas por el programa, proveer estadísticas e indicadores, los cuales constituyen un elemento importante en la toma de decisiones.

OBJETIVO:

Registrar las atenciones impartidas por los Odontólogos de las diferentes Establecimientos de Salud.

PERSONA RESPONSABLE: El que brinda la atención debe llenar el producto de la misma diariamente en una hoja anotando un paciente en cada línea y tomando los datos de la historia clínica correspondiente.

FLUJO DEL FORMULARIO: Este formulario será llenado diariamente en el Establecimiento de Salud (ES); al final del mes se llenará el Informe Mensual de Atenciones Odontológicas que se enviará junto con los demás informes mensuales al área o Municipio para revisión, en los primeros 5 días del mes siguiente al que corresponden los datos.

CONSERVACIÓN: Se conservarán en papel en el ES por un período de cinco (5) años y de manera permanente en forma electrónica en la Región Sanitaria y en el Nivel Central.

LLENADO DEL FORMULARIO:

I.-IDENTIFICACIÓN:

ESTABLECIMIENTO: anotar el nombre de la Establecimiento de Salud, a que correspondan los datos de las atenciones en ese período.

CÓDIGO: Registrar el Código asignado a ese establecimiento.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Registrar el nivel de servicio que brinda la atención (CESAR, CESAMO, CLINICA MATERNO INFANTIL, CLIPER, HOSPITAL DE AREA, HOSPITAL REGIONAL, HOSPITAL NACIONAL).

DEPARTAMENTO: Anotar el nombre del departamento al cual pertenece la ES.

MUNICIPIO: Anotar el nombre del municipio a que está adscrita la ES.

PROFESIONAL DE SALUD: Especifique la categoría de quien brinda la atención.

NOMBRES: Anote el nombre completo del Profesional de salud.

FECHA: Anotar el día, mes y año en que se brinda la atención.

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: Anotar el número de Historia Clínica de la persona que recibe la atención.

NOMBRES Y APELLIDOS: Anotar los dos nombres y dos apellidos del paciente.

NÚMERO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE: Consignar el número de la tarjeta de Identidad del paciente, con formato: XXXX-XXXX-XXXX, previa confirmación de la misma.

SEXO: Anotar una H en caso de que el paciente atendido sea un hombre y M en el caso de que sea una mujer.

FECHA DE NACIMIENTO: Registrar el día, mes y año correspondiente a la fecha de nacimiento del paciente, ejemplo: 07/08/59, si nació el siete de agosto de mil novecientos cincuenta y nueve.

EDAD: Anote el número de años, meses o días que tiene el paciente, en la casilla que corresponda. Recuerde que solo se llenará una casilla, ya que se consignan días, meses o años cumplidos.

PACIENTE: Anotar N (nuevo), si el paciente hace una consulta por primera vez en el año, o S (subsiguiente) si el paciente ya tiene una consulta previa.

PROCEDENCIA: Anotar el nombre del Departamento, Municipio y Localidad de donde viene la persona atendida.

DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD:

Hay tres espacios en los cuales se pueden anotar ya sea el nombre de una patología, o de una actividad. Por ejemplo: exodoncia, absceso pulpar etc. Se debe tener presente que se pueden registrar ya sean tres diagnósticos diferentes, o tres actividades o cualquier combinación entre ellas. En el caso de no tener tres diagnósticos/actividad, se consignará únicamente los encontrados.

En cada uno de estos diagnósticos / Actividad, se debe anotar la **CONDICIÓN:** N, si es nuevo o S, si es repetido o seguimiento.

REFERENCIA:

ENVIADO A: y REFERIDO DE: anotar el nombre del establecimiento A donde se envía la referencia o DE donde viene el paciente, según corresponda.

INOVA-2016 (v5)

[illegible]

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO *SISTEMA NOMINAL DE VACUNACIÓN*

OBJETIVO: a) Registrar diariamente en los diferentes establecimientos de salud las vacunas aplicadas intra y extra muros, a los niños menores de cinco años de edad, según esquema de vacunación vigente, por tipo y grupos de edad, así como los datos de identificación personal del niño y de su domicilio.

b) Servir de fuente de datos para la aplicación informática de captura de los mismos.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario: la Auxiliar de Enfermería, Enfermera Profesional en Servicio Social, Enfermera Profesional, o cualquier otro profesional que brinde servicios de vacunación.

FLUJO DEL FORMULARIO: Este formulario será llenado diariamente en el Establecimiento de Salud (ES); al final del mes el mismo se enviará junto con los demás informes mensuales al área o Municipio para revisión, en los primeros 5 días del mes siguiente al que corresponden los datos, al séptimo día deben enviarse al Área de Gestión de la Información de la sede Regional correspondiente o del Municipio donde se procesarán los datos en la aplicación diseñada para tal fin y, una vez realizado esto, se entregará a la supervisora quien la devolverá a cada uno de los Establecimientos de Salud, en la reunión mensual. (Es decir en cada reunión mensual se devolverá el o los formularios del mes anterior).

El día 10 de cada mes, debe enviarse al Área Estadística de la Salud del Nivel Central (AES), el archivo electrónico correspondiente al mes anterior, ya sea por internet o cualquier medio electrónico.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel en el ES por un período de cinco años y permanente de manera electrónica en la Región Sanitaria y en la oficina Central del AES.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al Oficial de Estadística encargado.

No se deben utilizar abreviaturas o siglas en el llenado de los siguientes campos: nombre y apellidos del niño, nombre de la madre/responsable.

El formulario está dividido en dos partes principales: Datos de Identificación y Cuerpo del Formulario.

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A continuación, se describen las variables que constituyen los Datos de Identificación.

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial del Establecimiento de Salud, en el cual se están prestando los servicios.

CÓDIGO: registre Código asignado a ese establecimiento, en el **Registro de Unidades de Salud – RUPS**.

DEPARTAMENTO: escriba el nombre del Departamento al cual pertenece el ES, en caso de que el espacio resulte insuficiente puede abreviar el nombre.

MUNICIPIO: registre el nombre del Municipio al que está adscrito el ES.

LOCALIDAD: escriba el nombre de la localidad a la cual pertenece el ES.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: anote el nombre completo del profesional de salud que llena el formulario.

FIRMA: firma del profesional de salud que llena el formulario

LUGAR DE VACUNACIÓN: registrar con una “X” en la casilla Intramuro o Extramuro, según corresponda, si la vacunación se realiza en la sede del Establecimiento de Salud o en el Área Geográfica de Influencia.

FECHA: consigne en los espacios, el día, mes y año en que se brinda la atención. (Ejemplo 15/05/2016 o 15/05/16).

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

A continuación, se describen las variables que constituyen el cuerpo del formulario.

NÚMERO DE IDENTIDAD DEL NIÑO:

Número oficial: Si el padre, madre o responsable del niño presenta documento de inscripción o boleta de nacimiento oficial del Registro Nacional de las Personas (RNP) escriba de manera legible y con lápiz tinta, el número de identidad del niño con formato de 13 dígitos (Ejemplo: 0801-2016-00350).

Número provisional:

En el caso de que el padre, madre o responsable del niño no presente comprobante de inscripción o el niño no lo haya inscrito en el RNP, se le debe asignar el número de identidad de la madre.

En la casilla destinada a No. de hijo, se debe registrar el número de hijo de cada madre (Ejemplo hijo 1, hijo 2, hijo 7, etc.) para evitar duplicidad al registrar varios hijos de una misma madre.

En cada Establecimiento de Salud se debe destinar un libro único para registrar los números provisionales con el fin de poder cambiar al número de identidad oficial del niño cuando sea presentado por sus padres y mantener registro para evitar duplicidad.

Las variables a incluir en el libro único son:

Número provisional (identidad de la madre)	No. de hijo	Número oficial del niño RNP	Nombre del niño

Después de registrar el número provisional en el libro único, se debe registrar siempre en lápiz grafito en el formulario SINOVA-1, en el Carnet del Niño en la parte superior y en el LINVI.

En la siguiente visita, cuando el padre, madre o responsable del niño presente constancia de inscripción o boleta de nacimiento del RNP, se seguirán los siguientes pasos:

- a) El número de identidad oficial se registrará en el libro único, en lápiz tinta.
- b) En el Carnet del Niño se anotará el número oficial en el espacio destinado para tal fin. No borrar el número provisional.
- c) Se registrarán ambos números (oficial y provisional) en el formulario SINOVA-1 del día de vacunación (única vez que se anotarán ambos números), a fin de poder buscarlo y reemplazarlo en la base digital para evitar la duplicidad.
- d) Se borrará el número provisional del LINVI y se registrará el número oficial en el sitio destinado a número de identidad.

Niños que proceden de otros Establecimientos de Salud y Hospitales:

- a) El número provisional asignado en el ES donde nació o procede el niño, debe conservarse y utilizarse en cualquier otro ES a donde el niño acuda por vacunación, registrándolo en el LINVI de la comunidad donde pertenece, hasta que se reemplace por el número oficial, al presentar su boleta o constancia de inscripción del RNP.
- b) En el caso de los niños que nacieron o proceden de otro ES en donde se le asignó un número provisional y además porta su boleta de inscripción del RNP, se registrarán ambos números (oficial y provisional) en el formulario SINOVA-1 (única vez que se anotarán ambos números), a fin de poder identificarlo en la base digital, sustituirlo y evitar la duplicidad.

En el caso que el niño sea extranjero, se registrará el número de pasaporte, o si presenta otro documento, se registrará el número correspondiente.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO: escriba de manera legible el nombre completo del niño anotando los nombres y los apellidos.

FECHA DE NACIMIENTO: registre el día, mes y año correspondiente a la fecha de nacimiento del niño. Ejemplo: si el niño nació el 6 de febrero de 2016, debe escribir: 06/02/2016 ó 06/02/16

SEXO: escriba una **X** según corresponda bajo la columna **H** cuando el sexo del niño vacunado es hombre y bajo la columna **M** en el caso que sea mujer.

LUGAR DE NACIMIENTO: registre en la casilla respectiva el nombre del Departamento y Municipio donde nació el niño. Estas casillas se dejarán en blanco en el caso de niños extranjeros.

