



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

GIIS-B014-01-10

**GUÍA Y FORMATOS PARA EL
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE
INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS**





PREFACIO

Información de contacto

Para más información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Av. Marina Nacional No. 60, piso 1; Col. Tacuba; Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México; C.P. 11410, Teléfono. +52 (55) 6392 2300, Ext. 52577, 52584, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto "GUÍAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN".

Historial de revisiones

Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
27/07/2016	1.0	Borrador interno	Creación del documento.	AGS, LMAJP,
10/08/2016	1.1	Borrador Interno	Modificación de Introducción, Justificación.	DAFG
23/09/2016	1.2	Borrador Interno	Modificación del alcance. Actualización de diccionario de datos, catálogos y reglas de negocio.	LMAJP, LGEG, CARG, AGS
31/10/2016	1.3	Borrador interno	Diccionario de datos.	LMAJP
30/01/2017	1.4	Revisión	Revisión de introducción, audiencia, alcance, justificación, términos y definiciones, diccionario de datos y reglas de negocio.	CARG, AGS AYG, LMAJP, SHG
01/04/2017	1.5	Revisión	Revisión y modificación al diccionario de datos y catálogos.	CARG, AGS AYG
06/04/2017	1.6	Revisión	Revisión y modificación al diccionario de datos y catálogos.	MECHG, AGS
28/08/2017	1.7	Revisión	Revisión y modificación al diccionario de datos y catálogos.	SHG, LGEG, AGS
05/03/2019	1.8	Versión final	Revisión y modificación al diccionario de datos y catálogos.	BLPM, BRE, AGS, GNIE
27/07/2020	1.9	Versión Final	Versión actualizada para publicación oficial.	BLPM, MPPO, BRE, AGS
21/12/2020	1.10	Versión Final preliminar	Versión final para publicación preliminar.	MPPO, AGS





Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud	Lic. María de Pilar Peña Olmos, Directora de Información Demográfica	MPPO
	Ing. Blanca Leticia Pinette Medina, Directora de Administración y Prestaciones de Servicios de Salud Electrónicos.	BLPM
	Lic. Bonifacio Rugerio Escobar. Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud.	BRE
	Mtra. Daniela Angélica Fernández Gallegos. Directora de Coordinación, Normatividad y Difusión.	DAFG
	Lic. Ángel González Serrano. Subdirector de Información en Recursos Humanos y Materiales.	AGS
	Lic. Claudia Angélica Ramírez Gutiérrez. Subdirectora de Información Hospitalaria.	CARG
	Dra. Lidia Gabriela Estrada González. Médico Especialista.	LGEG
	Dra. Luz María Araceli Jiménez Pérez. Jefa de Enfermeras.	LMAJP
	Lic. Alejandra Yépez Gómez. Enlace Administrativo de Bases de Datos Hospitalarios.	AYG





CONTENIDO

Prefacio	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Participantes	3
Contenido	4
Presentación de la Guía	5
Introducción	5
Audiencia	6
Alcance	6
Justificación	6
Términos y Definiciones	7
Referencias	11
Ligas Web	11
Bibliografía	11
Archivos anexos	11
Modelo de Información	12
Diccionario de Datos	12
Catálogos	36
Conformación del Documento Electrónico	37
Cifrado	38
Nomenclatura de archivos	38
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión Basada en Estándares)	39
Seguridad	39
Verificación de Apego a esta Guía	39





PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

Introducción

De conformidad con el artículo 109 bis de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud emitir la normatividad a que deben sujetarse los sistemas de información de registro electrónico que utilicen las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en los expedientes clínicos electrónicos.

En concordancia con lo anterior, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIREs), así como establecer los mecanismos para que los Prestadores de Servicios de Salud del SNS registren, intercambien y consoliden información.

Asimismo, prevé que la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), le corresponde establecer conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y criterios médicos, la elaboración de Guías y Formatos, los cuales son documentos técnicos enfocados en lograr la interoperabilidad técnica e interoperabilidad semántica, compuestos tanto en formatos de texto, diagramas, archivos anexos e incluyen en su contenido al menos: a) el alcance de tipos de sistemas, tipos de Prestadores de Servicios de Salud y tipos de intercambio para los que aplica; b) el diccionario de variables, distinguiendo aquellas de tratamiento confidencial, catálogos y reglas de validación; c) la conformación del documento electrónico, mensaje de datos o servicio; d) el mecanismo de interconexión basado en estándares y, e) ejemplos, referencias y bibliografía.

Las Guías y Formatos deben cumplir las características descritas en esta norma y ser sometidas a la Secretaría por conducto de la DGIS para su aprobación y publicación en su página electrónica: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/iis_guias_gobmx.html

Los prestadores de salud que utilicen SIREs deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud.

En el numeral 5.8 se establece que la Secretaría de Salud a través de la DGIS, podrá bajo los mecanismos, procedimientos, protocolos, plataformas y plazos que defina, incorporar al Sistema Nacional de Información en Salud la información contenida en los diferentes sistemas, programas, plataformas y/o aplicaciones de los integrantes del SNS.





Es por ello por lo que el presente documento tiene como finalidad proveer de los elementos necesarios para reportar la información requerida por el Subsistema de Urgencias Médicas. Las variables para el registro sobre la atención de urgencias médicas, se deben diferenciar entre urgencia calificada y no calificada, incluyendo información de: Datos del paciente, Datos de la estancia, Afecciones tratadas, Interconsultas, Procedimientos, Medicamentos suministrados durante su atención y Datos del médico responsable de la atención.

Las estadísticas de Urgencias Médicas, constituyen una información necesaria y de vital importancia para evaluar la situación de la salud y la demanda de atención médica por parte de la población. Son además una fuente primordial para la investigación clínica y epidemiológica, así como para la administración y planeación de los servicios de salud.

Audiencia

El presente documento está dirigido al personal con conocimientos en Tecnologías de la Información de los Prestadores de Servicios del Sistema Nacional de Salud en México, que utilicen o deseen implementar SIREs así como las empresas desarrolladoras de software, proveedoras de dichos sistemas, también para aquellas organizaciones interesadas en el desarrollo e implementación de estándares para el intercambio de información en salud, específicamente en el reporte de información de Urgencias Médicas a las autoridades sanitarias.

Alcance

La presente guía aplica para todas las Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel del Sector Público que cuenten con un SIREs que contemplen servicios de atención en el área de urgencias y que generan información de la atención médica brindada, de las afecciones, de los procedimientos médicos, defunciones, medicamentos e interconsultas (especialidades).

Justificación

En cumplimiento a lo previsto NOM-035-SSA3-2012 la estadística de urgencias médicas genera información para la planeación, asignación de recursos y evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados. Asimismo, es fuente de información para la investigación clínica y epidemiológica.

Adicionalmente, proporciona indicadores de urgencias médicas atendidas de acuerdo con la morbilidad e índice de letalidad y sirve como cruce de información con otras fuentes como Egresos Hospitalarios, Lesiones y Causas de Violencia y Defunciones.





