**ACUERDO DE DATOS**

**Registro Compartido de Atenciones en Salud**

**Mesa Binacional de Prestación de Servicios**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

 

**COLOMBIA – ECUADOR**

Bogotá, D.C. 19 de agosto de 2014

**FORMATO PRELIMINAR DE DOCUMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Título: | **ACUERDO DE DATOS “REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIONESEN SALUD”, MESA BINACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Fecha elaboración aaaa\_mm\_dd: | 2014 – 03– 11 |
| Sumario: | Este documento busca establecer las definiciones comunes y la homologación de criterios que se adoptarán para cada una de las variables que se incorporarán en el Registro Compartido de Atenciones en salud. |
| Palabras Claves: | Registro de atenciones compartido, prestaciones de servicios de salud |
| Formato: | DOC | Lenguaje: | Español |
| Dependencia: | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA  |
| Código: | Acuerdo de Datos\_binacional-03\_11\_ 2014 | Versión | 1.0 | Estado: | En revisión |
| Categoría: |  |
| Autor (es): | Equipo de Trabajo de Colombia  | Firmas: |  |
| Revisó: | Colombia: Ecuador:  |  |
| Aprobó: |  |  |
| Ubicación: | D:/bibliotecas/documentos/OPEN/BINACIONAL  |

**CONTROL DE CAMBIOS**

| **VERSIÓN** | **FECHA** | **No. SOLICITUD** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 05\_11\_2013 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez  | Documento preliminar  |
| 2 | 07\_11\_2013 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez Luz Emilse RincónMaria Carmela Julio | Documento preliminar  |
| 3 | 11\_11\_2013 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez Maria Carmela JulioSilvia Armas  | Documento preliminar  |
| 4 | 08\_12\_2013 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez Maria Carmela JulioSilvia Armas  | Documento preliminar  |
| 5 | 06\_02\_2014 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez Maria Carmela JulioSilvia Armas  | Documento preliminar  |
| 6 | 03\_03\_2014 |  | Catherine RamírezAicardo Oliveros  | Documento preliminar  |
| 7 | 03\_11\_2014 |  | Aicardo Oliveros Catherine Ramírez | Documento preliminar  |

# TABLA DE CONTENIDO

[1. INTRODUCCIÓN 5](#_Toc382315929)

[2. DEFINICIONES BASICAS DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIONESEN SALUD 6](#_Toc382315930)

[3. INSTRUCCIONES GENERALES DE DILIGENCIAMIENTO DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIONESEN SALUD. 8](#_Toc382315931)

[4. ACUERDO DE DATOS DEL REGISTRO DE ATENCIONES EN SALUD 19](#_Toc382315932)

[IDENTIFICACION DE LA SOLICITUD 19](#_Toc382315933)

[A. DATOS DEL PRESTADOR 19](#_Toc382315934)

[B. DATOS DEL USUARIO 20](#_Toc382315935)

[C. DATOS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO 22](#_Toc382315936)

[D. REFERENCIA Y DERIVACION 24](#_Toc382315937)

[E. CONTRARREFERENCIA 25](#_Toc382315938)

[DILIGENCIADO POR 25](#_Toc382315939)

[VERIFICADO POR 26](#_Toc382315940)

# INTRODUCCIÓN

El desarrollo del acuerdo de datos surge como una necesidad para el establecimiento de un proceso de recolección de información oportuno, pertinente y de calidad de las prestaciones de servicios de salud a través del Registro Compartido de Atencionesen Salud entre Colombia y Ecuador. Este acuerdo cuya metodología se basa en la definición de criterios técnicos es de importancia para contar con los criterios comunes entre los dos países para registrar, trasferir y organizar la información relacionada con a la atención de la población en zonas de frontera.

Un aspecto fundamental del acuerdo es garantizar una homologación de cada uno de los campos y variables que se adoptarán para el adecuado reconocimiento y pago de las atenciones de salud. Mediante este documento se presentan las definiciones de las variables contenidas en el Registro Compartido de Atencionesde salud en la zona de frontera, y se constituye en el referente principal para realizar los diseños informáticos y definir adecuadamente la base de datos.

El acuerdo de datos ha sido construido gracias a la participación activa de los funcionarios y funcionarias de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación – OTIC y la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y los funcionarios del Ministerio de Salud de Ecuador.