LUGAR DE RESIDENCIA: registre en la casilla respectiva el nombre del Departamento, Municipio, Localidad, y la dirección o referencia donde vive el niño. (Ejemplo: Valle, San Lorenzo, Colonia Miraflores, calle principal, casa No.166, frente mercadito las Gemelas).

TELEFONO FIJO O CELULAR: registre el número de teléfono fijo o móvil (celular) de la madre o responsable del niño vacunado. Si no tiene teléfono escribir no tiene o NT.

GRUPO POBLACIONAL AL QUE PERTENECE: registre el grupo indígena o Afrodescendiente al que pertenece el niño vacunado. (Lenca, Garífuna, Tolpanes o Jicaques, Misquitos, Pech, Chortís, Tawahka Negros de habla inglesa), Mestizo; o si es extranjero.

NOMBRE DE LA MADRE / RESPONSABLE: escriba de manera legible el nombre completo de la madre o responsable del niño anotando los nombres y los apellidos de la misma.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN: marcar con ‘X’ en la columna que corresponda a la (s) vacuna (s) aplicada (s) al niño.

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS
ÁREA ESTADISTICA DE LA SALUD / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

FORMULARIO DE REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN

ESTABLECIMIENTO: _____

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

FIRMA: _____

DÍA: _____

MES: _____

AÑO: _____

No.	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PROCEDENCIA COLONIA ALDEA	Hepatitis B	B.C.G.				POLIO								PENTAVALENTE (DPT-HepB-Hib)***						NEUMOCOCO						ROTAVIRUS			S.R.P.****				DPT				VITAMINA A					
									VPI*	VOP**			VPI	VOP																															
					RN	R.N.	-1 A	1-4 A	2 M	- 1 AÑO			1-4 AÑOS			18M	- 1 A			1-4 A			- 1 A			1-A AÑOS	2 M a -1 A		12-23 M	2-4 A	18 M	4-5 A	6-11M	1-4 A		PUERPERAS									
DU	DU	DU	DU	1a	2a	3a	1a	2a	3a	R	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	DU	1a	2a	DU	DU	1R	2R	1a	1a	2a	D.U.															
1																																													
2																																													
3																																													
4																																													
5																																													
6																																													
7																																													
8																																													
9																																													
10																																													
11																																													
12																																													
13																																													
14																																													
15																																													
16																																													
17																																													
18																																													
19																																													
20																																													
21																																													
22																																													
23																																													
24																																													
25																																													

*VPI: Vacuna de Poliovirus Inactivada

** VOP: Vacuna oral de Poliovirus

***Pentavalente: DPT- HepB - Hib=Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b

****SRP: Sarampión, Rubéola y Parotiditis

revisado 27 octubre 2016

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS																	
ÁREA ESTADISTICA DE LA SALUD / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES																	
FORMULARIO DE REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN																	
ESTABLECIMIENTO: _____				COD: _____		DEPARTAMENTO: _____				MUNICIPIO: _____							
NOMBRE RESPONSABLE: _____				FIRMA: _____				DIA: _____				MES: _____					

No.	NOMBRE	PROCEDENCIA COLONIA ALDEA	TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (Td)													VPH*****	
			11años	21 años	EMBARAZADAS					OTROS GRUPOS					NIÑAS 11 AÑOS		
			R	R	1a	2a	3a	4a	5a	1a	2a	3a	4a	5a	R	1a	2a
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
TOTALES																	

*****VPH:Virus del Papiloma Humano	revisado 27 octubre 2016
------------------------------------	--------------------------

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO VAC1 Y VAC2

OBJETIVO: a) Registrar diariamente en los diferentes establecimientos de salud las vacunas aplicadas intra y extra muros, a los niños menores de cinco años de edad y grupos especiales según esquema de vacunación vigente, por tipo y grupos de edad, así como los datos de identificación personal (VAC1).

b) Servir de fuente de datos para la aplicación informática de captura de los mismos.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario: la Auxiliar de Enfermería, Enfermera Profesional en servicio social, Enfermera Profesional, o cualquier otro profesional que brinde servicios de vacunación.

FLUJO DEL FORMULARIO:

El documento de Normas y Procedimientos del PAI de Honduras del año 2011, establece en el capítulo XV el proceso de flujo de datos de su sistema de información establecido, el cual se define a continuación.

Los establecimientos de salud registran cada acto de vacunación, intramural y extramural, en el formulario de Registro diario llamado VAC 1, el cual captura los datos de vacunación a nivel nominal en papel para los niños menores de 5 años.

En el VAC 1, se registran los siguientes datos:

- Nombres y Apellidos del Niño
- Fecha de nacimiento
- Procedencia (Colonia, Aldea)
- Vacunación por dosis del esquema regular de vacunación.

En el momento de la vacunación de cada niño, también se realiza el llenado del Carnet de Vacunación único nacional. Al final del día la encargada de la sala de vacunación debe sumar y consolidar la información diaria del VAC 1 en el formulario VAC 2.

Por otro lado, el establecimiento de salud lleva registros paralelos de los niños, registrando el acto de vacunación en listados denominados Listados de Niños de Vigilancia Integral (LINVI); de acuerdo a su procedencia se designa un listado para los niños pertenecientes a cada área de influencia de responsabilidad del ES y un listado temporal de niños pertenecientes a otras aldeas y colonias.

Adicional a esto, las encargadas de las salas de vacunación, generan listados de los niños que tienen que recibir alguna vacuna durante ese mes y de los niños inasistentes a la vacunación en el mes anterior.

Posteriormente al final del mes, y de acuerdo a la normativa establecida, se generan los consolidados mensuales en el formulario denominado VAC 2, en el cual se suman por día de un mes específico y por tipo de vacuna y dosis, el número de dosis administradas diariamente. En este formulario se

identifica el establecimiento, departamento, municipio, nombre del responsable, firma del responsable, mes y año.

En el caso de los grupos especiales y niños mayores de 5 años, el procedimiento es el mismo al anterior, sin embargo, los formularios son diferentes: para el registro diario se utiliza el formulario GE 1 y para el consolidado mensual se utiliza GE 2. Para la vacunación de influenza, el procedimiento es el mismo, sin embargo, los formularios son diferentes: para el registro diario se utiliza el formulario especial diario de Influenza 1 y para el consolidado mensual se utiliza el formulario especial consolidado mensual Influenza 2.

Estos consolidados mensuales se deben entregar en los primeros cinco días del mes siguiente en reuniones sectoriales mensuales. Para esto, el establecimiento de salud elabora 3 copias del formulario, para entregar dos al municipio y mantener una en los archivos del establecimiento de salud.

En las reuniones sectoriales mencionadas anteriormente, las enfermeras municipales se reúnen con los delegados de cada establecimiento de salud, donde se revisa el vaciado de los formularios diarios en los consolidados mensuales, además de compartir aquellos registros de vacunación pertenecientes a otras áreas de influencia. La entrega de los consolidados se registra en un control de informes con fecha de entrega, asegurándose de revisar que dichos consolidados vengan completos y sin errores para su posterior envío a la región sanitaria.

La región recibe los consolidados mensuales VAC 2 en los primeros siete días del mes siguiente. Una vez que la región tiene las copias, los estadísticos registran en el sistema computacional SIVAC los consolidados mensuales provenientes de cada establecimiento de salud, para luego enviar al nivel central la base de datos en forma electrónica (correo electrónico, CD y/o USB) y en físico el VAC 2 mediante oficio.

El nivel central (AES) recibe de las regiones sanitarias, durante los primeros diez días del mes siguiente el VAC 2 consolidado vía electrónica y física, para luego revisar y generar información para la toma de decisiones y retroalimentación a las regiones.

En el caso del subsector privado, el procedimiento es igual al subsector público.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel en el ES por un período de cinco años el VAC1 y por res años el VAC2 y de manera electrónica permanente en la Región Sanitaria y en la oficina Central del AES.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al oficial de estadística encargado.

No se deben utilizar abreviaturas o siglas en el llenado de los siguientes campos: nombre y apellidos del niño, nombre de la madre/responsable.

El formulario está dividido en dos partes principales: Datos de Identificación y Cuerpo del Formulario.

I-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A continuación, se describen las variables que constituyen los datos de identificación.

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial del Establecimiento de Salud, en el cual se están prestando los servicios.

CÓDIGO: registre Código asignado a ese establecimiento, en el **Registro de Unidades de Salud – RUPS**.

DEPARTAMENTO: escriba el nombre del departamento al cual pertenece el ES, en caso de que el espacio resulte insuficiente puede abreviar el nombre.

MUNICIPIO: registre el nombre del municipio al que está adscrito el ES.

LOCALIDAD: escriba el nombre de la localidad a la cual pertenece el ES.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: anote el nombre completo del profesional de salud que llena el formulario.

FIRMA: firma del profesional de salud que llena el formulario

MES: Anotar el mes al que se brinda las atenciones.

AÑO: Anotar el año en curso a que se refieren las atenciones registradas.

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

A continuación, se describen las variables que constituyen el cuerpo del formulario.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN: marcar con “X” en la columna que corresponda a la (s) vacuna (s) aplicada (s).