Términos y Definiciones

Para los fines de este Instructivo y el registro de la Hoja de Registro de Urgencias Médicas (SINBA-SEUL-16-P DGIS, Modelo 2020), se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición
Afección principal		Situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.
Afección reseleccionada		Es la afección que ingresará al sistema y participará en la generación de estadística por causa única.
Afecciones tratadas		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente
Antibiótico tratamiento de IRA que incluye antibiótico)		Sustancia que limita o impide el desarrollo de las bacterias. Tratamiento del padecimiento que incluye la prescripción de algún medicamento contra bacterias. El uso de antibiótico está limitado solo a unos casos de infecciones respiratorias, ya que está descrito que la mayoría no son de origen bacteriano, si no viral.
Antiviral		Los antivirales son un tipo de fármaco usado para el tratamiento de infecciones producidas por virus. Tal como los antibióticos (específicos para bacteria), existen antivirales específicos para distintos tipos de virus.
Cama de Choque		Cama ubicada en el área de choque destinada a la atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, generalmente ubicada en urgencias.
Cama de Observación		Cama instalada en la Consulta Externa destinada a pacientes que requieren quedar bajo supervisión médica y enfermería, para fines de diagnóstico o de tratamiento durante un período menor a 24 horas.
Certificado de defunción		Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE	Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permita la comparación nacional e internacional. Para efectos de esta Guía, se considera la versión vigente





Término	Acrónimo	Definición
		adoptada en nuestro país por el CEMECE.
Clave de la edad		Código que describe la unidad de tiempo en que se anota la edad del paciente. La clave puede ser: 1 – para edad en horas, en menores de 1 hora (rango entre 1 a 59 minutos), 2 – para edad en horas, en menores de 1 día (rango entre 1 a 23 horas), 3 – para edad en días para menores de 30 días (1 día a 29 días), 4 – para edad en meses, en menores de 1 año (1 mes a 11 meses) o 5 – para pacientes mayores desde 1 año de edad.
Clave Única de Establecimientos en Salud	CLUES	Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado. Y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.
Comorbilidad		Son las otras afecciones que estuvieron presentes en el proceso de atención de la urgencia médica.
CURP		Clave Única de Registro de Población, la cual consiste en una secuencia alfanumérica de 18 caracteres, y que se asigna de forma individual a las y los mexicanos y a las y los extranjeros que se encuentren con una condición de estancia regular en el país.
Derechohabiencia		Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica de la que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.
Deshidratación		Falta o pérdida excesiva de líquidos en el cuerpo. En los niños con diarrea el estado de hidratación se clasifica en: sin deshidratación, con deshidratación, y choque por deshidratación. Según la clasificación del estado de hidratación es el tipo de esquema o plan de rehidratación.
Embarazo		A la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento.
Enfermedades Diarreicas Agudas	EDA´s	Enfermedades diarreicas en general, pero de menos de dos semanas de duración, de diversos orígenes. En los niños la diarrea puede causar deshidratación, en cuestión de horas





Término	Acrónimo	Definición
		que puede comprometer la vida, mayormente si también tienen desnutrición. Es importante que en plan de tratamiento de las diarreas se prescriba un esquema de rehidratación.
Indígena		Es aquella persona que pertenece a una población o comunidad indígena y que cumple con las características que lo vinculan a una población indígena.
Infecciones Respiratorias Agudas	IRA's	Padecimientos infecciosos de las vías respiratorias o parte del aparato respiratorio (desde resfriado común en la nariz o hasta neumonía en los pulmones) de menos de 15 días de duración causadas por virus, bacterias u otro microorganismo. Comúnmente las neumonías graves inician con signos y síntomas leves de resfriado. En los niños la neumonía compromete la vida, sobre todo si también tienen desnutrición.
Médicos tratantes (Interconsultas)		Además del médico responsable, son los médicos que atendieron o valoraron al paciente, incluyendo a otros médicos de urgencias o interconsultantes pero solo durante la atención de urgencias.
Motivo de la atención (Accidente, envenenamiento y violencia)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de un accidente, envenenamiento y violencia
Motivo de la atención (gineco-obstétrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado del embarazo, parto o puerperio.
Motivo de la atención (medica)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de una enfermedad.
Motivo de la atención (pediátrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron dirigidas a un paciente pediátrico menor de 19 años.
Número de sobres		Número de sobres de Vida Suero Oral que se otorgaron para la atención del niño con diarrea. Cada sobre contiene ingredientes en polvo para preparar una solución especial llamada Vida Suero Oral, que es el suero oficial de rehidratación vía oral.
Plan		Es el tipo de plan de tratamiento de las diarreas en los niños, cada tipo de plan incluye un esquema definido de rehidratación en los niños y está en función del estado de deshidratación en el que se encuentren. El plan A es para pacientes sin deshidratación y se previene dando 3 sobres. El plan B es cuando tiene datos de deshidratación y se da suero vía oral con horario especial. El plan C es para pacientes con choque (graves) por deshidratación y se administra soluciones intravenosas. Los planes de tratamiento también incluyen recomendaciones importantes para los padres.





Término	Acrónimo	Definición
Procedimientos médicos		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud en el servicio de urgencias.
Pueblos Afromexicanos		Son aquellas personas que descienden de la población africana asentada en territorio nacional desde la época colonial o como parte de movimientos migratorios o como refugiados en épocas posteriores, y forman una unidad social, económica y cultural; que ha desarrollado formas propias de organización social, económica, política y cultural, y que poseen aspiraciones comunes y afirman libremente su existencia como pueblo culturalmente diferenciado. El término afromexicanos hace referencia al entorno cultural mexicano en el cual han crecido o vive. INPI/PNUD.
Puerperio		Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómofisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto. Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.
Residencia habitual del paciente		Lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.
Sintomático (tratamiento sintomático)		Tratamiento del padecimiento que se dirige y limita a mejorar los síntomas, como el dolor o fiebre. Esta opción de tratamiento no usa antibiótico.
Urgencia Calificada		Problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que se atendió en el área de urgencias, que pone en riesgo la vida, órgano, tejido o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.
Urgencia No calificada		Problema de salud que se atendió en el área de urgencias que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente.





REFERENCIAS

Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del Formato de la Hoja Diaria del Servicio de Urgencias versión 2021, el Instructivo de Llenado correspondiente y el calendario de entrega para el año vigente: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_urgencias.html

En la siguiente liga puede acceder a la descarga de catálogos requeridos en la conformación del documento de intercambio: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección de “Catálogos” se encuentran aquellos que son transversales a los subsistemas y dentro del apartado de cada una de las guías se pueden encontrar los catálogos específicos que no se encuentren descritos en el presente documento.

En la siguiente página web, en la opción “Cargas”, puede acceder al ambiente de pruebas de la aplicación web del repositorio de información: <http://gobi.salud.gob.mx/>

En la siguiente página web, en la opción “PEIIS” del menú superior y en el elemento “Carga Masiva”, puede acceder al ambiente productivo de la aplicación web del repositorio de información (se requiere cuenta de usuario): <http://sinba.salud.gob.mx/>

En la siguiente liga http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_saeh.html se encuentran publicados los calendarios por año para el proceso de reporte de información mensual al Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia.

Bibliografía

- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
- NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos (DOF 12/11/2010).
- Instructivo Normativo para la asignación de la Clave Única de Registro de Población (DOF 18/06/2018).
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS.

Archivos anexos

Id.	Nombre del archivo	Descripción	Formato / Aplicación para su visualización
01	URG-DFSSA-2012.txt	Ejemplo de archivo de intercambio.	Texto Plano





MODELO DE INFORMACIÓN

Diccionario de Datos

La siguiente tabla corresponde a la estructura que se debe reportar en las bases nominales procedentes de los distintos SIREs. Cabe señalar que se debe mantener en el archivo de intercambio la estructura y la totalidad de los campos, considerando que la columna "Obligatorio" solo hace referencia al llenado del registro bajo ciertas condiciones y no implica que debe omitirse del SIREs.