# DEFINICIONES BASICAS DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIONESEN SALUD

Con el fin de lograr una adaptación semántica que propenda a la generación del registro atenciones compartido en salud, a continuación se presentan algunas definiciones para lograr una adecuada captura de la información de las prestaciones de servicios de salud en la zona binacional:

* **Registro compartido de atenciones en salud**: es el conjunto de datos mínimos y básicos, sistemáticos y continuos para la atención en salud de la zona binacional, en los casos de prestaciones realizadas a extranjeros en el ámbito de urgencias/emergencias para la planificación, dirección, regulación, control y soporte para los procesos asociados al reconocimiento y pago de los servicios.
* **Autorización:** Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una Entidad Responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado (Tomado de la Resolución 3047 de 2008). En este apartado se debe tener en cuenta la normatividad vigente definida para tal fin.
* **Número de autorización:** consecutivo del aval emitido para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define una longitud máxima de siete caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha (Resolución 3047 de 2008).
* **Clase de prestador:** se refiere a la clasificación generada para los prestadores de servicios de salud. En el caso de Colombia se definen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes, los servicios de transporte especial de pacientes y los de objeto social diferente. (Tomado Documento Sistema de Habilitación).
* **Determinación del status de refugiado:** Proceso (conducido por el ACNUR y/o Estados) para determinar si una persona puede ser reconocida como refugiado, de acuerdo al derecho nacional e internacional. (OIM. Glosario sobre inmigración).
* **Refugiado:** Persona que cumple con los criterios del Estatuto del ACNUR y califica para la protección de las Naciones Unidas dada por el Alto Comisionado sin tomar en cuenta si está o no en un Estado parte de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951 o del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiado de 1967, o si ha sido o no reconocido por el país huésped como refugiado bajo uno de estos dos instrumentos. (OIM. Glosario sobre inmigración).

# INSTRUCCIONES GENERALES DE DILIGENCIAMIENTO DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIONESEN SALUD.

Mediante el diligenciamiento del instrumento “Registro Compartido de Atenciones en Salud”, que se describe a continuación, se realiza el cargue, validación y almacenamiento de la información para el reconocimiento y pago de las atenciones de salud, en el marco de la Mesa Binacional de Prestación de Servicios entre Colombia y Ecuador, a través de fichas en Excel.

Todo el instrumento, debe ser debidamente diligenciado, de acuerdo con las reglas definidas para su diligenciamiento, así:

* Los datos consignados deben ser confirmados, validados, veraces y libre de errores, que permitan la plena identificación, individualización, caracterización y ubicación de las atenciones realizadas. En lo posible no se deben dejar celdas en blanco.
* Los instrumentos están diseñados en tres colores:
	+ Naranja, que corresponde a los títulos de cada parte del instrumento.
	+ Beige, que corresponde a los títulos de las celdas a diligenciar.
	+ Blanco, que corresponden a las celdas que se deben diligenciar.
* Las celdas BLANCAS registran información, es decir se espera que se digite alguna información en estas celdas.
* Las celdas de ESCOGENCIA de valores que registran información, usted debe seleccionar alguna de las opciones disponibles.
* Algunas celdas tienen un contenido con un asterisco en color rojo (\*), esta notación especifica que la información a diligenciar de esa variable es obligatoria.
* Cada vez que se inicia un enunciado, en las celdas que son para diligenciar textos, se debe iniciar la primera letra en mayúsculas y las siguientes en minúsculas.
* Los textos se debe escribir sin errores ortográficos. El Excel como tal no tiene corrector automático de ortografía, por lo que se debe revisar bien el texto escrito.
* Todos los nombres y apellidos deben escribirse **completos, sin tildes y en mayúscula.**
* Se recomienda para la información de celdas tipo texto, diligenciarla en word y luego pasarla a excel, para que la herramienta de ortografía ayude a evidenciar aquellos errores ortográficos que escapen a nuestro ojo y los de coherencia se resalten. Es importante que cuando se copia un texto desde word el cual contiene varios párrafos, si se pega de una vez, se ingresará cada párrafo en una celda diferente. Por lo tanto, la forma de ingresar los datos es: a) copiar la información desde Word, b) ubicar en la celda en la que se va a incluir la información de click en "F2" o doble click en la celda y c) luego sostener la tecla "Ctrl" y se oprime "v" o click derecho "pegar".
* Si usted va a escribir en una celda tipo texto y debe generar un espacio de párrafo después del punto (.), se sostiene la tecla “ALT” y se oprime la tecla “ENTER”.

