

# INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Año 200 .....

Mes .....



Nombre del Establecimiento

Ciudad o Parroquia Rural

Provincia Cantón Parroquia Secuencial Clase Tipo Entidad Sector

Mes Año Registros Completos Total de Registros Mes

Nº Formulario

DATOS PERSONALES											DEL INGRESO			DEL EGRESO							
1	2	3	4	5			6	7	8			9		10	11			12		13	14
USO DEL INEC	Nº INFOR- ME	Nº HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	EDAD CUMPLIDA AL INGRESO			SEXO  H=1 M=2	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL  Ciudad o Parroquia Rural	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		DÍAS DE ESTA- DA	CONDICIÓN AL EGRESO			DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y SECUNDARIOS DEL EGRESO  INDIQUE EL (LOS) DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S) Y SECUNDARIOS SI LOS HUBIERE	SERVICO DEL QUE EGRESO  (O tratamiento que recibió)	USO DEL INEC  Código CIE-10	
				DÍAS Hasta 28 Días	MESES Hasta 11 meses	AÑOS Cum- plidos			Día	Mes	Año	Día	Mes		Alta 1	Fallecido Menos de 2 Días 2	2 Días y más 3				
01																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
02																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
03																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
04																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
05																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
06																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
07																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
08																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
09																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				
10																	Definitivo(s):				
																	Secundarios:				