



INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS Año **200** Mes

Antes de llenar este Informe, lea las instrucciones escritas al reverso .

.....
Nombre del Establecimiento
.....

Provincia		Cantón		Parroquia		Secuencial		Clase		Tipo		Entidad		Sector		N° DE
Mes		Año		Registros Completos		Total de Registros Mes										

DATOS PERSONALES										DEL INGRESO			DEL EGRESO			12) DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y SECUNDARIOS DEL EGRESO INDIQUE EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y SECUNDARIOS SI LOS HUBIERE	13) SERVICIO DEL QUE EGRESO (o tratamiento que recibió)	14) USO DEL INEC Código CIE-10		
1) USO DEL INEC	2) INFORME No.	3) HISTORIA CLINICA No.	4) NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	5) EDAD CUMPLIDA AL INGRESO			6) SEXO H=1 M=2	7) LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (Ciudad o Parroquia Rural)	8) FECHA DE INGRESO			9) FECHA DE EGRESO	10) DÍAS DE ESTADA	11) CONDICIÓN AL EGRESO						
				DÍAS <small>Hasta 28 Días</small>	MESES <small>Hasta 11 meses</small>	AÑOS <small>Cumplidos</small>			DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES				AÑO	Alta 1
01																	DEFINITIVO SECUNDARIOS			
02																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
03																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
04																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
05																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
06																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
07																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
08																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
09																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		
10																		DEFINITIVO SECUNDARIOS		