Genere el registro de acuerdo a las siguientes instrucciones, no deje espacios sin diligenciar:

**Datos de la solicitud**

* **Orden número**: Registre el número de la atención en salud generada en el prestador, teniendo en cuenta que esta es un consecutivo para el ámbito de las atenciones binacionales con un registro de cinco dígitos comenzando por (00001). Este número, que puede corresponder con el número de la factura o cuenta de cobro de servicios, debe definirse para que cada país lleve un control de las atenciones realizadas independientemente de si se requiere autorización o no.
* **Número de autorización**: Registre el número de autorización, generada por la entidad responsable de pago de la factura de servicios de salud, en los casos que se genere dicha autorización. .
1. **Datos de la solicitud del prestador**
* **A1. País de ubicación del prestador**: Seleccione el nombre del país en el cual se ubica el prestador de servicios de salud o la unidad de salud a la cual corresponde la atención en salud.
* **A2. Nombre del prestador de servicios de salud:** Seleccione el nombre completo del prestador de servicios de salud o unidad de salud, tal como figura en los registros de prestadores de los países. Debe tener en cuenta la denominación de departamento/provincia – municipio/cantón – prestador de servicios de salud/unidad de salud de la lista desplegable definida.
* **A3. Zona de localización del prestador**: Seleccione la ubicación del prestador de servicios de salud o unidad de salud de acuerdo a su ubicación, en la discriminación urbano/rural.
* **A4. Clase de prestador**: Seleccione de acuerdo a las condiciones específicas de cada país, las características del prestador que realiza la atención en salud.
1. **Datos del usuario**
* **B1. País de residencia del usuario**: Seleccione el nombre del país de residencia habitual del paciente.
* **B2. Zona de residencia del usuario**: Seleccione la ubicación de la zona de residencia habitual del paciente, en la discriminación urbano/rural
* **B3. Departamento y/o Provincia de residencia y/o Cantón de residencia**: seleccione el departamento/provincia – municipio/cantón de residencia habitual del paciente.
* **B4. Tipo de identificación**: Seleccione el tipo de identificación del paciente según los parámetros establecidos por los países para la clasificación de los mismos.
* **B5. Número de identificación**: Registre el número del documento del paciente sujeto de la atención en salud.
* **B6. Primer Apellido**: Registre el primer apellido del paciente.
* **B7. Segundo Apellido**: Registre el segundo apellido del paciente, en caso que sólo tenga un apellido, en este espacio registre la expresión “no tiene”.
* **B8. Primer Nombre**: Registre el primer nombre del paciente.
* **B9. Segundo Nombre**: Registre el segundo nombre del paciente, en caso que sólo tenga un nombre, en este espacio registre la expresión “no tiene”.
* **B10. Tipo de usuario**: Seleccione el régimen de afiliación del usuario a partir de las categorías definidas en cada uno de los países.
* **B11. Nro. Telefónico**: Registre el número reportado por el paciente generando los campos requeridos para código país, código área y teléfono. En caso de un número celular registre los valores correspondientes.
* **B12. Sexo**: seleccione el sexo del paciente
* **B13. Estatus migratorio**: Seleccione en los casos que se requiera la denominación y el reconocimiento de la calidad del refugiado.
* **B14. Edad**: Registre el reporte por parte del paciente de su edad a la fecha de la atención en salud.
* **B15. Unidad de medida de la edad**: Seleccione la medida de la unidad de acuerdo a lo reportado por el paciente y/o por su acudiente.
* **B16. Tiempo de estadía.** Digite la cantidad de tiempo de estadía del paciente en el país donde recibe la atención, cuando se le asigne el estatus migratorio.
