

**FICHA DE INGRESO Y EGRESO**

**A. DEL PACIENTE**

1. \_\_\_\_\_    
 Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombres                      N° de Expediente

2. Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

3. Documento legal de Identificación: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

4. Dirección habitual: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Área: Urbana  Rural  Teléfono: \_\_\_\_\_

5. Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Dui: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

6. Dirección habitual: \_\_\_\_\_

7. Dió datos del paciente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No.Doc. de identificación: \_\_\_\_\_

8. Elaboró el ingreso en ESDOMED: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**B. DEL INGRESO**

1. Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ 2. Servicio de internación: \_\_\_\_\_

3. Especialidad \_\_\_\_\_ 4. Diagnóstico presuntivo de ingreso \_\_\_\_\_

**C. DEL EGRESO**

1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL EGRESO\*: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

2. Diagnósticos Secundarios (enumerar por orden de importancia).  
 \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

3. Causa Externa\*\*: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

4. Discapacidad Principal: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

5. Operación/ Intervención Quirúrgica. (Intervención Quirúrgica - enumerar por orden de importancia).  
 1) \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

6. Procedimiento/ diagnóstico y terapéutico (Enumerar por orden de importancia)  
 1) \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

7. Condición de Egreso: V i v o: \_\_\_\_\_ Muerto: \_\_\_\_\_ Embarazo, Parto y Puerperio \_\_\_\_\_  
 Antes de 48 hrs. \_\_\_\_\_ Después de 48 hrs. \_\_\_\_\_

8. Egreso sin consentimiento médico (especificar motivo): \_\_\_\_\_

9. Fecha de egreso: Hora: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_.

10. No. de Días de estancia: \_\_\_\_\_ Servicio hospitalario de egreso: \_\_\_\_\_

11. Traslado a otros servicios hospitalarios:

FECHA	TRASLADO DE:	TRASLADO A:	NOMBRE MÉDICO QUE INDICA:

12. Referido a otro hospital o establecimiento (nombre): \_\_\_\_\_

13. Referido de otro establecimiento(nombre): \_\_\_\_\_

14. Retorno hacia: \_\_\_\_\_

15. Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico responsable del Alta.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico responsable del Alta.

**\*DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** Es la enfermedad o lesión diagnosticada al final de la atención médica, como la causa primaria de tratamiento o investigación que tuvo el paciente en consulta externa, emergencia o en los servicios de hospitalización, si hay más de una afección así caracterizada, será diagnóstico principal que se considere causante del mayor uso de recursos.

**\*\*CAUSA EXTERNA:** Se refiere a las circunstancias o a los mecanismos o formas de cómo se produjo la lesión o a los agentes externos que provocaron la lesión. La causa externa no constituye diagnóstico médico, sino que es una descripción del hecho. J:capida accidental de techo, accidente por vehículo de motos, disparo por arma de fuego, maltrato físico por padres. etc.