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
REGISTRO						
1	clues	Clave Única de Establecimientos en Salud	Texto(11)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la CLUES requerida de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . Se debe validar que la CLUES se encuentre en Operación en el momento del alta y el valor del campo "TIPO_ESTABLECIMIENTO_CLAVE" de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD sea igual a "2" (Hospitalización), "1" (Consulta externa) con tipología igual a "CAP", "CE", "CES", "UNE", "UM", "UMFH", "A", de la "D" a la "L", de la "P" a la "V" o "Z".
2	folio	Clave asignada por la Unidad Médica, para dar seguimiento al registro	Texto(8)	Sí	Sí	El folio no debe repetirse en una misma CLUES y en una misma fecha de alta. Longitud mínima de 1 máxima de 8 caracteres. Sólo se aceptan valores numéricos de 0 – 9.
DATOS DEL PACIENTE						
3	curpPaciente	Clave Única de Registro de Población del paciente	Texto(18)	Sí	Sí	La longitud debe ser de 18 dígitos. Debe ir en mayúsculas y debe estar validada por RENAPO. De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población. El sistema deberá hacer la validación de la estructura AAAA999999AAAAAX9, donde el dígito 17 puede ser un valor entre 0 – 9 y A – J. Deben TENER COINCIDENCIA con las variables del paciente:





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>“nombre”, “primerApellido”, “segundoApellido”, “fechaNacimiento”, “entidadNacimiento”, “sexo” del paciente, descritas en esta sección.</p> <p>Cuando la entidad de nacimiento sea NE (Nacido en el extranjero), se debe asignar a “nacioExtranjero” el valor “1 – SI” y a “entidadNacimiento” el valor “88 – NO APLICA”.</p> <p>Si no se tiene información se debe asignar a la variable el valor “XXXX999999XXXXX99” (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con respecto a los otros campos.</p>
4	nombre	Nombre(s) del Paciente	Texto(50)	Sí	Sí	<p>Debe tener al menos dos caracteres. Y no pueden ser iguales.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los valores permitidos serán sólo de A – Z, sin acentos, sin caracteres especiales excepto el punto (.). Todo en mayúsculas.</p> <p>En caso de tener más de un nombre, éstos deben ir separados por un espacio.</p> <p>Cuando el valor de la variable “curpPaciente” sea diferente a “XXXX999999XXXXX99”, se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p> <p>Cuando el valor de la variable “curpPaciente” sea igual a “XXXX999999XXXXX99” y no se cuenta con la información se debe registrar “SE IGNORA”.</p>
5	primerApellido	Primer apellido del paciente	Texto(50)	Sí	Sí	<p>Debe tener al menos dos caracteres. Y no pueden ser iguales.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los valores permitidos serán sólo de A – Z, sin acentos, sin caracteres especiales excepto el punto (.). Todo en mayúsculas.</p> <p>En caso de tener un apellido compuesto, éstos deben ir separados por un espacio.</p> <p>Cuando el valor de la variable “curpPaciente” sea diferente a “XXXX999999XXXXX99”, se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea igual a "XXXX999999XXXXXX99" y no se cuenta con la información se debe registrar "SE IGNORA".</p>
6	segundoApellido	Segundo apellido del paciente	Texto(50)	No	Sí	<p>Si se cuenta con datos del segundo apellido, éste debe tener al menos dos caracteres y no pueden ser iguales.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los valores permitidos serán sólo de A – Z, sin acentos, sin caracteres especiales excepto el punto (.). Todo en mayúsculas.</p> <p>En caso de tener un apellido compuesto, éstos deben ir separados por un espacio.</p> <p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea diferente a "XXXX999999XXXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p> <p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea igual a "XXXX999999XXXXXX99" y no se cuenta con la información se debe registrar vacío.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
7	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del paciente.	Texto(10)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: DD/MM/AAAA.</p> <p>La fecha de nacimiento del paciente no puede ser mayor al valor de la variable "fechaAlta".</p> <p>Se debe validar que la fecha de nacimiento coincida con la variable "claveEdad" y "edad" de esta sección.</p> <p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea diferente a "XXXX999999XXXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p> <p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea igual a "XXXX999999XXXXXX99" y no se cuenta con la información se debe registrar "09/09/9999".</p>
8	nacioExtranjero	Identifica si el paciente nació en el extranjero.	Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones:</p> <p>1 – SI 2 – NO</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
9	paisOrigen	Identifica el país de nacimiento del paciente.	Texto(3)	No *	No	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable "nacioExtranjero" sea "1 - SI", en caso contrario, el valor por defecto es "142 - MÉXICO".</p> <p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al PAÍS DE NACIMIENTO requerida de acuerdo al catálogo PAISES.</p>
10	entidadNacimiento	Entidad federativa de nacimiento del paciente	Texto(2)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la ENTIDAD DE NACIMIENTO requerida de acuerdo al catálogo ENTIDADES.</p> <p>Si el valor de la variable "nacioExtranjero" es igual a "1 - SI", se debe registrar el valor "88 - NO APLICA".</p> <p>Cuando no se conozca el dato registrar el valor "99 - SE IGNORA".</p> <p>Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), registrar el valor "00 - NO ESPECIFICADO".</p> <p>Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea diferente a "XXXX999999XXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p>
11	edad	Registrar la edad del paciente	Numérico	Sí	No	<p>Valor calculado a partir de la fecha de nacimiento del paciente con respecto al valor de la variable "fechaAlta", por lo que se debe validar la consistencia con el campo "fechaNacimiento" y con el campo "claveEdad" de esta misma sección para los rangos permitidos:</p> <p>Si la variable "claveEdad" corresponde a años, los valores permitidos son de 1 a 120.</p> <p>Si la variable "claveEdad" corresponde a meses, los valores permitidos son de 1 a 11.</p> <p>Si la variable "claveEdad" corresponde a días, los valores permitidos son de 1 a 29.</p> <p>Si la variable "claveEdad" corresponde a horas, los valores permitidos son de 1 a 23.</p> <p>Si se desconoce la edad, se debe registrar "999" y el valor de la variable "claveEdad" debe ser "9".</p> <p>En caso de que no esté descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar "999" y el valor de la variable "claveEdad" debe ser "0".</p> <p>En caso de que el paciente tenga menos</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						de un año, la edad será calculada a partir de la fecha de nacimiento del paciente con respecto al valor de la variable "fechaIngreso". En caso de que el paciente tenga horas de nacido, se debe capturar la edad en horas que corresponda (no se calcula).
12	claveEdad	Clave de la edad del paciente	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo al catálogo TIPO_EDAD, con excepción de la opción "1 – MINUTOS". En caso de que se desconozca el dato, se debe registrar el valor "9 – SE IGNORA". En caso de que no esté descrita en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar el valor "0 – NO ESPECIFICADO".
13	sexo	Registre el sexo del paciente	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo al catálogo SEXO. Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea diferente a "XXXX999999XXXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable. Cuando el valor de la variable "curpPaciente" sea igual a "XXXX999999XXXXXX99" y no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar el valor "0 – NO ESPECIFICADO".
14	afiliacion	Código y descripción de afiliación a los servicios de salud.	Texto(2)	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo al catálogo AFILIACION. Cuando no se conozca el dato, se debe registrar el valor "9 – SE IGNORA". Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar el valor "99 – NO ESPECIFICADO".
15	gratuidad	Programa de salud de la Ciudad de México	Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable "afiliacion" sea "10 – OTRA", en caso contrario, el valor por defecto es "8 – NO APLICA". Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
16	numeroAfiliacion	Número de Afiliación del paciente.	Texto(16)	No *	Sí	* Será obligatorio cuando el valor de la variable " afiliacion " sea diferente a "0 – NINGUNA", "9 – SE IGNORA", "11 – INSABI" o "99 – NO ESPECIFICADO" o el valor de la variable " gratuidad " sea "1 – SI", en caso contrario, el valor por defecto es vacío. La longitud mínima debe ser de 5 dígitos y un máximo de 16 dígitos. No se admiten caracteres especiales ni espacios en blanco.
17	digitoVerificador	Digito verificador de SPSS	Texto(2)	No	Sí	Sólo acepta valores de 0 – 9. No se admiten caracteres especiales ni espacios en blanco. El valor por defecto es vacío
18	seConsideraIndigena	¿Se considera Indígena?	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena serán considerados como tales.
19	seConsideraAfromexicano	¿Se considera Afromexicano?	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma afromexicana, serán considerados como tales.
DOMICILIO DEL PACIENTE						
20	resideExtranjero	Identifica si el paciente reside en el extranjero.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
21	paisResidencia	Identifica el país de residencia del paciente.	Texto(3)	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable " resideExtranjero " sea "1 – SI", en caso contrario, el valor por defecto será "142 – MÉXICO". Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al PAÍS DE RESIDENCIA de acuerdo con el catálogo PAISES .





