



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SECTORIAL Y
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

GIIS-B002-05-08

**GUÍA Y FORMATOS PARA EL
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE
INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS**





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 Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, México; Teléfono. +52 (55) 6392 2300, Ext. 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
04/09/2023	5.0	Versión Inicial	Creación del documento. Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	MPPO
15/09/2023	5.1	Borrador	Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	BLPM, AGS, AYG, MTU
08/10/2024	5.2	Borrador	Revisión y actualización de reglas de validación.	MPPO
30/01/2025	5.3	Borrador	Revisión y actualización de reglas de validación.	MPPO
26/02/2025	5.4	Borrador	Se agregan variables y se actualizan reglas de validación.	BLPM, AGS
25/04/2025	5.5	Borrador	Revisión y homologación de reglas de validación.	BLPM, AGS
15/08/2025	5.6	Versión preliminar	Revisión de reglas de negocio y se agregan variables.	MPPO
07/01/2026	5.7	Versión preliminar	Integración de reglas de negocio y variables.	MPPO
27/01/2026	5.8	Versión preliminar	Revisión general de reglas de negocio y variables.	BLPM, AGS

Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud	Mtro. Bonifacio Rugerio Escobar, Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud.	BRE
	Ing. Blanca Leticia Pinette Medina, Directora de Administración y Prestaciones de Servicios de Salud Electrónicos	BLPM
	Lic. María de Pilar Peña Olmos, Subdirectora de Información Institucional	MPPO
	Lic. Ángel González Serrano, Subdirector de Información en Recursos Humanos y Materiales.	AGS
	Ing. Arturo Colin Torres, Subdirector de Procesos Electrónicos en Salud.	ACT
	Lic. Alejandra Yépez Gómez. Jefa de Departamento de Primer Nivel.	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
Consideraciones Especiales	13
Modelo de Información	14
Diccionario de Datos	14
Catálogos	57
Conformación del Documento Electrónico	58
Cifrado	59
Nomenclatura de archivos	59
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión Basada en Estándares)	60
Seguridad	60
Verificación de Apego a esta Guía	61
Referencias	62
Ligas Web	62
Bibliografía	62
Archivos anexos	62

 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-05-08	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 5.8	FECHA DEL DOCUMENTO: 27 de enero de 2026

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 facilitar 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 a 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.

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.

 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-05-08	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 5.8	FECHA DEL DOCUMENTO: 27 de enero de 2026

Audiencia

El presente documento está dirigido al personal con conocimientos en Tecnologías de la Información y a los Prestadores de Servicios del SNS, que utilicen o deseen implementar un SIRES, así como, 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 lo relativo al registro y reporte de información de egresos hospitalarios a las autoridades sanitarias.

Alcance

La presente Guía de Intercambio de Información es aplicable a las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, así como a los Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud que cuenten con servicio de hospitalización, pertenecientes a los sectores público, social y privado, que generan información derivada de la atención médica proporcionada en los distintos servicios hospitalarios.

El alcance comprende a todas las Unidades Médicas que recopilan información producida durante la atención médica en servicios tales como admisión, urgencias, tococirugía (sala de labor y sala de expulsión), alojamiento conjunto, quirófano, sala de recuperación, terapia intermedia, terapia intensiva, hospitalización, servicio de corta estancia, entre otros servicios hospitalarios propios del segundo y tercer nivel de atención.

La información recopilada mediante algún Sistema de Información en Registro Electrónico en Salud (SIRES) deberá incluir, de manera enunciativa mas no limitativa, la siguiente:

- Información derivada de procedimientos médicos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos.
- Información relacionada con la atención de lesiones.
- Información correspondiente a defunciones hospitalarias.
- Información generada durante la atención obstétrica, incluyendo aborto y parto en sus modalidades eutócico, distócico o cesárea.

La recopilación de dicha información deberá realizarse conforme al diccionario de datos, estructura, catálogos e identificadores establecidos en la presente Guía de Intercambio de Información en Salud, garantizando su consistencia, integridad y calidad, a efecto de que pueda ser utilizada para los fines permitidos por la normatividad vigente.



Justificación

La información de egresos hospitalarios se utiliza principalmente para la generación de estadísticas que contribuyen en los procesos de planeación, evaluación y control de los servicios de atención a la salud, tanto a nivel estatal como federal y, los responsables de programas de salud federales utilizan dicha información, entre otros, como fuente para la investigación clínica y epidemiológica.