* **B17. Unidad de medida del tiempo de estadía.** Digite la unidad de medida correspondiente al valor de la edad digitado en el campo anterior. Si el valor digitado de la unidad de medida de la edad es 1 el valor de la edad debe estar entre 1 a 120. Si el valor de la unidad de medida de la edad es 2 el valor de la edad debe estar entre 1 a 11. Si el valor de la unidad de medida de la edad es 3 el valor de la edad debe estar entre 1 a 29 , cuando se le asigne el estatus migratorio.
1. **Datos de prestación del servicio**
* **Del ingreso**
* **C1. Servicio de ingreso**: Señale el servicio por el cual se ingresa a la prestación de servicios de salud, debe recordarse que la atención de la zona binacional sólo se considera la atención de urgencias/emergencias.
* **C2. Fecha de ingreso**: Registre la fecha de la atención del paciente bajo el formato año – mes - día
* **C3. Hora de ingreso**: Registre la hora de la atención en salud realizada al paciente. Para la hora incluya de las 00 a las 23 horas.
* **C4. Minuto de ingreso**. Registre los minutos de la atención en salud realizada al paciente. Para los minutos de 0 a 59.
* **C5. Motivo de la solicitud del servicio** (percepción del usuario): Registre claramente los datos obtenidos de la información reportada por el paciente en lo relacionado con la solicitud del servicio.
* **C.6.** **Estado general al ingreso** (especialmente cuando sea una urgencia). Realice una descripción textual del estado general al momento del ingreso del paciente.
* **C7. Enfermedad actual**: Registre claramente los datos obtenidos de la información reportada por el paciente en lo relacionado con el origen, la evolución cronológica y las características de todos y cada uno de los síntomas y/o signos sentidos, de los tratamientos efectuados y resultados de los mismos.
* **C8. Antecedentes**: Registre claramente los datos obtenidos de la información reportada por el paciente en lo relacionado con antecedentes patológicos, familiares, hábitos, sociales y personales, uso de medicamentos, alergias entre otros.
* **C9. Revisión por sistemas**: Registrar los aspectos incluidos en la revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio, incluyendo entre otros, síntomas generales, sistema respiratorio, sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal o digestivo, sistema genitourinario, sistema endocrino y sistema neurológico.
* **C10. Hallazgos del examen físico**: Registre claramente cada uno de los resultados generados del proceso de anamnesis y de revisión por sistemas realizada al paciente, como elemento inicial para definir conducta.
* **C.11. Diagnósticos al ingreso.** Incluir los presuntivos, confirmados y relacionados
* **Diagnóstico Principal**: Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE-10, el diagnóstico considerado como causa principal de ingreso del paciente, luego de la realización del estudio pertinente y el criterio facultativo del profesional de la salud.
* **Primer diagnóstico relacionado**: Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10, el primer diagnóstico considerado como relacionado de ingreso del paciente, en los casos que se requiera, en caso de no ser considerado necesario textualmente escriba “no aplica”.
* **Segundo diagnóstico relacionado**: Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10, el segundo diagnóstico considerado como relacionado de ingreso del paciente, en los casos que se requiera, en caso de no ser considerado necesario textualmente escriba “no aplica”.
* **Otros diagnósticos**: Registre claramente los demás diagnósticos considerados como relevantes dentro del estudio pertinente realizado al paciente en su ingreso, en caso de no ser considerado necesario textualmente escriba “no aplica”..
* **C12. Conducta**: registre de manera clara y textualmente los procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico relacionado con la atención del paciente.