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
22	entidadResidencia	Entidad de residencia del paciente.	Texto(2)	Sí	Sí	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la ENTIDAD DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo ENTIDADES.</p> <p>Si el valor de la variable "resideExtranjero" es igual a "1 – SI", se debe registrar el valor "88 – NO APLICA".</p> <p>Cuando no se conozca el dato se debe registrar "99 – SE IGNORA".</p> <p>Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el valor "00 – NO ESPECIFICADO".</p>
23	municipioResidencia	Municipio o delegación de residencia del paciente.	Texto(3)	Sí	Sí	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al MUNICIPIO DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo MUNICIPIO.</p> <p>Los municipios deben aparecer de acuerdo con la Entidad seleccionada, esta relación se obtiene con el campo CATALOG_KEY del catálogo ENTIDADES y el campo EFE_KEY del catálogo MUNICIPIO.</p> <p>Si el valor de la variable "entidadResidencia" es "88", se debe registrar el valor por defecto "997 – NO APLICA".</p> <p>Si el valor de la variable "entidadResidencia" es "99" o no se conoce el dato, se debe registrar el valor por defecto "998 – SE IGNORA".</p> <p>Si el valor de la variable "entidadResidencia" es "00" o no se encuentra descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el valor por defecto "999 – NO ESPECIFICADO".</p>
24	localidadResidencia	Localidad de residencia del paciente.	Texto(4)	Sí	Sí	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la LOCALIDAD DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo LOCALIDAD.</p> <p>Las localidades deben aparecer de acuerdo con la Entidad y Municipio seleccionados, esta relación se obtiene con el campo CATALOG_KEY del catálogo ENTIDADES y el campo CATALOG_KEY del catálogo MUNICIPIO y los campos EFE_KEY y MUN_KEY del catálogo LOCALIDAD.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Si el valor de la variable "municipioResidencia" es "997", se debe registrar el valor por defecto "9997 – NO APLICA".</p> <p>Si el valor de la variable "municipioResidencia" es "998" o se ignora el dato, se debe registrar el valor por defecto "9998 – SE IGNORA".</p> <p>Si el valor de la variable "municipioResidencia" es "999" o no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar el valor por defecto "9999 – NO ESPECIFICADO".</p>
25	otraLocalidad	Especificación del nombre de la localidad	Texto(50)	No	No	<p>Se tendrá disponible cuando el valor de la variable "localidadResidencia" sea "9999 – NO ESPECIFICADO".</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los valores permitidos serán sólo de A – Z. Todo en mayúsculas, sin acentos y sin caracteres especiales.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
26	codigoPostal	Código Postal del lugar de residencia del paciente	Texto(5)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al CODIGO POSTAL DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo CODIGO_POSTAL.</p> <p>Los códigos postales deben aparecer de acuerdo con la Entidad y Municipio seleccionados, esta relación se obtiene con el campo CATALOG_KEY del catálogo ENTIDADES y el campo CATALOG_KEY del catálogo MUNICIPIO y los campos EFE_KEY y MUN_KEY del catálogo CODIGO_POSTAL.</p> <p>Si se desconoce el código postal de residencia se debe registrar "99999 – SE IGNORA".</p> <p>Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) o el valor de la variable "resideExtranjero" sea "1 – SI", se debe registrar el valor "00000" (NO ESPECIFICADO).</p>
27	selgnoraCP	Se ignora el código Postal	Númérico	No	No	<p>El valor por defecto es "2 – NO".</p> <p>Si el valor de la variable "codigoPostal" es "99999" o el valor de la variable "resideExtranjero" es "1 – SI", se debe registrar el valor "1 – SI".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
28	tipoVialidad	Clasificación dada a la vialidad de residencia del paciente.	N Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al TIPO DE VIALIDAD DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo TIPO_VIALIDAD.</p> <p>Cuando el valor de la variable "resideExtranjero" sea "1 - SI" el valor debe ser "97 - NO APLICA".</p> <p>Cuando no se conozca el dato, se debe registrar el valor "98 - SE IGNORA".</p> <p>Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el valor "99 - NO ESPECIFICADO".</p>
29	nombreVialidad	Nombre de la vialidad de residencia del paciente.	T Texto(100)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Sólo acepta valores de A - Z, 0 - 9, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de "." (punto), ",", "-", "_", "/" y sin salto de línea.</p> <p>En caso de no contar con la información, se debe ingresar el texto "SIN INFORMACIÓN".</p> <p>En caso de que no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el texto "NO ESPECIFICADO".</p>
30	numeroExterior	Identificación del inmueble de la ocurrencia del evento.	T Texto(15)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Valores aceptables de A - Z y 0 - 9.</p> <p>No se deben permitir caracteres especiales ni acentos.</p> <p>Cuando se desconozca el dato o el valor de la variable "resideExtranjero" sea "1 - SI, se debe registrar el valor "0".</p>
31	numeroInterior	Caracteres alfanuméricos que identifican el número interior de la vialidad de residencia del paciente.	T Texto(5)	No	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Valores aceptables A - Z y 0 - 9.</p> <p>No se deben permitir caracteres especiales.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
32	tipoAsentamiento	Descripción del tipo de asentamiento de residencia del paciente.	N Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al TIPO DE ASENTAMIENTO DE RESIDENCIA requerida de acuerdo con el catálogo TIPO_ASENTAMIENTO.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Cuando el valor de la variable "resideExtranjero" sea "1 - SI" el valor debe ser "44 - NO APLICA".</p> <p>Cuando no se conozca el dato, se debe registrar el valor "45 - SE IGNORA".</p> <p>Cuando no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el valor "46 - NO ESPECIFICADO".</p>
33	nombreAsentamiento	Nombre de Asentamiento	Texto(100)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Sólo acepta valores de A - Z, 0 - 9, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de "." (punto), ",", "-", "_", "/" y sin salto de línea.</p> <p>En caso de que en la variable "resideExtranjero" se seleccione la opción "1 - SI" el valor debe ser "NO APLICA".</p> <p>En caso de no contar con la información, se debe ingresar el texto "SIN INFORMACION".</p> <p>En caso de que no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias) se debe registrar el texto "NO ESPECIFICADO".</p>
34	teléfono	Número telefónico del paciente.	Numérico	No	Sí	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio, en medio y al final de la variable.</p> <p>Los valores válidos son del 0 - 9.</p> <p>La longitud máxima es de 10 dígitos.</p> <p>Si se desconoce el número de teléfono se debe registrar "9999999999" (10 veces '9').</p>
ESTANCIA						
35	atencionPreHospitalaria	Identificación en caso de proporcionar atención prehospitalaria al paciente	Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con las siguientes opciones:</p> <p>1 - SI 2 - NO</p>
36	tiempoTraslado	Tiempo transcurrido desde la atención prehospitalaria y el arribo a la unidad médica	Texto(5)	No *	No	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable "atencionPreHospitalaria" sea "1 - SI", en caso contrario el valor por defecto es vacío.</p> <p>El registro del tiempo transcurrido en el traslado debe ser en horas y minutos.</p> <p>En el siguiente formato: HH:MM.</p> <p>Rango permitido de 00:01 a 48:00 y 99:99 para NO ESPECIFICADO.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
37	fechaIngreso	Registre la fecha de ingreso correspondiente	Texto(10)	Sí	No	La fecha de ingreso no debe ser anterior a cuarenta días con respecto al valor de la variable "fechaAlta", ni posterior al valor de la variable "fechaAlta". La fecha de ingreso no puede ser menor a la fecha de nacimiento. La fecha de ingreso no puede ser mayor a la fecha actual. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: DD/MM/AAAA.
38	horaIngreso	Registre la hora en que ingreso el paciente.	Texto(5)	Sí	No	El registro de la hora de ingreso debe ser en horas y minutos en el siguiente formato de 24 horas: HH:MM. En caso de que no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar 99:99.
39	tipoUrgencia	Registre el tipo de urgencia	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo TIPO_URGENCIA .
40	motivoAtencion	Motivo de la atención proporcionada	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo MOTIVO_ATENCION .
41	tipoCama	Tipo de cama en la que se encuentra el paciente	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo TIPO_CAMA .
42	trasladoTransitorio	Traslado transitorio a otro hospital	Numérico	No	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO El valor por defecto es "-1".
43	cluesTraslado	CLUES de la unidad médica a la que se trasladará el paciente de forma transitoria.	Texto(11)	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable "trasladoTransitorio" sea "1 – SI", en caso contrario el valor por defecto es vacío. El valor de la CLUES no debe ser igual al valor de la CLUES de registro. Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la CLUES de procedencia de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . Se debe validar que la CLUES se encuentre en Operación.
44	fechaAlta	Registre la fecha de alta del paciente	Texto(10)	Sí	No	La fecha de alta debe estar dentro del calendario estadístico reportado. Se debe validar que la fecha de alta no sea menor a la fecha de ingreso, ni mayor a la