SECRETARÍA DE SALUD		HOJA DE HOSPITALIZACIÓN		HH 2016	
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD					
HONDURAS, CA					

ESTABLECIMIENTO:		CÓDIGO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA																																			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		NÚMERO DE IDENTIDAD																																			
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN:																																		
DÍA MES AÑO	1. HORAS 2. DIAS 3. MESES 4. AÑOS	1. HOMBRE 2. MUJER	1. CASADO 2. SOLTERO 3. VIUDO 4. UNIÓN LIBRE 5. DESCONOCIDO 6. NO APLICA	1. EMPLEADO PÚBLICO 2. EMPLEADO PRIVADO 3. SERVICIO DOMESTICO 4. DESEMPLEADO 5. NEGOCIO PROPIO O SOCIO 6. NO APLICA																																			
RESIDENCIA: DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		LOCALIDAD: (BARRIO O COLONIA NÚMERO DE CASA)																																			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:		DIRECCIÓN EXACTA:			TELÉFONO:																																		
NOMBRE DEL PADRE:		NOMBRE DE LA MADRE:																																					
INGRESO POR:		INGRESO A:		FECHA DE INGRESO																																			
1. C. EXTERNA 2. EMERGENCIA 3. NACIMIENTO		SERVICIO SALA		DÍA: MES: AÑO: HORA: am pm																																			
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:		1) 2) 																																					
CAUSA DE ACCIDENTE O VIOLENCIA:		LUGAR DE ACCIDENTE O VIOLENCIA:																																					
☐ VEHÍCULO MOTORIZADO ☐ OTRO TRANSPORTE ☐ CAÍDA ☐ MAQUINARIA ☐ INCENDIO O EXPLOSIÓN		☐ FENÓMENO NATURAL ☐ ASALTO / AGRESIÓN ☐ INTENTO DE SUICIDIO ☐ EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS		☐ TRABAJO ☐ VÍA PÚBLICA ☐ VMENDA ☐ DESCONOCIDO ☐ CENTRO DE ESTUDIOS ☐ CENTRO MÉDICO ☐ DEPORTE O DIVERSIÓN ☐ OTROS:																																			
TRASLADO A:		FECHA DE TRASLADO		EGRESO DE:		FECHA DE EGRESO																																	
SERVICIO SALA		DÍA MES AÑO		SERVICIO SALA		DÍA MES AÑO																																	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:		CÓDIGO																																					
PRINCIPAL: 1)		<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																					
2)																																							
3)																																							
4)																																							
OPERACIONES		CÓDIGO																																					
PRINCIPAL: 1)		<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																					
2)																																							
3)																																							
4)																																							
CONDICIÓN DE EGRESO		RAZÓN DE EGRESO		REFERIDO A:		AUTOPSIA																																	
1. IGUAL CONDICIÓN 2. MEJORADO 3. CURADO 4. FALLECIDO		1. ALTA MÉDICA 2. ALTA EXIGIDA 3. FUGA 4. REFERIDO 5. FALLECIDO				SI NO																																	
PARTO O ABORTO:																																							
PERSONAL QUE ATENDIÓ EL PARTO:		DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO																																					
☐ ESTUDIANTE ☐ MÉDICO ESPECIALISTA ☐ MÉDICO GENERAL ☐ AUXILIAR DE ENFERMERÍA ☐ RESIDENTE ☐ ENFERMERA PROFESIONAL ☐ EXTRAHOSPITALARIO		No.	SEXO		CONDICIÓN AL NACER		PESO AL NACER																																
			HOMBRE	MUJER	VIVO	MUERTO	EN GRAMOS																																
		1																																					
Número de embarazos incluyendo éste:		2																																					
Período de gestación: (en semanas)		3																																					
Total número de consultas prenatales:		4																																					
Consultas prenatales por médico:																																							
FIRMA JEFE O RESPONSABLE DE LA SALA				FECHA DE LA FIRMA																																			

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE **HOJA DE HOSPITALIZACIÓN**

El formulario estadístico Hoja de Hospitalización (**HH**), es un instrumento que recolecta información de los usuarios de clínicas y del sistema hospitalario del país. La información contenida en este formulario describe la hospitalización para fines estadísticos y facilita la consulta de la historia clínica.

OBJETIVO: Registrar las atenciones brindadas a los pacientes hospitalizados en las diferentes unidades de salud.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario el siguiente personal de salud: Auxiliar de Admisión, Auxiliar de enfermería, Enfermera Profesional en servicio social, Enfermera Profesional y Médico en servicio social, Médico General o especialista, según sea una clínica o un hospital donde se haya utilizado.

FLUJO DEL FORMULARIO: Una vez firmado por el recurso que autoriza la salida del paciente, se deja en la historia clínica desde donde se traslada al formato electrónico diseñado para tal fin. En el caso de las Clínicas Materno Infantil, se llenará original y copia, el original se dejará en el expediente clínico y la copia se enviará a la Unidad de Análisis que corresponda, en forma diaria para su procesamiento electrónico.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel en la ES por el período establecido en la resolución ministerial referente a la conservación de historias clínicas y, de manera permanente en forma electrónica, en la Unidad de Análisis.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al oficial de estadística encargado.

No se deberán utilizar abreviaturas o siglas en el llenado.

El cuerpo del formulario comprende cinco secciones:

I.- Identificación: Comprende datos de la identificación del establecimiento donde se realiza la hospitalización y del paciente que recibe el servicio. Estos datos deben ser llenados en su totalidad por el personal de admisión.

Del Establecimiento:

Establecimiento: anote en el espacio en blanco el nombre oficial de la Unidad de Salud, en la cual está prestando el servicio.

Código: registre el número o Código asignado al establecimiento. (**Registro de Unidades de Salud - RUPS**)

Del Paciente:

Los datos del paciente son proporcionados ya sea por él mismo o por un familiar u otra persona durante la admisión del paciente.

Número de historia clínica: anotar el número correspondiente a la historia clínica del paciente.

Nombre del paciente: anotar el primer, segundo apellidos y nombres del paciente.

Número Identidad: anotar el número correspondiente a la tarjeta de identidad del paciente.

Fecha de Nacimiento: se debe registrar el día, mes y año correspondiente a la fecha de nacimiento del paciente, utilizando para ello la casilla correspondiente.

Edad: registrar en la primera casilla la edad, y en la segunda casilla asignar el código según corresponda:

- 1 si son horas
- 2 si son días
- 3 si son meses
- 4 si son años

Se consignan horas, días, meses o años cumplidos.

Sexo: en la casilla en blanco, correspondiente a esta variable, se registra el dígito 1 si el paciente es hombre y el dígito 2 si es una mujer.

Estado Civil: consignar en la casilla el código según corresponda:

- 1 casado
- 2 soltero
- 3 viudo
- 4 Unión libre
- 5 Desconocido
- 6 No aplica

Ocupación: registrar el dígito que corresponde a la ocupación que ejerce el paciente, utilizando para tal fin la lista de categorías que aparecen al lado de la casilla, seleccionando:

- 1 si es empleado público
- 2 si es empleado privado
- 3 si es servicio doméstico
- 4 si es desempleado
- 5 si es negocio propio o socio
- 6 otros
- 9 si no aplica

Residencia: registrar lo más exactamente posible la dirección del domicilio del paciente consignando el nombre del barrio o colonia, número de la casa, así como el departamento, municipio y localidad.

En caso de emergencia llamar a: se debe anotar el nombre, dirección exacta y número telefónico de una persona a quien se le pueda llamar en caso necesario.

Nombre del padre: Consignar los dos nombres y dos apellidos del padre del paciente

Nombre de la madre: Consignar los dos nombres y dos apellidos de la madre del paciente

II.- Datos de Ingreso:

Ingreso por: registrar el dígito, según corresponda del servicio por el cual el paciente está siendo ingresado al hospital, 1 si ingresa por consulta externa, 2, si ingresa por emergencia y 3 si por alguna razón es ingresado a Neonato.

Ingreso A:

Servicio/ Sala: consignar el nombre del servicio y sala al cual se está haciendo el ingreso.

Fecha de ingreso: Anotar el día, mes año y hora (identificando a través de una X en la casilla según corresponda: a.m. ó p.m), en que se está admitiendo el paciente a la Unidad de Salud.

A partir de esta variable el resto de los datos de esta hoja deben ser consignados por el médico tratante.

Diagnóstico de Ingreso: El médico que brinda la atención que recibe el paciente, deberá registrar el motivo por el cual este amerita ser ingresado a la Unidad de Salud; se pueden anotar más de un diagnóstico, a la par se encuentran espacios que podrán ser utilizados en caso que se amerite codificar previamente las patologías.

Causa de Accidente o Violencia: Si la causa por la que el paciente amerita ser ingresado se debe a un accidente o violencia señalar con una X, en el espacio correspondiente a la causa.

Lugar de Accidente o violencia: se deberá consignar con una X el lugar donde tuvo lugar el suceso.

Traslado a: Si el paciente es trasladado a otro servicio registrar el nombre del mismo, así como el de la sala.

Fecha de traslado: anotar en el espacio correspondiente el día mes y año en que se realiza el traslado.

III.- Datos del Egreso:

Egreso de: se debe consignar el nombre del servicio y sala de donde sale el paciente.

Fecha de egreso: anotar el día mes y año en que se da de alta el paciente.

Diagnóstico de Egreso: incluye el diagnóstico principal: “la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente”.

Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

Pueden registrarse hasta cuatro diagnósticos, los cuales deberán ordenarse de acuerdo a su importancia.

Código: el codificador del hospital agregará el código correspondiente a la patología, cuando haya necesidad de realizar el procesamiento en forma manual, de lo contrario se hará la selección directamente en el programa automatizado.

Operaciones:

Principal: se anotará la cirugía más importante que se le haya practicado al paciente; se debe recordar que esta deberá corresponderse con el diagnóstico principal.

Se pueden anotar hasta cuatro cirugías.

Consignar el día, mes y año en que se realizaron las cirugías. Los codificadores asignarán el código correspondiente a cada operación, cuando haya necesidad de realizar el procesamiento en forma manual, de lo contrario se hará la selección directamente en el programa automatizado.

El personal médico debe preocuparse por la terminología que emplea para describir los procesos morbosos y por la especificación del diagnóstico principal, sin utilizar siglas en ningún momento para que se pueda realizar una buena codificación de los mismos.

Condición de egreso: se debe registrar en la casilla, el dígito correspondiente a la lista de categorías que aparecen al lado de la misma; ejemplo: **1** mismo estado, **2** mejorado, **3** curado, **4** fallecido.

Razón de egreso: se debe registrar en la casilla, el dígito correspondiente a la lista de categorías que aparecen al lado de la misma; ejemplo: **1** alta médica, **2** alta exigida, **3** fuga, **4** referido, **5** fallecido.

En el caso de egreso por referencia, se deberá consignar el nombre del establecimiento a donde se envía; y en el caso de fallecimiento, se deberá anotar mediante una **X**, si se le practicó o no autopsia.