* **De la evolución**
* **C13. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo**: Registre textualmente los potenciales cambios registrados en la evolución del paciente que sean relevantes dentro de la atención en salud. Se deben incluir complicaciones, accidentes u otro eventos adversos que haya surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización.
* **C14. Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico**: Registre claramente los hallazgos de las técnicas y procedimientos efectuados al paciente para la determinación de la enfermedad del paciente.
* **C15. Justificación de indicaciones terapéuticas**: Registre claramente en los casos que se requiere la necesidad de las indicaciones terapéuticas de la atención en salud generada.
* **Del egreso**
* **C16. Diagnostico principal**: Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10, el diagnóstico considerado como causa que justifica la atención de salud del paciente.
* **Tipo de diagnóstico**. Seleccione el tipo de diagnóstico a partir de lo generado durante la atención en salud y según las opciones previamente definidas.
* **Código.** Diligencie el código según la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10.
* **Primer diagnóstico relacionado**: Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE-10, el primer diagnóstico considerado como relacionado que justifica la atención de salud del paciente, en los casos que se requiera, en caso de no ser considerado necesario textualmente escriba “no aplica”.
* **Segundo diagnostico relacionado.** Registre según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE-10, el segundo diagnóstico considerado como relacionado que justifica la atención de salud del paciente, en los casos que se requiera, en caso de no ser considerado necesario textualmente escriba “no aplica”.
* **Código del segundo diagnóstico relacionado**: Diligencie el código según la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10.
* **Otros diagnósticos**: Registre claramente los demás diagnósticos considerados como relevantes dentro del estudio pertinente realizado al paciente en su ingreso.
* **C17. Plan de manejo ambulatorio**: Registre clara y textualmente los elementos que se generan posterior a la atención en salud para el paciente en el ámbito ambulatorio, incluyendo las actividades, procedimientos, medicamentos requeridos posteriormente por el paciente.
* **C18. Estado a la salida**: Seleccione la condición de salida del paciente (vivo – muerte).
* **C19. Destino del usuario a la salida**: Seleccione el destino del paciente posterior a su atención en urgencias/emergencias.
* **C20. Causa básica de muerte**: En caso de seleccionar en el estado del paciente a la salida la ocurrencia de una muerte, registre la según el nombre definido en la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10, la causa de muerte del paciente. Luego Diligencie el código según la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10.
* **C21. Fecha de egreso**: Registre la fecha de la salida del paciente bajo el formato año – mes – día.
* **C22. Hora de egreso**: Registre la hora y los minutos de la salida del paciente. Para la hora incluya de las 00 a las 23 horas y los minutos de 0 a 59.
* **C23. Observaciones**: Registre en los casos que se requiera elementos que se consideren pertinentes dentro de la atención en salud realizada.
* **Referencia o derivación**
* **D1. País a donde se refiere o deriva**: Seleccione el país donde se realiza la referencia del paciente una vez se efectúa la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **D2. Nombre de la institución donde se refiere o deriva**: Seleccione el prestador de servicios de salud o la unidad de salud donde se efectúa la contrarreferencia del paciente una vez se realiza la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **D3. Nombre de la institución donde se refiere o deriva**: Diligencie el nombre del prestador de servicios de salud o la unidad de salud donde se realiza la referencia del paciente una vez se efectúa la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **D4. Servicio al cual se refiere o deriva:** Registre claramente el servicio al cual se refiere el paciente una vez finaliza la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **D5. Especialidad del servicio:** Registre la especialidad al servicio al cual fue referido el paciente.
* **D6. Fecha:** Registre la fecha de la referencia del paciente bajo el formato año – mes – día
* **D7. Motivo de la referencia o derivación:** seleccione el motivo de la referencia del paciente, de acuerdo a los resultados de la atención en salud por parte de los pacientes.
* **D8. Otros.** Especifique: en los casos que se requiera, registre otros elementos considerados como necesarios para ser reportados para la referencia.
* **D9. Sí no se refirió razón por la que no se refiere al país de origen:** en el caso de no referencia, seleccione la causa o motivo de la decisión.
1. **Contrarreferencia**
* **E1. País a donde se refiere o deriva**: Seleccione el país donde se efectúa la contrarreferencia del paciente una vez se efectúa la atención en salud de urgencias/emergencias
* **E2. Departamento y/o Provincia Municipio y/o cantón a donde se refiere o deriva**: Registre el Departamento y/o Provincia Municipio y/o cantón a donde se efectúa la contrarreferencia del paciente una vez se realiza la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **E3. Nombre de la institución donde se refiere o deriva**: Seleccione el prestador de servicios de salud o la unidad de salud donde se efectúa la contrarreferencia del paciente una vez se realiza la atención en salud de urgencias/emergencias.
* **E4. Servicio al cual se contrarrefiere**: Registre claramente el servicio al cual el paciente una vez finaliza la atención en salud de urgencias/emergencias es contrarreferido.
* **E5. Fecha**: Registre la fecha de la contrarreferencia del paciente bajo el formato año – mes – día
* **E6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor complejidad**: Registre las actividades, procedimientos y medicamentos que deben ser seguidos en los establecimientos de menor complejidad.
* **E7. Se justifica la contrarreferencia**. Selección de la lista si se justicia o no la contrarreferencia del paciente (Si ó No)
* **E8. En caso de responder No en E7, incluya las observaciones correspondientes**. Escriba las observaciones relacionadas con la justificación de la contrarreferencia del paciente.