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						fecha actual. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: DD/MM/AAAA.
45	horaAlta	Registre la hora del alta del paciente	Texto(5)	Sí	No	El registro de la hora de alta debe ser en horas y minutos en el siguiente formato de 24 horas: HH:MM. En caso de que no se encuentre descrito en el documento (Hoja de Urgencias), se debe registrar 99:99.
46	mesEstadistico	Mes estadístico correspondiente	Numérico	Sí	No	El mes estadístico se asigna con la fecha de alta, de acuerdo con el mes calendario. El campo se autocompletará, al momento de registrar el valor de la variable "fechaAlta" con una longitud máxima de dos dígitos.
47	tiempoEstancia	Es el tiempo que permanece el paciente en la atención de urgencias (Horas)	Texto(6)	Sí	No	El campo se autocompletará, al momento de registrar el valor obtenido de la diferencia entre los valores de las variables "fechaIngreso" y "horaIngreso" con respecto a los valores de las variables "fechaAlta" y "horaAlta" con una longitud máxima de 3 dígitos para horas y 2 dígitos para minutos. El rango permitido para horas es de "0" a "999" y para minutos de "0" a "59" en formato ###:##
48	altaPor	Motivo de alta del servicio de urgencias.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo ALTA_POR .
49	cluesReferido	CLUES de la unidad a la cual es referido el paciente (Sólo para pase a otro hospital)	Texto(11)	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable "altaPor" sea "3 - TRASLADO A OTRA UNIDAD", en caso contrario el valor por defecto es vacío. Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la CLUES referida de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . Se debe validar que la CLUES se encuentre en Operación. No debe ser el mismo valor que la CLUES de registro.
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN						
50	ministerioPublico	Envió al Ministerio Publico el Certificado de Defunción	Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable "altaPor" sea "5 - DEFUNCIÓN", en caso contrario, el valor por defecto es "-1".