IV.- Datos del parto o Aborto:

Personal que atendió el parto: seleccionar con una **X**, en el espacio que corresponda a quién atendió el parto.

Consignar:

- Número de embarazos incluyendo el presente
- Período de gestación (en semanas)
- Total, de consultas prenatales
- Consultas prenatales por médico.

Datos del producto del embarazo:

De acuerdo a si el producto es único o múltiple se identificará el sexo, condición al nacer y el peso en gramos de cada uno de los nacidos.

Se consignará la fecha en que el médico o responsable de sala, firme la hoja de hospitalización.

Toda hoja de hospitalización debe ser firmada por el médico jefe de la sala ó el médico responsable de la misma de donde egresa el paciente. En el caso de los egresos de las clínicas, deberá ser firmada por la persona responsable de dar el alta en esa Unidad de Salud.

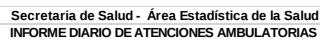
V.- Autorizaciones

En la parte de atrás del formulario se detallan:

Autorización para la realización del tratamiento del paciente, la cual debe ser firmada por el paciente o un familiar responsable y por un testigo.

Alta exigida: en el caso de que el paciente o un familiar, solicite la salida del hospital, se llenarán los espacios correspondientes, identificando el parentesco con el paciente, el nombre, el número de identidad del solicitante, fecha y la firma; así como el nombre, firma y número de la tarjeta de identidad, de un testigo.

Autorización retiro del paciente: en el caso de alta médica, se llenarán los espacios correspondientes a el nombre y número de identidad y firma de la persona a quien se le entrega el paciente que tiene el alta; además se debe consignar la fecha en que se realiza la salida.



	Establecimiento
	Consulta Externa:

Mes:	Año:						
Emergencia:							

[illegible]

 Secretaría de Salud ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD INFORME MENSUAL DE ATENCIONES		 SECRETARÍA DE SALUD AT2-R					
Región de Salud: _____		Nivel: _____		Establecimiento: _____		Código: _____	
Mes: _____ Año: _____		Director del Establecimiento: _____					
Servicio: Consulta Externa _____		Emergencia: _____					
	Concepto	Enfermera		Médico		TOTAL	
		Auxiliar	Profesional	General	Especialista		
1	Menores de 1 Mes de 1a. Vez						
2	Menores de 1 Mes Subsiguiente						
3	1 Mes a 1 año de 1a. Vez						
4	1 mes a 1 año Subsiguiente						
5	1 - 4 años 1a. Vez						
6	1 - 4 años Subsiguiente						
7	5 - 9 años 1a. Vez						
8	5 - 9 años Subsiguiente						
9	10 - 14 años 1a. Vez						
10	10 -14 años Subsiguiente						
11	15 - 19 años 1a. Vez						
12	15 - 19 años Subsiguiente						
13	20 - 49 años 1a. Vez						
14	20 - 49 años Subsiguiente						
15	50 - 59 años 1a. Vez						
16	50 - 59 años Subsiguiente						
17	60 y + años 1a. Vez						
18	60 y + años Subsiguiente						
19	Total Pacientes Atendidos						
20	No. Atenciones de Mujeres						
21	No. Atenciones de Hombres						
22	No. Consultas Espontaneas						
23	No. Consultas Referidas						
24	Detección de Sintomáticos Respiratorios						
25	Detección de Cáncer Cervico Uterino						
26	Embarazadas Nuevas						
27	Embarazadas en Control						
28	Controles Puerperales						
29	Anticonceptivo Oral 1 Ciclo						
30	Anticonceptivo Oral 3 Ciclo						
31	Anticonceptivo Oral 6 Ciclo						
32	Condomes 10 Unidades						
33	Condomes 30 Unidades						
34	Depo provera Aplicadas						
35	DIU insertados						
36	No. Usuarías Utilizando el Metodo de Dias						
37	Otras Actividades de PF						
38	No. Niños/as menores de 5 años con Diarrea						
39	No. Niños/as menores de 5 años con Diarrea que acuden a cita de seguimiento						
40	No. Niños/as menores de 5 años con Deshidratación Rehidratados en la US						
41	No. Niños/as menores de 5 años con casos de Neumonía nuevos en el Año						
42	Neumonía que acuden a su cita de Seguimiento						
43	No. Niños/as menores de 5 años con algun grado de Síndrome Anémico Diagnosticado por Laboratorio						
44	Total de Niños/as Menores de 5 años Atendidos						
45	No. Niños/as menores de 5 años con Crecimiento Adecuado						
46	No. Niños/as menores de 5 años con Crecimiento Inadecuado						
47	No. Niños/as menores de 5 años Bajo Percentil 3						
48	No. Niños/as menores de 5 años con Daño Nutricional Severo						
49	No. Niños/as menores de 5 años con Discapacidad Nuevos en el Año						
50	No. Niños/as menores de 5 años con Probable Alteración del Desarrollo						
51	Atención prenatal nueva en las primeras 12 SG						
52	Atención puerperal nueva en los primeros 10 días						

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO ESTADÍSTICO DE *INFORME MENSUAL DE ATENCIONES*

El formulario estadístico: Informe Mensual de Atenciones (**AT2- R**) es un instrumento que consolida información de los usuarios del sistema de salud del país. Este nos permite caracterizar los diferentes estados morbosos, grupos y espacios poblacionales, para facilitar la vigilancia de los eventos de salud, valorar el impacto de las estrategias desarrolladas por los programas, provee estadísticas e indicadores, los cuales constituyen un elemento importante en la toma de decisiones.

OBJETIVO: Consolidar mensualmente las atenciones realizadas en las consultas externa, emergencia y filtro, en los diferentes Establecimientos de Salud (ES) del país.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario el siguiente personal de salud: Auxiliar de Enfermería, Enfermera Profesional en Servicio Social, Enfermera Profesional, Médico en Servicio Social, Médico General, y en los establecimientos de salud donde existen las unidades de salud este personal, o cualquier otro profesional que elabore los diferentes informes mensuales en los servicios de salud.

DOCUMENTO FUENTE; El formulario AT-2 que se registra diariamente vaciado de la fuente principal el ATA.

FLUJO DEL FORMULARIO: Este formulario es consolidado mensualmente en el Establecimiento de Salud (ES); al final del mes el mismo se enviará junto con los demás informes mensuales al Área, Red o Municipio en los primeros cinco días del mes siguiente al que corresponden los datos, al séptimo día deben estar en la sede Regional, donde los datos serán procesados en la aplicación informática.

El día 10 de cada mes, debe enviarse al Área de Estadísticas de la Salud del Nivel Central (AES), el archivo electrónico correspondiente al mes anterior, ya sea por internet o cualquier medio electrónico.

Mensualmente se elaborará un original y tres fotocopias o cuatro de acuerdo a:

- Original en Estadística Regional
- Una fotocopia el Establecimiento de Salud
- Una fotocopia para el Área / Municipio.
- Una fotocopia para el Nivel Central
- Una fotocopia a la Red Intermunicipal cuando corresponda.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel por tres años en el Establecimiento de Salud (ES) Área / Municipio y Estadística Regional y de manera permanente en forma electrónica, en el Área, Región Sanitaria y Nivel Central.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al oficial de estadística encargado.

El formulario está dividido en dos partes principales: Datos de Identificación y Cuerpo del Formulario

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A continuación, se describen las variables que constituyen los datos de identificación no se deben usar abreviaturas ni siglas y el llenado debe ser letra legible

REGIÓN DE SALUD: escriba el nombre de la Región de Salud a la cual pertenece el ES.

NIVEL: anote CESAR, CESAMO, CLINICA MATERNO INFANTIL, CLIPER, HOSPITAL DE AREA, HOSPITAL REGIONAL, HOSPITAL NACIONAL, según corresponda.

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial del Establecimiento de Salud, en la cual se están prestando los servicios.

CÓDIGO: registre el número o Código asignado a ese establecimiento. (**Registro de Unidades de Salud, RUPS**)

MES: anote el mes a que corresponde el informe

AÑO: Anote el año a que corresponde el informe.

DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO: escriba el nombre del profesional que dirige el Establecimiento de Salud.

SERVICIO: marque con una X, el servicio respectivo: Consulta Externa o Emergencia en donde se brinda la atención.

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

A continuación, se describen las variables que constituyen el cuerpo del formulario.

El formulario consta de 52 líneas y 5 columnas.

Columnas:

1. En la primera columna de la izquierda aparecen los números que identifican a cada línea.
2. En la segunda columna se detallan los conceptos de atención que se van a extraer del ATA.
3. En la tercera columna se registran los datos de las atenciones brindadas por Enfermeras, la cual se subdivide en dos columnas: una para el registro de atenciones por Auxiliares de Enfermería y la otra para aquellas brindadas por Enfermera Profesional.

4. La cuarta columna se subdivide a su vez en dos columnas para el registro de atenciones brindadas ya sea por Médico General o Especialista.
5. En la quinta columna se totalizan las atenciones por cada concepto, sin especificar el recurso que dio la atención.