**Diligenciado por:**

* **Nombre.** Diligencie los nombres y apellidos de la persona que diligenció el instrumento de Registro Compartido de Salud”.
* **Nro. de registro profesional de quien presta la atención.** Diligencie el número de registro profesional del profesional de salud que presta la atención

**Verificado por:**

* **Nombre.** Diligencie los nombres y apellidos de la persona que revisó el instrumento de Registro Compartido de Salud”.
* **Número de Identificación.** Diligencie el número de identificación de la persona que realizó la verificación.

# ACUERDO DE DATOS DEL REGISTRO DE ATENCIONES EN SALUD

| **Variable** | **Definición** | **Valor que asume la variable** | **Tipo de datos** | **Long.** | **Rango valido** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICACION DE LA SOLICITUD |
| Orden número  | Identificador del instrumento asignado automáticamente al formulario  |  | Numérico | 20 |  |
| Número de autorización  | Número de autorización del servicio de salud. Requerido para Colombia.  |  | Numérico | 20 |  |
| A. DATOS DEL PRESTADOR |
| A1. País de ubicación del prestador  | Identificador para determinar el país de ubicación del prestador de servicios de salud.  | * Colombia
* Ecuador
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| A2. Nombre del prestador de servicios de salud | Selección de la lista desplegable el prestador de servicios de salud | Lista de Prestador de servicios de salud. Se debe mostrar la lista integrada con el departamento y país | Texto | 50 | Solo permite la selección  |
| A3. Zona de localización del prestador  | Identificador para determinar la zona de localización del prestador de servicios de salud | * Urbano
* Rural
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| A4. Clase de prestador  | Identificador para determinar la clase de prestador de servicios de salud  | * Prestador de servicios de salud
* Profesional Independiente
* Objeto social diferente
* Transporte especial de pacientes
* MSP
* IESS
* IESS campesino
* ISSFA
* ISSPOL
* Red Privada Complementaria
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| B. DATOS DEL USUARIO |
| B1. País de residencia del usuario | Identificador para determinar el país de residencia de usuario.  | * Colombia
* Ecuador
 | Numérico | 1 | 1 ó 2 |
| B2. Zona de residencia del usuario | Identificador para determinar la zona o el área geográfica de residencia de usuario. | * Urbano
* Rural
 | Numérico | 1 | 1 ó 2 |
| B3. Departamento y/o Provincia de residencia y/o Cantón de residencia  | Selección de la lista desplegable el departamento y municipio/cantón donde reside el usuario.  | Lista de departamento/ provincias y municipios/cantón. Se debe mostrar la lista de acuerdo con la selección del país | Texto  | 2 | Solo permite la selección  |
| B4. Tipo de identificación | Seleccionar de la lista el tipo de identificación del usuario  | * Cédula de ciudadanía
* Cédula extranjería
* Pasaporte
* Registro Civil
* Tarjeta de identidad
* Número de historia clínica
* Carné de refugiado
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| B5. Número de identificación | Número de identificación del usuario de acuerdo con el tipo de identificación  |  | Numérico  | 18 | **Colombia** Máximo 18 caracteres y mínimo 3**Ecuador** Máximo 10 caracteres s |
| B6. Primer Apellido | Descripción textual del primer apellido del usuario  |  | Texto  | 50 |  |
| B7. Segundo Apellido | Descripción textual del segundo apellido del usuario  |  | Texto  | 50 |  |
| B8. Primer Nombre | Descripción textual del primer nombre del usuario  |  | Texto  | 50 |  |
| B9. Segundo Nombre | Descripción textual del segundo nombre del usuario  |  | Texto  | 50 |  |
| B10. Tipo de usuario | Identificador del tipo de usuario | * Contributivo
* Subsidiado
* Vinculado
* Particular
* No asegurado
* IESS Seguro general
* IESS Seguro
* Campesino
* IESS
* SeguroVoluntario
* Seguro ISSFA
* Seguro ISSPOL
* Es jubilado
* No aporta
 | Numérico  | 2 | Solo permite la selección  |
| B11. Nro. telefónico  | Número de teléfono de ubicación del paciente  |  | Numérico  | 20 |  |
| B12. Sexo | Identificador para determinar el sexo del usuario  | * Hombre
* Mujer
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| B13. Estatus migratorio  | Identificador para determinar el migratorio del usuario  | * Status migratorio
* Acceso geográfico
* Riesgo vital
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| B14. Edad | Valor de la edad del usuario  |  | Numérico | 3 | Se valida que esté dentro de los siguientes rangos:Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120. Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11. Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29 |
| B15. Unidad de medida de la edad  | Identificador para determinar la unidad de medida de la edad  | * Años
* Meses
* Días
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| B16. Tiempo de estadía  | Cantidad de tiempo de estadía del paciente en el país respectivo  |  | Numérico  | 3 |  |
| B17. Unidad de medida del tiempo de estadía  |  | * Años
* Meses
* Días
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| C. DATOS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO |
| C1. Servicio de ingreso | Tipo de servicio por el cual ingresa a la institución de salud. El ingreso de un paciente inicialmente debe ser una urgencia.  | * Urgencias
* Hospitalización
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| C.2 Fecha de ingreso | Fecha de ingreso al servicio de salud  | Indique la fecha de ingreso en el formato dd/mm/aaaa | DATE | 10 |  |
| C.3 Hora de ingreso | Hora de ingreso al servicio de salud  | Indique la hora de ingreso en el formato HH | DATE | 2 | Horas de 0 a 23 |
| C.4 Minuto de ingreso | Minuto de ingreso al servicio de salud  | Indique el minutode ingreso en el formatoMM | DATE | 2 | Minutos de 0 a 59 |
| * **Del ingreso**
 |