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Cuando la opción sea “1 – SI”, será porque el fallecido(a) se envió a MP por lo cual no se tiene el folio del certificado de defunción. Cuando la opción sea “2 – NO”, será porque el certificado de defunción se expidió en la unidad médica, por lo que se debe activar la variable “folioCertificadoDefuncion” .
51	folioCertificadoDefuncion	Folio del certificado de defunción	Numérico	No *	Sí	* Será obligatorio cuando el valor de la variable “altaPor” sea “5 - DEFUNCIÓN” y el valor de la variable “ministerioPublico” sea “2 – NO”, en caso contrario el valor por defecto es vacío. Los primeros dos números del folio corresponden a los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer dígito debe ser cero, excepto para los formatos impresos 2021 en el rango 211000000 – 211128000. La longitud debe ser de 9 dígitos. Acepta sólo números: 0-9. Aceptará folios de 4 años atrás y uno adelante, de acuerdo con la fecha de alta.
52	mujerFertil	Identificar si la mujer se encuentra o estuvo embarazada recientemente	Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable “sexo” sea “2 – MUJER” y el valor en conjunto de las variables “edad” y “claveEdad” sea mayor o igual a “9 años” y menor o igual a “59 años”, en caso contrario el valor por defecto es “-1”. Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo MUJER_FERTIL .
53	edadGestacional	Registre las Semanas de gestación	Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable “mujerFertil” sea “1 – EMBARAZO”. La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de “1” a “45” semanas. Cuando las semanas de gestación no se conocen, el valor debe ser “99”, el valor por defecto debe ser cero.
54	descripcionAfeccionPrincipal	Descripción de la afección principal de la atención.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Sólo acepta valores de A – Z, 0 – 9, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de "." (punto), ",", "-", "_", "/", "(", ")" y sin salto de línea. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
55	codigoCIEAfeccionPrincipal	Código CIE que corresponde a la Afeción principal	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>La afeción principal debe cumplir con las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de DIAGNOSTICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres. Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "RUBRICA_TYPE" sea diferente de "B". No se deben aceptar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías. Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "AF_PRIN" sea "SI", es decir, pueden ser afeción principal. Verificar con relación a los valores que se tengan en las variables "sexo" y en su conjunto "claveEdad" y "edad", las restricciones por sexo y edad respectivamente que tengan los códigos de CIE para la Afeción principal (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Validar que los diagnósticos registrados en afeción principal y todas las afecciones cumplan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O00" a la "O08" referentes a aborto. En comorbilidades ni con la afeción principal. No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O80" a la "O84" referentes a parto. En comorbilidades, ni con la afeción principal.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"> Si se ingresa un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede ingresar en el campo "codigoCieComorbilidad" ni en el campo "afecciónPrincipalReseleccionada" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa. Si se ingresa un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable "altaPor" debe ser el correspondiente a "5 - DEFUNCIÓN". Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.
<p>COMORBILIDADES</p> <p><i>(Para las variables con el ID Sombreado se deben ingresar como máximo 6 afecciones de comorbilidad en caso de que apliquen, y estarán compuestas por – Numero, Descripción y Código CIE – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada afección en general separado con el carácter "&").</i></p> <p><i>En caso de que no apliquen comorbilidades, se le asignará el valor por defecto que corresponda a cada variable.</i></p> <p><i>Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la conformación del documento electrónico.</i></p>						
56	numeroComorbilidad	Número consecutivo de la afección de comorbilidad tratada	Numérico	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud máxima de 1 dígito.</p> <p>El valor es un número auto incremental que va de 1 a 6.</p> <p>Cuando haya más de una comorbilidad y se borre una menor al total, se deben de reenumerar las mismas.</p> <p>Debe de haber cuando menos una comorbilidad.</p>
57	descripcionComorbilidad	Descripción de la afección de comorbilidad tratada	Texto(250)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Sólo acepta valores de A – Z, 0 – 9, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de "." (punto), ",", "-", "_", "/", "(", ") y sin salto de línea.</p> <p>Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.</p>
58	codigoCieComorbilidad	Código CIE y descripción de la afección de comorbilidad	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>La afección principal debe cumplir con las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de DIAGNOSTICO.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"> Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres. Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "RUBRICA_TYPE" sea diferente de "B". No se deben aceptar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías. Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "AF_PRIN" sea "SI", es decir, pueden ser afección principal. Verificar con relación a los valores que se tengan en las variables "sexo" y en su conjunto "claveEdad" y "edad", las restricciones por sexo y edad respectivamente que tengan los códigos de CIE para la Afección principal (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Validar que los diagnósticos registrados en afección principal y todas las afecciones cumplan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O00" a la "O08" referentes a aborto. En comorbilidades ni con la afección principal. No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O80" a la "O84" referentes a parto. En comorbilidades, ni con la afección principal. Si se ingresa un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede ingresar en el campo "codigoCIEAfeccionPrincipal" ni en el campo "afecciónPrincipalReseleccionada" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa. Si se ingresa un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable "altaPor" debe ser el correspondiente a "5 - DEFUNCIÓN". Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
59	afeccionPrincipalReseleccionada	Código CIE de la afección principal reseleccionada.	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>La afección principal debe cumplir con las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de DIAGNOSTICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres. • Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "RUBRICA_TYPE" sea diferente de "B". • No se deben aceptar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías. • Solo podrá seleccionar los códigos que en el campo "AF_PRIN" sea "SI", es decir, pueden ser afección principal. • Verificar con relación a los valores que se tengan en las variables "sexo" y en su conjunto "claveEdad" y "edad", las restricciones por sexo y edad respectivamente que tengan los códigos de CIE para la Afección principal (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Validar que los diagnósticos registrados en afección principal y todas las afecciones cumplan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O00" a la "O08" referentes a aborto. En comorbilidades ni con la afección principal. • No se puede aceptar dos códigos de la CIE diferentes que correspondan al rango de la "O80" a la "O84" referentes a parto. En comorbilidades, ni con la afección principal. • Si se ingresa un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede ingresar en el campo "codigoCieComorbilidad" ni en el campo "afecciónPrincipalReseleccionada" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"> Si se ingresa un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable "altaPor" debe ser el correspondiente a "5 - DEFUNCIÓN". Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.
INTERCONSULTAS						
<p>(Para las variables con el ID Sombreado se deben ingresar como máximo 3 médicos interconsultantes en caso de que apliquen, y estarán compuestos por – Especialidad, Otra Especialidad, CURP, Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido y Cedula – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada médico interconsultante separado con el carácter "&").</p> <p>En caso de que no apliquen interconsultas, se le asignará el valor por defecto que corresponda a cada variable.</p>						
60	tipoEspecialidad	Tipo de especialidad del médico interconsultante	Númérico	No	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la especialidad de acuerdo al catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES.</p> <p>El servicio perteneciente a la agrupación de especialidades de pediatría sólo podrá ser seleccionado, cuando la edad del paciente sea menor o igual a 18 años.</p> <p>El servicio perteneciente a la agrupación de las especialidades de gineco-obstetricia sólo podrá ser seleccionado en paciente de sexo mujer cuando la edad del paciente se encuentre entre "9" y "59 años".</p> <p>En caso de seleccionar la opción "99 – NINGUNA", no se puede registrar más especialidades y al resto de las variables de ésta misma sección se le asignará el valor por defecto que le corresponda.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
61	especifiqueEspecialidad	Especifique otra especialidad del médico interconsultante	Texto(50)	No *	No	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable "tipoEspecialidad" sea "599 – OTRA", en caso contrario el valor por defecto es vacío.</p> <p>Se aceptan los caracteres de A – Z.</p> <p>Sin caracteres especiales y todo en mayúsculas.</p>
62	curpEspecialista	CURP del médico especialista	Texto(18)	No *	Sí	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable "tipoEspecialidad" sea diferente de "99 – NINGUNA".</p> <p>Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable, con una longitud de 18 dígitos.</p> <p>Debe ir en mayúsculas.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Validada por RENAPO.</p> <p>De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población.</p> <p>El sistema deberá hacer la validación de la estructura AAAA999999AAAAAX9, donde el dígito 17 puede ser un valor entre 0-9 y A-Z.</p> <p>Deben tener coincidencia con las variables del médico especialista:</p> <p>“nombreMedico”, “primerApellidoMedico” y “segundoApellidoMedico” del médico especialista descritas en esta sección.</p> <p>La CURP del especialista de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente.</p> <p>Si no se tiene información se debe asignar a la variable el valor “XXXX999999XXXX99” (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con respecto a los otros campos.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
63	nombreMedico	Nombre del Médico Especialista	Texto(50)	No *	Sí	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable “tipoEspecialidad” sea diferente de “99 – NINGUNA”.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres y que no sean iguales.</p> <p>Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.).</p> <p>En caso de más de un nombre, éstos deben ir separados por un espacio.</p> <p>Todo en Mayúsculas.</p> <p>Cuando el valor de la variable “curpEspecialista” sea diferente a “XXXX999999XXXX99”, se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.</p> <p>El valor por defecto es vacío.</p>
64	primerApellidoMedico	Primer Apellido del Especialista	Texto(50)	No *	Sí	<p>* Será obligatorio cuando el valor de la variable “tipoEspecialidad” sea diferente de “99 – NINGUNA”.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres y que no sean iguales.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.).</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						En caso de más de un apellido paterno, éstos deben ir separados por un espacio. Todo en Mayúsculas. Cuando el valor de la variable " curpEspecialista " sea diferente a "XXXX999999XXXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable. El valor por defecto es vacío.
65	segundoApellidoMedico	Segundo Apellido del Especialista	Texto(50)	No	Sí	Debe tener al menos dos caracteres y que no sean iguales. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.). En caso de más de un segundo apellido, éstos deben ir separados por un espacio. Todo en Mayúsculas. Cuando el valor de la variable " curpEspecialista " sea diferente a "XXXX999999XXXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable. El valor por defecto es vacío.
66	cedulaEsp	Cédula Profesional del Médico Especialista	Texto(14)	No	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres. Si la cédula tiene una longitud menor a 6 caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda. Caracteres aceptados son de 0 – 9 y de A – Z sin caracteres especiales. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo registrar esta última. El valor por defecto será "0".
PROCEDIMIENTOS						
<i>(Para las variables con el ID Sombreado se deben ingresar como máximo 6 procedimientos en caso de que apliquen, y estarán compuestos por – Numero, Código CIE-9MC – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada procedimiento en general separado con el carácter "&").</i>						
<i>Para cada procedimiento que se agregue, se debe registrar los datos de cada uno de los campos de ésta sección; en caso de que no apliquen procedimientos, se le asignará el valor por defecto que corresponda a cada variable.</i>						
67	numeroProcedimiento	Número de procedimiento utilizado	Numérico	Si	No	Número consecutivo que inicia en 1 y se incrementa en 1 cada vez que se agrega un nuevo procedimiento hasta un máximo de 6.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Cuando haya más de un procedimiento y se borre uno menor al total, se deben de reenumerar los mismos.</p> <p>En caso de que no aplique, el valor por defecto es "0".</p>
68	codigoCieProcedimiento	Código CIE-9MC y descripción de procedimiento médico.	Texto(4)	Si	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE-9MC de acuerdo al catálogo PROCEDIMIENTO. Siempre y cuando se registre por lo menos un procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres. En caso de aplicar, verificar con relación a los valores que se tengan en las variables "sexo" y en su conjunto "claveEdad" y "edad", las restricciones por sexo y edad respectivamente que tengan los códigos de CIE-9MC para los procedimientos realizados. <p>En caso de que no aplique, el valor por defecto es vacío.</p>
MEDICAMENTOS						
<p><i>(Para las variables con el ID Sombreado se deben ingresar como máximo 6 medicamentos en caso de que apliquen, y estarán compuestos por – Numero, Código del Medicamento – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada medicamento en general separado con el carácter "&")</i></p> <p><i>Para cada medicamento que se agregue, se debe registrar los datos de cada uno de los campos de ésta sección; en caso de que no apliquen medicamentos, se le asignará el valor por defecto que corresponda a cada variable.</i></p>						
69	numeroMedicamento	Número consecutivo de los medicamentos suministrados al paciente.	Numérico	Si	No	<p>Requerido por cada medicamento. Inicia en "1" y se va incrementando por cada medicamento hasta un máximo de "6".</p> <p>Cuando haya más de un medicamento y se borre uno menor al total, se deben de reenumerar los mismos.</p> <p>En caso de que no aplique, el valor por defecto es "0".</p>
70	codigoMedicamento	Código y descripción del medicamento.	Texto(20)	Si	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código del medicamento de acuerdo con el catálogo MEDICAMENTO.</p> <p>En caso de que no aplique, el valor por defecto es vacío.</p>
URGENCIAS POR IRAS Y/O EDAS						