Líneas: Volcar los siguientes datos a partir del formulario de Atenciones Ambulatorias (ATA):

- En las líneas 1 a la 18: Las consultas de primera vez y subsiguientes por los grupos de edad definidos. Se toma el número de la columna PACIENTE del ATA.
- En la línea 19: el total de pacientes atendidos, tanto de primera vez como subsiguientes (suma de las líneas de 1 a la 18). Línea 20: registrar el número de atenciones que se brindaron a mujeres.
- Línea 21: registrar el número de atenciones que se brindaron a hombres. (las líneas 20 y 21 al sumar deben dar el mismo resultado que en la línea 19)
- Línea 22 y 23 anotar el número de consultas espontáneas y recibidas por referencia de otro Establecimiento de Salud según sea el caso. (la suma de las líneas 22 y 23 deben dar el mismo resultado que la línea 19)
- Línea 24: Anotar el número de Sintomáticos Respiratorios detectados en la celda que corresponda.
- Línea 25: registrar el número de citologías vaginales para la detección de cáncer cérvico uterino realizadas en el Establecimiento de Salud por el recurso correspondiente.
- Líneas 26 y 27: anotar el total de embarazadas atendidas, sean nuevas o de control, en la celda correspondiente.
- Línea 28: registrar el número de atenciones puerperales que se brindaron (nuevas y subsiguientes).
- Líneas 29 - 31: se deberán anotar a cuantas mujeres atendidas se les dio 1, 3 ó 6 ciclos de anticonceptivos orales según corresponda.
- Líneas 32 – 33: se deberán anotar a cuantas mujeres y/o hombres atendidos se les dio 10 ó 30 condones, según corresponda.
- Líneas 34 – 35 se deberán anotar a cuantas mujeres atendidas se les aplicó método de planificación inyectable, o se les colocó un DIU, en el espacio correspondiente.
- Línea 36: Registrar el número de mujeres atendidas que refieren utilizar un método natural (Collar), como método de Planificación Familiar.
- Línea 37 otras actividades sobre Planificación Familiar, ejemplo consejería.
- Líneas 38 - 40: se anotan los casos de menores de cinco años con Diarrea: nuevos y en control (diarrea de cualquier etiología) y los deshidratados y rehidratados en el Establecimiento de Salud.
- Líneas 41 – 42 registrar los niños menores de cinco años atendidos por Neumonía nuevos y de seguimiento según correspondan.
- Línea 43: anotar el número de menores de cinco años atendidos con algún grado de anemia diagnosticada por laboratorio.
- Línea 44: registrar el total de niños menores de cinco años que se atendieron en ese período en el Establecimiento de Salud, (el dato debe ser igual a la suma de las líneas 1 a la 6).

- Línea 45 – 46: se valoran el crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años, en la celda correspondiente (la suma de las líneas 45 y 46 debe ser igual que el resultado de la 44).
- Línea 47 – 48: se registran los niños menores de cinco años que están bajo el percentil 3 (son todos los niños que se encuentran por debajo de la curva inferior de referencia, ya sea que tenga crecimiento adecuado o inadecuado) y los que tienen un daño nutricional severo (niño con emaciación visible, edema en ambos pies) respectivamente, en el entendido que un niño de estas registrado en estas líneas está también incluido en una de las líneas 45 ó 46.
- Línea 49, se anotan los niños menores de cinco años a los que se les detecta por primera vez en el año algún grado de discapacidad. (Es una variable independiente).
- Línea 50: Registrar el número de niños(as) menores de cinco años a los que se les detecta una probable alteración del desarrollo.
- Línea 51: Consignar el número de atenciones prenatales nuevas que se han brindado en las primeras 12 semanas de gestación en el mes, por el profesional de salud correspondiente.
- Línea 52: anotar donde corresponda el número de atenciones puerperales nuevas que se han brindado en los primeros 10 días post parto, en el mes que se informa.

SECRETARÍA DE SALUD / ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD

Honduras, C.A.

INFORME MENSUAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES Y EVENTOS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

Depto. _____ Municipio: _____ Región de Salud: _____ Establecimiento: _____ Código: _____ Mes: _____ Año: _____

CÓDIGO CIE X	ENFERMEDADES / EVENTOS	SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.			
		<1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	<1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	<1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	<1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	<1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS
	ENFERMEDADES / EVENTOS																				
A.80.9	△ POLIOMIELITIS *																				
B.05.9	△ SARAMPION *																				
A.37.9	△ TOSFERINA *																				
A.36.9	△ DIFTERIA *																				
A.33.X	△ TETANOS NEONATORUM																				
A.35.X	TETANOS (Excepto Neonatorum)																				
K.11.2	△ PAROTIDITIS																				
B.06.9	△ RUBEOLA *																				
P.35.0	△ SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA *																				
B.01.9	△ VARICELA																				
	OTRAS ENFERMEDADES PREVENIBLES																				
B.15.9	△ HEPATITIS "A" (Hepatitis infecciosa)																				
B.16.9	△ HEPATITIS "B"																				
B17-B19	△ OTRAS HEPATITIS																				
	ENFERMEDADES INTESINALES																				
A.09.X	△ DIARREA																				
A.09.X	△ DISENTERIA																				
A.00.9	△ COLERA *																				
A.01.0	△ FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA																				
	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO																				
J45.9-J21.9	△ BRONQUITIS Y ASMA																				
J18.9-J18.0	△ NEUMONÍA / BRONCONEUMONÍA																				
J02.0-J03.0	△ FARINGO AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA																				
J.06.8	△ OTRAS FARINGO AMIGDALITIS																				
A.16.4	△ TUBERCULOSIS PULMONAR																				
	INFECCIONES MENINGEAS																				
A.17.0	△ MENINGITIS TUBERCULOSA *																				
A.39.0	△ MENINGITIS MENINGOCOCICA *																				
G03.0-G03.9	△ OTRAS MENINGITIS *																				

SECRETARÍA DE SALUD / ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD

Honduras, C.A.

INFORME MENSUAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES Y EVENTOS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

Depto. _____ Municipio: _____ Región de Salud: _____ Establecimiento: _____ Código: _____ Mes: _____ Año: _____

CÓDIGO CIE X	ENFERMEDADES / EVENTOS	SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.				SEMANA No.			
		< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15 y + AÑOS
	ENFERMEDADES VECTORIALES																				
	MALARIA CASOS SOSPECHOSOS																				
B.54.X	MALARIA CASOS CONFIRMADOS																				
A.90.X	Δ DENGUE																				
A.91.X	Δ DENGUE HEMORRAGICO *																				
A92.0	CHINKUNGUNYA																				
B.55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA																				
B.55.2	LEISHMANIASIS MOCOCUTANEA																				
B.55.0	LEISHMANIASIS VICERAL																				
B.57.1	CHAGAS AGUDO																				
B.57.2	CHAGAS CRONICO																				
P.00.2	CHAGAS CONGENITO																				
	ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL																				
A.53.9	SIFILIS																				
A.54.9	GONORREA																				
B.24.9	SIDA																				
A.63.0	CONDILOMA ACUMINADO																				
A.60.0	HERPES GENITAL																				
	ENFERMEDADES ZOONOTICAS																				
A.82.0	Δ RABIA HUMANA *																				
A27.0-A27.9	Δ LEPTOSPIROSIS *																				
	ENFERMEDADES VIGILANCIA INTERNACIONAL																				
A.20.9	Δ PESTE *																				
A.95.9	Δ FIEBRE AMARILLA *																				
	ENF. CRÓNICO DEGENERATIVAS																				
I.10.X	HIPERTENSIÓN ARTERIAL																				
E.14.9	DIABETES MELLITUS																				
	INTOXICACIONES																				
I.65.9	Δ INTOXICACIONES AGUDAS PLAGUICIDAS *																				

Δ Estas enfermedades deberán ser reportadas semanalmente en el Formulario de Notificación Alerta

* Estas enfermedades después de conodicas o sospechosas deben ser notificadas inmediatamente por la vía más rápida, sin esperr que termine su semana.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO ESTADÍSTICO DE INFORME SEMANAL MENSUAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

El formulario estadístico: Informe Semanal Mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (**TRANS**) es un instrumento que consolida información de los usuarios del sistema de salud del país y comunica al Nivel Regional y Nacional el número de Casos Nuevos de Enfermedades que son de Notificación Obligatoria (ENO) observadas o detectadas durante cada semana epidemiológica del mes en un Establecimiento de Salud.

OBJETIVO: Consolidar semanal y mensualmente los casos nuevos confirmados registrados de la Enfermedades de Notificación Obligatoria, en los diferentes Establecimientos de Salud del país.

RESPONSABLES: Son responsables del llenado de este formulario el siguiente personal de salud:
Auxiliar de Enfermería, Enfermera Profesional en Servicio Social, Enfermera Profesional, Médico en Servicio Social y Médico General, y en los establecimientos de salud que exista las unidades de Estadística este personal o cualquier otro profesional que elabore los diferentes informes mensuales en los servicios de salud.

DOCUMENTO FUENTE: Registro diario de Atenciones Ambulatorias (ATA).

FLUJO DEL FORMULARIO: Este formulario será consolidado semanal y mensual de acuerdo a las semanas epidemiológicas en el Establecimiento de Salud (ES); al final del mes el mismo se enviará junto con los demás informes mensuales al Área, Red o Municipio en los primeros cinco días del mes siguiente al que corresponden los datos, al séptimo día deben estar en la sede Regional, donde los datos serán procesados en la aplicación informática.

El día 10 de cada mes, debe enviarse al Área de Estadísticas de la Salud del Nivel Central (AES), el archivo electrónico correspondiente al mes anterior, ya sea por internet o cualquier medio electrónico.

Mensualmente se elaborará un original y tres fotocopias o cuatro de acuerdo a:

- Original en Estadística Regional
- Una fotocopia el Establecimiento de Salud
- Una fotocopia para el Área / Municipio.
- Una fotocopia para el Nivel Central
- Una fotocopia a la Red Intermunicipal cuando corresponda.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel por tres años en el Establecimiento de Salud (ES) Área / Municipio y Estadística Regional y de manera permanente en forma electrónica, en el Área, Región Sanitaria y Nivel Central.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al Técnico en Estadística.

No se deberán utilizar abreviaturas o siglas en el llenado, debe estar en letra legible.

El formulario está dividido en dos partes principales: Datos de Identificación y Cuerpo del Formulario.

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A continuación, se describen las variables que constituyen los datos de identificación. No se deben usar abreviaturas o siglas y el llenado, debe ser letra legible.

DEPTO.: escriba el nombre del Departamento geográfico al cual pertenece el Establecimiento de Salud.

MUNICIPIO: escriba el nombre del Municipio al cual pertenece el Establecimiento de Salud.

REGIÓN DE SALUD: anote el nombre de la Región Sanitaria a la cual pertenece el Establecimiento de Salud.

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial del Establecimiento de Salud, en la cual se ha detectado el caso nuevo de la ENO. Agregue entre paréntesis el nivel al que pertenece el Establecimiento: CESAR, CESAMO, CLINICA MATERNO INFANTIL, CLIPER, HOSPITAL DE AREA, HOSPITAL REGIONAL, HOSPITAL NACIONAL, según corresponda.