| C5. Motivo de la solicitud del servicio  | Descripción de la percepción del usuario de la necesidad del servicio de salud |  | Texto  | 1500 |  |
| C.6. Estado general al ingreso | Descripción textual del estado general al ingreso del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| C.7. Enfermedad actual | Descripción textual de la Enfermedad actual del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| C8. Antecedentes  | Descripción textual de los antecedentes del paciente. |  |  |  |  |
| C9. Revisión por sistemas  | Descripción textual de la revisión por sistemas del paciente, relacionada con el motivo que originó el servicio. |  |  |  |  |
| C.10. Hallazgos del examen físico | Descripción textual de los Hallazgos del examen físico del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| C.11. Diagnósticos al ingreso.  | Incluir los presuntivos, confirmados y relacionados |  |  |  |  |
| Diagnóstico Principal  | Diligencie el diagnóstico principal según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10  |  | Texto  | 80 |  |
| Código  | Cuando se digita el nombre se genera automáticamente el código según CIE-10 |  | Texto  | 4 |  |
| Primer diagnóstico relacionado | Diligencie el diagnóstico relacionado según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| Código  | Diligencie el código según CIE-10 |  | Texto  | 4 |  |
| Segundo diagnóstico relacionado | Diligencie el diagnóstico relacionado según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| Código  | Diligencie el código según CIE-10 |  | Texto  | 4 |  |
| Otros diagnósticos | Diligencie otros diagnósticos según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| C.12. Conducta:  | Descripción textual de la Conducta, incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.  |  | Texto  | 1500 |  |
| * **De la evolución**
 |
| C.13. Cambios en el estado del paciente  | Descripción de los cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo ( se deben incluir complicaciones, accidentes u otro eventos adversos que haya surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización) |  | Texto  | 1500 |  |
| C.14. Resultados de procedimientos diagnósticos,  | Descripción textual de los resultados de procedimientos diagnósticos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| C.15. - Justificación de indicaciones terapéuticas  | Descripción textual de las indicaciones terapéuticas del paciente cuando éstas lo ameriten |  | Texto  | 1500 |  |
| * **Del egreso**
 |
| C.16. Diagnósticos  |
| Diagnostico principal | Nombre del diagnóstico principal de acuerdo con la CIE-10  |  | Texto  | 80 |  |
| Tipo de diagnóstico | Identificador para determinar el tipo de diagnóstico | * Presuntivo
* Confirmado nuevo
* Confirmado repetido
* Definitivo inicial
* Confirmado por laboratorio
* Definitivo control
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| Código del diagnóstico principal | Cuando se digita el nombre se genera automáticamente el código según CIE-10 |  | Alfanumérico | 4 |  |
| Primer diagnóstico relacionado  | Diligencie el nombre del primer diagnóstico relacionado de acuerdo con la CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| Código del primer diagnóstico relacionado | Diligencie el código del diagnóstico según la CIE-10  |  | Alfanumérico | 4 |  |
| Segundo diagnostico relacionado  | Diligencie el nombre del segundo diagnóstico relacionado de acuerdo con la CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| Código del segundo diagnóstico relacionado  | Diligencie el código del diagnóstico según la CIE-10  |  | Alfanumérico | 4 |  |
| C.17. Plan de manejo ambulatorio | Descripción textual del plan de manejo ambulatorio del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| C.18. Estado a la salida  | Identificador para determinar el estado del usuario a la salida | * Vivo(a)
* Muerto(a)
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| C.19. Destino del usuario a la salida |  | * Alta de urgencias
* Remisión a otro nivel
* Hospitalización
* Domicilio
* Consulta externa
* Referencia
* Hospitalización
 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| C20. Si está muerto(a) diligencie. Causa básica de muerte | Nombre de la Causa básica de muerte de acuerdo con la CIE-10 |  | Texto  | 80 |  |
| Código de la causa de muerte  | Código de la causa de muerte de acuerdo con la CIE-10 |  | Alfanumérico | 4 |  |
| C.21. Fecha de egreso | Fecha de egreso del servicio de salud  | Indique la fecha de egreso en el formato dd/mm/aaaa | DATE | 8 |  |
| C.22. Hora y minuto de egreso | Hora y minuto de egreso del servicio de salud en el formato HH;DD | Indique la hora y minuto de egreso en el formato HH:MM  | DATE | 5 | Horas de 0 a 23Minutos de 0 a 59 |
| C23. Observaciones | Descripción textual de las observaciones relacionadas con la atención del paciente.  |  | Texto  | 1500 |  |
| D. REFERENCIA Y DERIVACION  |
| D1. País a donde se refiere o deriva | Identificador para determinar el país a donde se refiere o deriva usuario.  |   | Texto | 50 |  |
| D2. Departamento y/o Provincia de residencia y/o Cantón de residencia  | Diligencie textualmente el nombre del departamento y municipio/cantón a donde se refiere el usuario.  |  | Texto  | 50 |  |
| D3. Nombre de la institución donde se refiere o deriva  | Escriba el nombre de la institución a la cual se refiere o deriva el paciente  |  | Texto  | 50 |  |
| D4. Servicio al cual se refiere o deriva  | Seleccione de la lista el nombre del servicio al cual se refiere el paciente  |  | Texto  | 50 |  |
| D5. Especialidad del servicio  | Selección de la lista de especialidades la que corresponda  |  | Texto  | 50 |  |
| D6. Fecha  | Fecha en la cual se deriva o refiere al paciente  | Indique la fecha de ingreso en el formato dd/mm/aaaa | DATE | 10 |  |
| D7. Motivo de la referencia o derivación  | Selección de la lista el motivo de referencia o derivación del paciente  |