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
71	planTras	Infecciones respiratorias agudas	N Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor en conjunto de las variables "claveEdad" y "edad" sea menor o igual a "5 años" y el valor de la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" sea alguno de los códigos J00 – J06, J09 – J22 de la CIE, en caso contrario el valor por defecto es "-1". Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo PLAN_IRAS .
72	planEdas	Registrar plan de hidratación de las enfermedades diarreicas agudas	N Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor en conjunto de las variables "claveEdad" y "edad" sea menor o igual a "5 años" y el valor de la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" sea alguno de los códigos A00 – A09 de la CIE, en caso contrario el valor por defecto es "-1". Se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con el catálogo PLAN_EDAS .
73	numeroSobres	Número de sobres de vida suero oral proporcionados	N Numérico	No *	No	* Será obligatorio cuando el valor de la variable "planEdas" corresponda a "1 – PLAN A" o "2 – PLAN B", en caso contrario, el valor por defecto es "0". El valor máximo es 20.
MÉDICO RESPONSABLE						
74	curpResponsable	Clave Única de Registro del profesional de salud responsable de la atención	T Texto(18)	No	Sí	Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable. Debe ir en mayúsculas y debe estar validada por RENAPO. De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población. El sistema deberá hacer la validación de la estructura AAAA999999AAAAAX9, donde el dígito 17 puede ser un valor entre 0 – 9 y A – J. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Deben tener coincidencia con las variables del responsable de la atención: "nombreResponsable" , "primerApellidoResponsable" y "segundoApellidoResponsable" descritas en esta sección.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si no se tiene información se debe asignar a la variable el valor "XXXX999999XXXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con respecto a los otros campos. La CURP del médico responsable no puede ser igual a la CURP del paciente.
75	nombreResponsable	Nombre del profesional de salud responsable de la atención	Texto(50)	No	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.). Todo en mayúsculas, sin acentos ni caracteres especiales. En caso de más de un nombre, éstos deben ir separados por un espacio. Validar que debe tener al menos dos caracteres y no pueden ser iguales. Cuando el valor de la variable " curpResponsable " sea diferente a "XXXX999999XXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.
76	primerApellidoResponsable	Registre el primer apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto(50)	Sí	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Validar que debe tener al menos dos caracteres y no pueden ser iguales. Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.). Todo en mayúsculas, sin acentos ni caracteres especiales. En caso de tener un apellido compuesto, éstos deben ir separados por un espacio. Cuando el valor de la variable " curpResponsable " sea diferente a "XXXX999999XXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable.
77	segundoApellidoResponsable	Registre el segundo apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto(50)	No	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los valores válidos serán sólo de A – Z y punto (.). Todo en mayúsculas, sin acentos ni caracteres especiales. En caso de tener un apellido compuesto, éstos deben ir separados por un espacio. Si se cuenta con datos del segundo apellido, éste debe tener al menos dos caracteres y no pueden ser iguales.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Cuando el valor de la variable " curpResponsable " sea diferente a "XXXX999999XXXXX99", se deberá validar contra el valor ingresado en dicha variable. El valor por defecto es vacío.
78	cedulaResponsable	Cédula profesional del médico responsable que proporcionó la atención	Texto(14)	No	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres. Si la cédula tiene una longitud menor a 6 caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda. Caracteres aceptados son 0 – 9 y A – Z sin caracteres especiales. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo registrar esta última. El valor por defecto será "0".





Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente
AFILIACION		DGIS
ALTA_POR *		DGIS
CODIGO_POSTAL	Código Postal.	DGIS
DIAGNOSTICO	CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición.	DGIS
ENTIDAD_FEDERATIVA	Entidades.	DGIS
ESTABLECIMIENTO_SALUD	Clave única de establecimientos de salud.	DGIS
LOCALIDAD	Localidad.	DGIS
MEDICAMENTO	Cuadro básico de medicamentos.	DGIS
MOTIVO_ATENCION *		DGIS
MUJER_FERTIL *		DGIS
MUNICIPIO	Municipio.	DGIS
PAISES		DGIS
PLAN_EDAS *		DGIS
PLAN_IRAS *		DGIS
PROCEDIMIENTO	CIE-9MC, Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición, Modificación Clínica.	DGIS
SERVICIOS_ESPECIALIDADES *	Servicios y Especialidades médicas.	DGIS
SEXO		DGIS
TIPO_ASENTAMIENTO	Tipo de Asentamiento.	DGIS
TIPO_CAMA *		DGIS
TIPO_EDAD		DGIS
TIPO_URGENCIA *		DGIS
TIPO_VIALIDAD	Tipo de Vialidad.	DGIS

* Se trata de un catálogo específico y se localiza en el mismo apartado de la publicación de la presente guía: <http://gobi.salud.gob.mx>





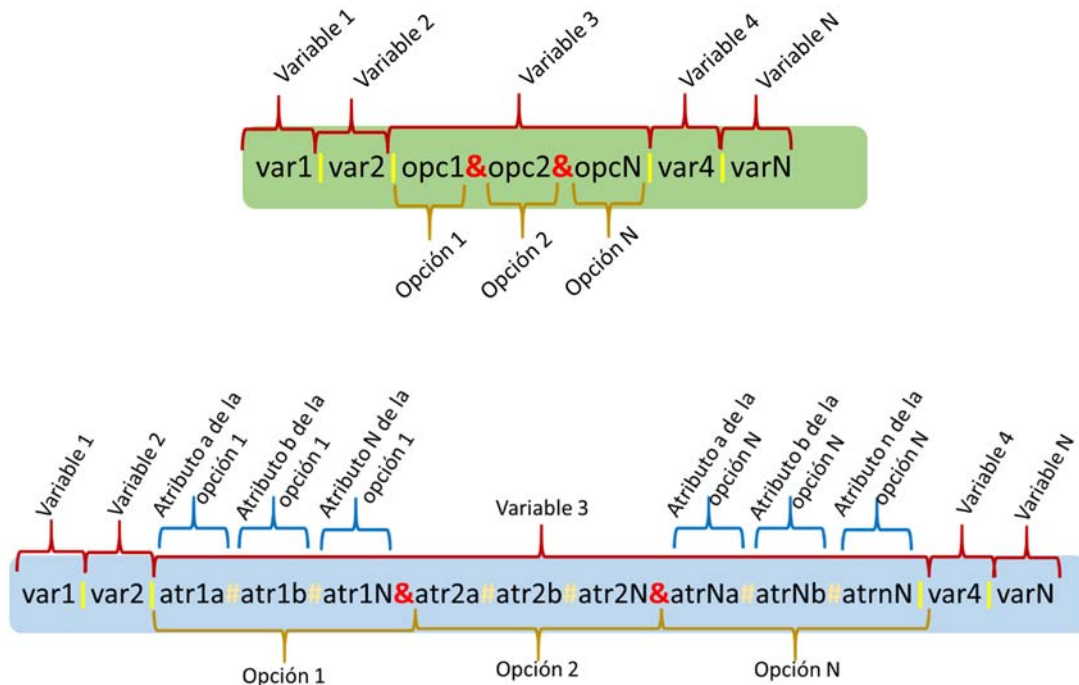
CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

La información debe ser reportada conforme a la estructura descrita en el presente documento. El SIRES que reporta la información, debe generar un archivo con los datos registrados, aplicando las validaciones establecidas y en el formato descrito en este documento.

Se debe generar un archivo de texto plano (.TXT), con los nombres de variables como encabezado y los valores de los registros conforme la siguiente estructura:

1. Cada variable debe separarse por el caracter "|" en el mismo orden establecido en el diccionario de datos.
2. Se debe incluir un solo registro por renglón.
 - a) Si en una sección se encuentra una variable marcada que puede repetirse, se debe separar por el caracter "&" entre cada repetición.
 - b) Del punto anterior, si las variables marcadas son más de una, los valores se separarán por el caracter "#", y entre cada repetición por el caracter "&".

A continuación, se presenta de manera gráfica la estructura de los registros.



Se anexa un archivo de texto plano con la estructura de datos y registros de ejemplo sin cifrar para mayor referencia (URG-DFSSA-2012.txt)





Cifrado

El cifrado de los archivos se realiza bajo el algoritmo 3DES. Para fines de pruebas y validación de los archivos generados, se debe cifrar usando el certificado y el módulo de cifrado que se encuentra disponible para su descarga en el ambiente de pruebas de carga masiva en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Cargas”.

Nomenclatura de archivos

Una vez capturada la información de urgencias médicas, se debe generar el archivo y se sugiere nombrarlo con la siguiente nomenclatura:

U	R	G	-	D	F	S	S	A	-	2	0	1	2	.	T	X	T
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Como siguiente paso, llevar a cabo el cifrado del contenido del archivo mediante el uso del certificado y el módulo de cifrado, se debe generar el archivo con el mismo nombre con extensión “CIF”:

U	R	G	-	D	F	S	S	A	-	2	0	1	2	.	C	I	F
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Posteriormente, se debe comprimir este último archivo con el mismo nombre con extensión “ZIP”:

U	R	G	-	D	F	S	S	A	-	2	0	1	2	.	Z	I	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Donde:

- Los primeros tres caracteres identifican el tipo de información que se reporta, en este caso URG corresponde a Urgencias Médicas.
- Del 5 al 9, los dos primeros caracteres corresponden a la entidad y los últimos tres corresponden a la institución a la que pertenece la información reportada, conforme a la nomenclatura utilizada para la asignación de la CLUES.
- Del 11 al 12, corresponden a los últimos dos dígitos del año que se reporta.
- Del 13 al 14 corresponden a la información acumulada al mes que se reporta.
- Las últimas tres posiciones corresponden a la extensión del tipo de archivo que se genera en cada uno de los pasos previos: TXT, CIF y compactado en ZIP.





MECANISMO DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (INTERCONEXIÓN BASADA EN ESTÁNDARES)

La DGIS anualmente, durante el cuarto trimestre del año en curso, mediante los mecanismos de comunicación que determine, proporcionará a los Coordinadores Estatales de Información en Salud y a todo aquel interesado, el formato de recolección de información, los lineamientos y manuales a operar en el año subsecuente en caso de existir cambios en los mismos, en caso contrario seguirán vigentes los últimos publicados.

En este sentido, para fines de cumplimiento con el procedimiento para el reporte de información, se debe atender a la definición que se indique en los lineamientos y manuales de operación antes mencionados.

Seguridad

Para las cargas de archivos en ambiente de pruebas, para aquellos interesados en la certificación de la NOM-024-SSA3-2012, pueden acceder con la opción “Sin usuario asignado”.

Para mayor detalle consultar el manual correspondiente que se encuentra disponible en la sección de “Guías” en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/>

VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA

La DGIS proporcionará los mecanismos para la evaluación de la conformidad de esta guía a las unidades de verificación, quienes a su vez harán uso de estos para poder confirmar el cumplimiento.

Para determinar que un SIREs implementa correctamente lo descrito en la presente Guía de Intercambio de Información, debe demostrar que:

- Es capaz de generar en forma automática el documento electrónico a partir de la información registrada en el SIREs.
- El documento electrónico cumple con el esquema de validación proporcionado, tanto en formato, estructura y conformación.
- La información contenida cumple con las validaciones establecidas por variable y reglas de negocio para la conformación del documento.

La verificación de los archivos creados por un SIREs, deben ser validados siguiendo el manual de carga de archivos en ambiente de pruebas publicado en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Guías” y utilizando el validador que se encuentra en la misma página en la sección “Cargas”.