CÓDIGO: registre el número o Código asignado a ese establecimiento. (**Registro de Unidades de Salud - RUPS**)

MES: anote el mes a que corresponde el informe

AÑO: Anote el año a que corresponde el informe.

II.-CUERPO DEL FORMULARIO:

El formulario consta de seis a siete columnas y 48 líneas. Las primeras dos columnas de la izquierda describen la Enfermedad y las otras son las Semanas Epidemiológicas que corresponden al mes que se informa, con los grupos de edad pre determinados. En las líneas aparecen las ENO por categorías.

Columnas:

6. En la primera columna de la izquierda aparecen los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10) de la Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO).
7. En la segunda columna aparece el nombre de la Enfermedad de Notificación Obligatoria.
8. Las siguientes columnas corresponden a las Semanas Epidemiológicas, pueden haber cuatro o cinco semanas en el mes y el último día puede caer en el mes siguiente. Cada semana contiene los grupos de edad pre determinados (< 1 año, 1-4 años, 5- 14 años, 15 y + años) en los cuales se ha hecho diagnóstico del caso nuevo de la ENO.

Líneas:

En las líneas se encuentran las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) bajo las categorías siguientes:

- ✓ Enfermedades Prevenibles por Vacuna (EPV).
- ✓ Otras Enfermedades Prevenibles.
- ✓ Enfermedades Intestinales.
- ✓ Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- ✓ Infecciones Meníngeas.
- ✓ Enfermedades Vectoriales.
- ✓ Enfermedad Transmisión Sexual.
- ✓ Enfermedades Zoonóticas.
- ✓ Enfermedades de Vigilancia Internacional.
- ✓ Enfermedades Crónicas Degenerativas.
- ✓ Intoxicaciones.

Llenado del cuerpo del formulario:

Luego de llenar los datos de identificación, proceda a anotar el número de casos en la categoría o enfermedad, semana epidemiológica y grupo de edad que le corresponde al mes. Hay que tener cuidado que los casos se anotan en el grupo de edad correcto.

- a. Para notificar una ENO se hará uso de la Guía de Descripción y Definición de Casos de Eventos de Notificación Obligatoria (emitida por la Unidad de Vigilancia de la Salud), el diagnóstico lo hará por clínica utilizando la Guía, Nexo Epidemiológico y laboratorio en el caso que aplique.

Hay ciertas Enfermedades de Notificación Obligatoria cuyo diagnóstico **no** se puede realizar en el Primer Nivel de Atención, ejemplo Chagas Congénito, en donde se necesitan pruebas específicas.

- b. Sólo se notificarán los casos nuevos confirmados es decir los que se reportan como “diagnóstico nuevo” en el Registro de Atenciones Ambulatorias (ATA). Si la ENO aparece en segundo o tercer lugar en la columna de Diagnóstico hay que fijarse si se encuentra marcada la columna (N) o (S) que se anotó para indicar que la Enfermedad corresponde a Nuevo o Subsiguiente.
- c. La semana Epidemiológica corre de domingo a sábado. El Número (del 1 al 52) y la fecha de inicio y de fin de estas semanas, se encuentran en el Calendario Epidemiológico que se distribuye cada año a todos los Establecimientos de Salud. La persona responsable deberá conservar este calendario en la carpeta donde guarda el Informe Semanal Mensual de ENO (TRANS).
- d. Las Enfermedades marcadas con * después de conocidas o sospechosas deben ser notificadas inmediatamente por la vía más rápida, sin esperar que termine la semana.
- e. Las Enfermedades marcadas con Δ deberán ser reportadas semanalmente en el formulario de Notificación de Alerta. Δ

INFORME MENSUAL DE ODONTOLOGÍA POR ESTABLECIMIENTO

REGIÓN SANITARIA: _____ NÚMERO: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____

MES _____ AÑO: _____

[illegible]

INFORME MENSUAL DE ODONTOLOGÍA POR ESTABLECIMIENTO

REGIÓN SANITARIA: _____ NÚMERO: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____

MES _____ AÑO: _____

[illegible]

[illegible][illegible]

REGIÓN:			MES :			AÑO:					

[illegible]

SECRETARÍA DE SALUD	
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD	

CENSO DIARIO

1.- SERVICIO:		SALA:		No.NUMERO DE CAMAS		FECHA:	
(A) NO. HISTORIA	NOMBRE DE LOS PACIENTES INGRESADOS	HORA	NO.HISTORIA	NOMBRE DE LOS PACIENTES EGRESADOS	HORA		
(B) NO. HISTORIA	NOMBRE PACIENTES RECIBIDOS POR TRASLADO	HORA	NO.HISTORIA	NOMBRE DE LOS PACIENTES EGRESADOS POR TRASLADO	HORA		
(C NO.HISTORIA	NOMBRE DE LOS PACIENTES FALLECIDOS	HORA	NO. ORDEN	RESUMEN 0 a 24 HORAS	NUMERO		
			1	PACIENTES QUE QUEDARON DEL DIA ANTERIOR			
			2	PACIENTES ADMITIDOS			
			3	PACIENTES RECIBIDOS POR TRASLADO			
			4	TOTAL (Sume Linea 1,2,3)			
			5	PACIENTES EGRESADOS VIVOS			
			6	PACIENTES TRASLADADOS A OTROS SERVICIOS			
			7	PACIENTES MUERTOS ANTES DE 48 HORAS			
			8	PACIENTES MUERTOS DESPUES DE 48 HORAS			
			9	TOTAL DE EGRESADOS (SUME LINEAS 5,6,7,8)			
NO. DE EXPEDIENTES QUE RECIBE			10	PACIENTES HOY A LA MEDIA NOCHE (A LINEA 4 RESTE LINEA 9)			
			11	PACIENTES INGRESADOS Y EGRESADOS EL MISMO DIA			
			12	TOTAL DIAS PACIENTES (SUMAR LINEAS 10 Y 11)			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA EXPEDIENTES CLINICOS				NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS EXPEDIENTES			
OBSERVACIONES :							

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO ESTADÍSTICO DE ***CENSO DIARIO***

El Censo Diario es el proceso mediante el cual se conoce el movimiento de pacientes hospitalizados y la utilización de las camas de cada sala, cada día.

OBJETIVO: Obtener información diaria acerca de las camas disponibles su utilización y movimiento de pacientes en cada servicio Y/o sala de internamiento.

CONSIDERACIONES GENERALES:

Para Obtener los datos necesarios se tiene que realizar el censo diario de pacientes en cada una de las salas de internamiento del establecimiento y tener la plena certeza de su exactitud.

Debe llenarse un formulario de censo diario para cada día, de lunes a domingo, los 365 días al año días festivos y los días que no haya producido movimiento la sala.

Deben registrarse todas las entradas y salidas ocurridas en la sala de hospitalización que se está censando, pero solo después de efectuadas, Es decir la entrada se contara desde el momento que el paciente ocupe la cama y la salida desde que la desocupe, aunque el paciente haya realizado el trámite de internamiento o el medico haya autorizado su egreso o traslado a otra sala, se debe consignarse hasta que haya ocurrido realmente.

NOTA: El paciente que se hospitaliza, pero que pasa directamente al quirófano o a la sala de parto, se considera como ocupando una cama y debe figurar en el censo.

El día censal se considera igual al día calendario, es decir abarca el periodo comprendido en la 0 y las 24 horas (de medianoche a medianoche)

RESPONSABLE DEL LLENADO: son responsables del llenado de este formulario el personal de enfermería registrara los ingresos, egresos, traslados y defunciones a medida que van ocurriendo los entre la 0 y las 24 horas del día del censo. El cambio de un paciente de una cama a otra de la misma sala no deberá registrarse en el censo, por su movimiento interno. Después de la media noche la persona encargada de realizar el censo debe recorrer la sala a su cargo, cama por cama para controlar si hubo o no movimiento el día anterior, es decir si se produjeron ingresos, egresos, defunciones o transferencias en la sala, entre las 0 y las 24 horas después de comprobar el movimiento de la sala.

La enfermera de sala debe cerrar el censo a las 12 p.m. y elaborara el resumen diario.

FLUJO DEL FORMULARIO: La hoja de censo diario se remite a la unidad de Estadística a las 7a.m. y los días sábados y domingo se entregarán hasta el día lunes, igualmente con los días de feriado el día laborable siguiente. Junto con las historias clínicas de pacientes egresados que corresponden al día censado

LLENADO DEL FORMULARIO:

Este formulario está dividido en tres partes: Identificación, movimientos de pacientes y Resumen.

DATOS DE IDENTIFICACION:

A continuación se describen las variables que constituyen los datos de identificación:

SERVICIO: Anote el nombre del servicio al cual pertenece la sala de hospitalización que se está censando, por Ejemplo: Medicina, Cirugía, Pediatría etc.

SALA: Anote el nombre de la sala de internamiento.

NÚMERO DE CAMAS: Es el número de camas disponibles que son las que se encuentran en condiciones de uso para ser ocupadas, no deben contarse las que están fuera de reparación etc. El número de camas disponibles es igual al número de camas ocupadas más el número de desocupadas.

FECHA DEL CENSO: Anote el día, mes y año correspondiente al día censado.

CUERPO DEL FORMULARIO:

SECCION A: se anota el número de historia clínica, nombre completo del paciente con sus dos apellidos y se registra la hora en que ocurre el ingreso o egreso.

SECCION B: Se registra el No. De Historia Clínica, nombre completo del paciente con dos apellidos el servicio y sala de donde se recibe o se traslada el paciente.

SECCION C: Se registra el No. De Historia Clínica, nombre completo del paciente (dos apellidos) y la hora en que ocurrió la defunción.

RESUMEN:

Esta sección consta de 3 columnas y 12 filas identificadas por números.

Línea No.1: pacientes que quedaron el día anterior; se registra la cantidad de pacientes que estaban hospitalizados el día anterior, Este dato corresponde a la línea 10 del censo del día anterior Esta cantidad tiene que ser igual al “SALDO DEL DIA SIGUIENTE” por ejemplo si el número de pacientes a las 24 horas del día 8 de junio era 10, el número de pacientes a la hora 0 del día 9 de junio también debe ser 10.

