



SINBA-SEUL-16-P DGIS

FOLIO: | | | | | | | | |

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIEMPO DE TRASLADO:	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> : <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	FECHA Y HORA DE INGRESO:	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> / <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> : <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	
TIPO DE URGENCIA:	<input type="checkbox"/> Urgencia calificada <input type="checkbox"/> Urgencia No calificada					
MOTIVO DE ATENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Accidente, envenenamiento y violencia <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica	TIPO DE CAMA:	<input type="checkbox"/> Cama de observación <input type="checkbox"/> Cama de choque <input type="checkbox"/> Sin cama			
TRASLADO TRANSITORIO:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE DE LA UNIDAD:				
FECHA Y HORA DE ALTA:	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> / <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> : <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>					
ALTA POR (ENVIADO A):	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:				
		CLUES:				
	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Defunción	MINISTERIO PÚBLICO:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERTIFICADO:		
	<input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Voluntad propia					
MUJER EN EDAD FÉRTIL:	<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en puerperio					
	SEMANAS DE GESTACIÓN:					

Para uso exclusivo del personal codificador

Para uso exclusivo del personal

Para uso exclusivo del personal

Para uso exclusivo del personal codificador

SEUL - 2026