|  |
| --- |
| * Pertinencia clínica
 |
| * Ausencia profesional
 |
| * Falta profesional
 |
| * Limitada capacidad resolutiva
 |
| * Saturación capacidad instalada
 |

 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| D8.Otros especifique | Escriba otro motivo de referencia o derivación del paciente  |  | Texto  | 100 |  |
| D9. Sí ni no se refirió razón por la que no se refiere al país de origen |  |

|  |
| --- |
| * Status migratorio
 |
| * Acceso geográfico
 |
| * Riesgo vital
 |

 | Numérico  | 1 | Solo permite la selección  |
| E. CONTRARREFERENCIA  |
| E1. País a donde se contrarrefiere | Identificador para determinar el país a donde se refiere o deriva usuario.  |   | Texto | 50 |  |
| E2. Departamento y/o Provincia de residencia y/o Cantón de residencia  | Diligencie textualmente el nombre del departamento y municipio/cantón a donde se contrarrefiere el usuario.  |  | Texto  | 50 |  |
| E3. Nombre de la institución donde se contrarrefiere el usuario  | Escriba el nombre de la institución a la cual se contrarrefiere el paciente  |  | Texto  | 50 |  |
| E4. Servicio al cual se contrarrefiere el usuario  | Seleccione de la lista el nombre del servicio al cual se contrarrefiere el paciente  |  | Texto  | 50 |  |
| E5. Fecha  | Fecha en la cual se contrarrefiere el paciente  | Indique la fecha de ingreso en el formato dd/mm/aaaa | DATE | 10 |  |
| E6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad | Diligencie textualmente el tratamiento recomendado a seguir en establecimiento de Salud a donde se contrarrefiere.  |  | Texto  | 200 |  |
| E7. Se justifica la contrarreferencia | Selección de la lista si se justicia o no la contrarreferencia del paciente | * Si
* No
 | Numérico | 1 | Solo permite la selección  |
| E8. En caso de responder No en E7, incluya las observaciones correspondientes | Escriba las observaciones relacionadas con la justificación de la contrarreferencia del paciente |  | Texto  | 200 |  |
| DILIGENCIADO POR  |
| Nombre | Descripción textual del nombre y apellidos del funcionario que diligenció el instrumento.  |  | Texto  | 80 |  |
| Nro. de registro profesional de quien presta la atención | Anotar el número de registro profesional del funcionario que diligenció el instrumento |  | Texto  | 20 |  |
| VERIFICADO POR  |
| Nombre | Descripción textual del nombre y apellidos del funcionario que verificó el instrumento.  |  | Texto  | 80 |  |
| Número de Identificación | Anotar el número de identificación del funcionario que verificó el instrumento |  | Texto  | 20 |  |