Línea No.2: Pacientes Admitidos se refiere a pacientes que ingresaron ese día al servicio o sala.

Línea No.3: Pacientes Admitidos por traslado se registra el número de pacientes recibidos por traslado de otros servicios o salas.

Línea No.4: Total de Admisión resulta de la suma de pacientes que quedaron el día anterior, pacientes admitidos, pacientes recibidos por traslado, en el formulario suma líneas 1,2, y 3

Las líneas 5, pacientes egresados vivos (dados de alta) (excluyendo muertos) se anota el número de pacientes que fueron dados de alta no tomando en consideración los fallecidos.

Línea 6, pacientes dados de alta por traslado, se anota el número de los pacientes que se trasladan a otro servicio o sala.

Línea 7, pacientes muertes antes de las 48 horas de admitido, se anota el número de pacientes que fallecieron antes de las 48 horas teniendo especial cuidado de fijarse en la hora y fecha de ingreso y hora y fecha de muerte.

Línea 8, pacientes muertes después de las 48 horas de admitidos, se anota el No. De pacientes que fallecieron después de las 48 horas de haber sido admitidos

Línea 9, TOTAL DE EGRESADOS Registra el número de la Suma las líneas, 5,6,7 y 8.

Línea 10, Pacientes hoy a la media noche resulta de restar a línea 4 “total de pacientes admitidos a la línea 9 “total de pacientes egresados”.

Línea 11, Ingresados y egresados el mismo día. Se anota al No. De pacientes que fueron admitidos y egresados en el mismo día.

Línea 12, Total de días pacientes resulta de la suma de las líneas 10 y 11,

NOTA: Se comprobará que se hayan registrado, todos los egresos ocurridos, comparando con las historias clínicas recibidas de los pacientes egresados lo mismo para los fallecidos.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA RECIBIDA: Es el número de las historias clínicas conforme al total de egresos vivos y muertos.

NOMBRE DE LA ENFERMERA: La enfermera que realizó el resumen en el censo del día y al mismo tiempo entrega las historias clínicas.

NOMBRE DE LA PERSONA: Que recibe el formulario del censo diario y las historias clínicas comparadas con los egresos vivos muertos.

OBSERVACIÓN: Anote cualquier observación que considere de interés Ejemplo una historia clínica se encuentra en una oficina por cualquier trámite (constancia etc.)

SECRETARÍA DE SALUD												
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD												
RESUMEN DIARIO MENSUAL DEL CENSO DIARIO												
1)SERVICIO:				2)SALA:				3) FECHA				
4) DIA	5) EXISTEN	6) INGRE	7) TRASLA	EGRESOS			12) TRAS	13)EXISTEN	14)INGRESOS	15) DIAS	16) CAMAS	
	CIA A LAS	SOS	LADOS	8) VIVOS	MUERTOS		11) TOTAL	LADOS A:	CIA	EGRESOS	PACIEN	DISPONI
	0 HRS		DE:		9)-48 HRS	10) +48 HRS	EGRESOS		A 12, P.M.	MISMO DIA	TES	BLES
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
17)TOTAL												
19)INDICADORES												
18) OBSERVACIONES			CAMAS DE DOTACION		PROMEDIO DIA ESTANCIA		% OCUPACIONAL		GIRO DE CAMAS		TASA MORTALIDAD .+48 HRS	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO ESTADÍSTICO DE
RESUMEN DIARIO MENSUAL DEL CENSO DIARIO

OBJETIVO:

Proporcionar un resumen mensual del movimiento de pacientes y de la utilización de las camas de cada servicio o sala de internación.

RESPONSABLE DEL LLENADO

La Unidad de Estadística debe controlar la información contenida en el Censo Diario de cada servicio o sala de Internación y volcarla diariamente en el RESUMEN DIARIO MENSUAL DEL CENSO DIARIO que corresponda a ese servicio o sala.

Se lleva un formulario por cada servicio o sala de internación.

PROCEDIMIENTO:

Diariamente la persona encargada de realizar el RESUMEN DIARIO MENSUAL DEL CENSO DIARIO (Oficina de Estadística del Hospital) deberá realizar lo siguiente:

- 3.1 Recibir los formularios del Censo Diario de cada Servicio debidamente completada a las 7 a.m.
- 3.2 Reclamar los formularios y las historias clínicas (egresados) que falten a los servicios a partir de esa hora
- 3.3 Revisar el Censo de cada servicio antes de volcar los censos al RESUMEN DIARIO MENSUAL DEL CENSO DIARIO, correspondiente.

INSTRUCCIÓN PARA EL LLENADO:

- 1.- Servicio: Anote el nombre del servicio al que pertenece ejemplo (medicina, cirugía, pediatría etc.)
- 2.- Sala: Anotar según corresponda a la sectorización del hospital ejemplo (hombres, mujeres, etc.)
- 3.- Fecha: Anotar el mes y el año al que corresponde el Resumen Diario Mensual del censo diario.
- 4.- Día: Esta columna indica el reglón en el que deberán volcarse los datos del censo diario del día correspondiente para ello, presenta 31 líneas que son los días calendario y que serán llenados de 1 al 31 de cada mes.
- 5.- Existencia a la 0 hora, Registrar en el casillero correspondiente al día censado el dato recogido en el censo diario como pacientes que quedaron el día anterior.
- 6.- Ingresos: Anotar el dato de pacientes admitidos del respectivo censo diario del servicio o sala y día correspondiente
- 7.- Traslados de: Anotar el número de pacientes recibidos por traslado de otro servicio en la fecha.

- 8.- Egresos Vivos: Registrar los pacientes que fueron dados de alta vivos
- 9.- Muertos -48 horas: Registrar aquellos pacientes que murieron antes de las 48 horas de ser admitidos.
- 10.- Muertos + 48 horas: Registrar aquellos pacientes que murieron después de haber cumplido 48 horas o más después de ser admitido.
- 11.- Total de Egresos: sumar las líneas 8,9, y 10 (egresos vivos, defunciones de -48 horas y defunciones de + 48 horas).
- 12.-Traslados a: Anotar el número de pacientes enviados por traslado a otro servicio en la fecha.
- 13.- Existencia a las 12 p.m. Registra el dato recogido en el censo diario como pacientes hoy a media noche en el servicio o sala.
- 14.- Ingresos y Egresos en el día: Anotar el dato recogido en el censo diario en el rubro respectivo.
- 15.- Días Pacientes: Para obtener este dato deberá sumarse el recogido en existencia a las 12.00 p.m. y los ingresos y egresos del mismo día (Suma Columna 13 y 14)
- 16.- Camas Disponibles: Anotar el dato recogido en el censo diario del servicio o sala en el día correspondiente.
- 17.- Total: Sumar verticalmente las cifras anotadas en las columnas 5 a 16.
- 18.- Observaciones: El hospital utilizara este rubro, en caso de que sea necesario agregar alguna observación; por ejemplo, si el servicio o parte del mismo ha sido clausurado por desinfección, reparaciones etc. Durante algunos días o bien si el número de camas disponibles ha aumentado o disminuido notablemente con respecto a las camas de dotación, o cualquier otra información que juzgue de interés.
- 19.- Indicadores:
- a) Camas de dotación: Anotar el número de camas de dotación censables asignadas a la sala según programación.
- b) Promedio día Estancia en la sala: se obtiene dividiendo el total de la columna Días Pacientes, por el número de egresos vivos y muertos mas traslados.

$$\frac{\text{Total, de Días Pacientes en el mes}}{\text{Total, de egresos más traslados.}}$$

- c) Porcentaje Ocupacional. Es el que resulta de dividir el Total de la Columna Días Pacientes del mes por los días camas disponibles, multiplicados por 100.

$$\frac{\text{Total, días pacientes del mes} \times 100}{\text{Total, días cama disponibles}}$$

d) Giro de camas: Se divide el total de Egresos del mes más traslados entre el número de camas de dotación.

Total, de egresos del mes más traslados a
Camas de dotación

e) Tasa de Mortalidad 48 horas y más: resulta de dividir el total de defunciones de 48 horas y más, por el total de egresos más traslados (Total suma de vivos y muertos) x 100.

Total, de defunciones de 48 horas y más del mes
Total, de egresos más traslados del mes.

SECRETARÍA DE SALUD
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD
HONDURAS, C.A.

1. SERVICIO Y SALA

[illegible]

[illegible]

PARTOS ATENDIDOS										TOTAL	
PARTO VAGINAL		NORMAL									
		DISTÓCICO									
CESÁREAS											
TOTAL PARTOS											
PARTO MÚLTIPLE (DOS)											
PARTO MÚLTIPLE (TRES o más)											
ABORTOS											
RECIÉN NACIDOS										TOTAL	
RECIÉN NACIDOS VIVOS NORMALES		DE 2,500 GRAMOS Y MÁS									
		MENOS DE 2,500 GRAMOS									
SUB TOTAL RECIÉN NACIDOS VIVOS NORMALES											
RECIÉN NACIDOS VIVOS PATOLÓGICOS		DE 2,500 GRAMOS Y MÁS									
		MENOS DE 2,500 GRAMOS									
SUB TOTAL RECIÉN NACIDOS VIVOS PATOLÓGICOS											
TOTAL RECIÉN NACIDOS VIVOS											
RECIÉN NACIDOS MUERTOS		DE 2,500 GRAMOS Y MÁS									
		MENOS DE 2,500 GRAMOS									
TOTAL RECIÉN NACIDOS MUERTOS											
TOTAL RECIÉN NACIDOS (VIVOS Y MUERTOS)											

3. SERVICIOS INTERMEDIOS Y GENERALES

SERVICIO		TIPO	NÚMERO DE PRESTACIONES BRINDADAS A PACIENTES							
			HOSPITALIZADOS		CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIA		TOTAL	
LABORATORIO CLÍNICO		QUÍMICO								
		HEMATOLÓGICO								
		INMUNOLÓGICO								
		MICROBIOLOGÍA								
		PARASITOLOGÍA								
		MICROSCOPIA								
		INMUNO-HEMAT								
		TOTAL								
ELECTROCARDIOGRAMA		ESTUDIOS								
IMÁGENES MÉDICAS		Nº DE PLACAS DE RX								
		FLUOROSCOPIA								
		ULTRASONIDO								
		RESONANCIA								
		TOMOGRAFÍA AXIAL								
LABORATORIO		ESTUDIOS								
QUIRÚRGICO		1								
		2								
		3								
		TOTAL								
FARMACIA		RECETAS								
4. SERVICIOS GENERALES										
COCINA		RACIONES PACIENTES			RACIONES EMPLEADOS			TOTAL RACIONES		

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE **ACTIVIDADES HOSPITALARIAS**

1. SERVICIO Y SALA
2. LABOR Y PARTO Y RECIÉN NACIDOS
3. SERVICIOS INTERMEDIOS
4. SERVICIOS GENERALES

El formulario estadístico de actividades hospitalarias (**AH**) es un instrumento que recolecta información de las actividades realizadas **por servicio y sala, en las salas de labor y parto y recién nacidos, en servicios intermedios y en servicios generales**, con el fin de medir productividad y rendimiento de dichos servicios.

Permite además conocer la composición de la prestación médica que brinda el establecimiento y mide de manera indirecta la complejidad y calidad de la atención.

OBJETIVO: Registrar datos mensualmente de las actividades realizadas en los servicios y salas señaladas anteriormente, de los diferentes hospitales y clínicas de la red.

CONSIDERACIONES GENERALES:

Se elaborará a partir del Censo Diario-Mensual de las diferentes salas hospitalarias, de los servicios de Laboratorio Clínico, Electrocardiograma, Radiología, Laboratorio de Anatomía Patológica, Pabellón Quirúrgico, Farmacia y Cocina.

PERSONAS RESPONSABLES: La Unidad de Estadística del Hospital o de la clínica, será la responsable del llenado de este instrumento.

FLUJO DEL FORMULARIO:

Se enviará a la Unidad de análisis correspondiente, para su procesamiento en forma mensual.

CONSERVACIÓN: Se archivará en papel en la US por un período de tres años, y en forma electrónica permanentemente, en la Unidad de Análisis.

LLENADO DEL FORMULARIO:

Toda persona que llene el presente formulario está obligada a seguir las siguientes instrucciones. Si tuviera alguna duda, consultar al oficial de estadística encargado.

El formulario está consta de dos secciones:

I.-IDENTIFICACIÓN:

ESTABLECIMIENTO: anote en el espacio en blanco el nombre oficial de la Unidad de Salud, en la cual se está prestando el servicio.

CÓDIGO: Registrar el número o Código asignado a ese establecimiento. (**Registro de Unidades de Salud - RUPS**)

MES: anote el mes a que correspondan los datos registrados.

AÑO: anote el año que corresponda.

II.- CUERPO DEL FORMULARIO:

El cuerpo del formulario comprende cuatro apartados:

1.- SERVICIO Y SALA.

Este apartado consta de nueve columnas en donde se deben anotar los datos de:

CÓDIGO DEL SERVICIO O SALA: Anote el código correspondiente al servicio o sala a que se refiere la información de las siguientes columnas.

SERVICIO O SALA: Escriba el nombre o denominación del servicio o sala a que se refiere la información en cada fila.

CAMAS DE DOTACIÓN: Anote el número de camas censables que existen en el período que se informa para cada sala o servicio. (Camas censables se define como: “aquellas instaladas para el uso regular de los pacientes hospitalizados”, se excluyen las camillas, camas de trabajo de parto, las de recuperación, post operatorias, las de cuidados intensivos y las camas para recién nacidos normales).

PACIENTES MES ANTERIOR: Anote el número de PACIENTES que estuvieron hospitalizados en al último día del mes anterior en ese servicio o sala. (El censo diario se cierra a las 12 de la noche de cada día).

INGRESOS: Anote el total de pacientes que se hospitalizaron en cada servicio o sala en el período en cuestión.

TRASLADOS RECIBIDOS DE: Anotar el número de pacientes que en el servicio o sala correspondiente a la fila se RECIBE por traslado de otros servicios o salas.

EGRESOS: Esta columna se subdivide en Egresos Vivos, Muertos y Total. Anote para el primero, el total de **egresos vivos** del servicio o sala. Registre a continuación el total **de egresos muertos** divididos en egresos muertos de menos de 48 horas de hospitalización y en egresos muertos que tenían 48 horas y más de hospitalización. En la columna siguiente, totalice el total de egresos vivos y muertos del servicio o sala correspondiente a la fila.

TRASLADOS ENVIADOS A: Anotar el número de pacientes que el servicio o sala correspondiente a la fila ENVÍA o traslada a otros servicios o salas.

Tanto **TRASLADOS RECIBIDOS DE**, así como **TRASLADOS ENVIADOS A**, informan sobre el movimiento al interior de la ES.

TOTAL, DÍAS PACIENTE: Anotar la suma de los días de hospitalización de los pacientes que estuvieron encamados en un período. Abarca los días entre el ingreso y el egreso. Para el cálculo se cuenta el día de egreso. Cuando un paciente es admitido y dado de alta el mismo día se cuenta como un día paciente.

2.- LABOR Y PARTO Y RECIÉN NACIDOS.

Se utiliza como documento fuente el Libro de la Unidad de Labor y Parto el que se llena diariamente por el personal del equipo de la Unidad.

Cada día al finalizar la jornada, el personal del servicio realizará el volcado del día que corresponda en el formulario Resumen Diario Mensual de Labor y Parto y Recién Nacidos.

Al concluir el mes, estos formularios se envían a la Unidad de Análisis del hospital, o a la Unidad de Estadística del hospital.

La Unidad de estadística, utilizando como fuente dicho Resumen Diario Mensual, llenará la sección LABOR Y PARTO Y RECIÉN NACIDOS.

Este apartado contiene un primer bloque referido a PARTOS, un segundo bloque referido a RECIÉN NACIDOS VIVOS la que se divide en Normales y Patológicos y un tercer bloque referido a los NACIDOS MUERTOS.

PARTOS:

PARTO VAGINAL: Anote en la columna TOTAL de la fila correspondiente, el total de partos atendidos NORMALES O DISTÓCICOS.

CESÁREAS: Anote el total de cesáreas realizadas.

TOTAL DE PARTOS: Anote el resultado de la sumatoria de partos vaginales y cesáreas en el espacio correspondiente.

PARTOS MULTIPLES (DOS): Registre en la columna TOTAL el número de partos atendidos con dos productos.

PARTOS MULTIPLES (TRES O MÁS): Anotar en la columna TOTAL el número de partos atendidos con tres o más productos.

ABORTOS: anotar en la columna TOTAL el número de abortos atendidos.

RECIÉN NACIDOS:

RECIÉN NACIDOS VIVOS NORMALES: Anotar el número de recién nacidos vivos normales según peso al nacer. Se deben clasificar en Recién Nacidos Vivos normales de 2,500 gramos y más de peso al nacer y en Recién Nacidos Vivos normales con peso menor de 2, 500 gramos.

SUBTOTAL RECIÉN NACIDOS VIVOS NORMALES: Anotar en la casilla correspondiente, el resultado de sumar el número de Recién Nacidos Vivos Normales de 2,500 gramos y más y aquellos con peso menor de 2,500 gramos.

RECIÉN NACIDOS VIVOS PATOLÓGICOS: Anotar el número de recién nacidos vivos patológicos según peso al nacer. Se deben clasificar en Recién Nacidos Vivos Patológicos con peso al nacer de 2,500 gramos y más así como los Recién Nacidos Vivos Patológicos de menos de 2,500 gramos.

SUBTOTAL RECIÉN NACIDOS VIVOS PATOLÓGICOS: Anotar en la casilla correspondiente, el resultado de sumar el número de Recién Nacidos Vivos patológicos de 2,500 gramos y más y aquellos con peso menor de 2,500 gramos.

TOTAL DE RECIÉN NACIDOS VIVOS: Anotar el dato calculado a partir de la suma de los Recién Nacidos Vivos Normales y los Recién Nacidos Vivos Patológicos.

RECIÉN NACIDOS MUERTOS: Anotar el número de recién nacidos muertos según peso al nacer. Se deben clasificar en Recién Nacidos Muertos de 2 500 gramos y más y en Recién Nacidos Muertos de menos de 2, 500 gramos de peso al nacer. Recién nacido muerto es aquél que tiene igual o mayor de 500 g de peso al nacer sin ningún signo de vida

TOTAL DE RECIÉN NACIDOS MUERTOS: Anotar el total de recién nacidos muertos el que se calcula a partir de la suma de los recién nacidos muertos de diferente peso al nacer.

TOTAL DE RECIÉN NACIDOS (VIVOS Y MUERTOS): Registrar en la casilla correspondiente la sumatoria del total de Recién Nacidos Vivos y el total de Recién Nacidos muertos.

3.- SERVICIOS INTERMEDIOS.

Este apartado consta de seis columnas.

En la columna titulada “SERVICIO” se consignan los servicios para los que se hará la medición.

En la segunda columna, titulada “TIPO” se especifican los tipos de servicios para cada categoría general de ellos. Para el servicio de LABORATORIO CLÍNICO se presentan los tipos siguientes: Químico, Hematológico, Inmunológico, Microbiología, Parasitología, Microscopía e Inmuno-Hematología. Para el servicio de ELECTROCARDIOGRAMA se presenta el tipo: Estudios. Para el servicio de IMÁGENES

MÉDICAS se presenta: No. de placas de Rx, fluoroscopia, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía axial computarizada. Para el servicio de LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA se presenta el tipo: Estudios y para el servicio QUIRÚRGICO se presentan los tipos 1, 2, 3. Para el servicio FARMACIA se consigna el tipo Receta.

Las cuatro columnas que siguen deben ser utilizadas para anotar el número de prestaciones brindadas a pacientes según cada tipo de servicio y según se brinde a pacientes hospitalizados, en atención en consulta externa, en atención de emergencia y por último el total de prestaciones brindadas.

4. SERVICIOS GENERALES

Aquí se consignará la actividad de la cocina en relación al número de raciones brindadas a pacientes, a empleados y el total de raciones.