Con la información de egresos hospitalarios, se complementa el proceso de confronta de datos entre los diferentes subsistemas que se administran en la DGIS, tales como, el Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia, Subsistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones, Subsistema de Nacimientos, Subsistema de Urgencias Médicas y el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).

Considerando que la atención hospitalaria representa el mayor costo entre las prestaciones de servicios de salud y, en cumplimiento a lo previsto en la NOM-024-SSA3-2012 y la NOM-035-SSA3-2012, es indispensable contar a nivel federal con la información de los egresos hospitalarios ocurridos en las unidades médicas del SNS, por este motivo y, tomando en cuenta que, en muchos hospitales se tienen implementados SIREs, en la presente guía se definen las variables y reglas a las cuales se deben apegar los responsables de dichos hospitales, a fin de garantizar el intercambio, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en dichos sistemas.

Términos y Definiciones

Para los fines de esta Guía de Intercambio de Información, se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición
Aborto		La OMS precisa que el aborto espontáneo es la pérdida espontánea de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación. El aborto inducido es la pérdida intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo.
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.
Afecciones tratadas		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente.
Alojamiento conjunto		Si el recién nacido compartió con su madre de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que, fueron atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos y facilitó la lactancia para la madre.
Alta de corta estancia		La acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y, su atención no implicó el uso de cama; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia.
Alta del paciente		Salida del paciente de algún servicio, después de recibir tratamiento médico o quirúrgico en el área de urgencias médicas u hospitalización.





Término	Acrónimo	Definición
Aspiración Manual Endouterina	AMEU	Método quirúrgico para practicar el aborto (aborto quirúrgico): mediante aspiración de vacío manual.
APGAR (a los 5 minutos) Valoración del 0 al 10		Es un método de valoración inmediata de las condiciones vitales del recién nacido con base al puntaje de 5 signos. Una calificación baja de APGAR alerta de malas condiciones al nacimiento, la necesidad de maniobras de reanimación avanzada y mal pronóstico, un valor de 6 o menos amerita hospitalización por norma.
Atención hospitalaria		Servicio que se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad.
Bisexualidad		Capacidad de una persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de un género diferente al suyo y de su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas.
Cama censable		Su característica fundamental, es que genera un Egreso Hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.
Cama no censable		Su característica fundamental, es que no genera un Egreso Hospitalario; es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.
Certificado de Defunción	CD	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.
Certificado de Muerte Fetal	CMF	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 fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.
Certificado de Nacimiento	CN	Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no puede ser utilizado en sustitución o como complemento de esta para fines legales o administrativos.
Certificado Electrónico de Defunción	CEDE	Certificado Electrónico de Defunción.



Término	Acrónimo	Definición
Certificado Electrónico de Muerte Fetal	CEMF	Certificado Electrónico de Muerte Fetal.
Certificado Electrónico de Nacimiento	CEN	Certificado Electrónico de Nacimiento.
Cesárea		Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.
Cirugía; (Intervención Quirúrgica)		Procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos, que se lleva a cabo dentro o fuera de una sala de operaciones.
Clasificación de Procedimientos en medicina	CIE-9-MC	Estándar de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (diagnóstico y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Para efectos de este documento se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE. CIE-9-MC.
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE-10	Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparación nacional e internacional. Para efectos de este documento, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE.
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.
Cunero		Es el lecho que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización o pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre. Estos cuneros no se considera cama censable.
Cunero patológico		Es el lugar que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización o pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre; su característica principal es que es contabilizado como cama censable.



Término	Acrónimo	Definición
Clave Única de Registro de Población	CURP	Secuencia alfanumérica de 18 caracteres, 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.
Defunción fetal		Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
Derechohabiencia		Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, 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.
Días estancia		Número de días transcurridos desde la fecha de ingreso del paciente al servicio de hospitalización y hasta la fecha de egreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabilizan cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable .
Dilatación y Evacuación	DyE	Dilatación y Evacuación (DyE): Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz, recomendada por la OMS, para los abortos que van más allá de las 12 a 14 semanas de gestación, siempre que se disponga de profesionales calificados y con experiencia.
Distócico vaginal		Se refiere al nacimiento por parto vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.
Egreso hospitalario		Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.
Eutócico		Se refiere al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación como sería la aplicación de maniobras.
Gay		Hombre que se siente atraído erótico afectivamente hacia otro hombre. Es una expresión alternativa a "homosexual" (de origen médico). Algunos hombres y mujeres, homosexuales o lesbianas, prefieren el término gay, por su contenido político y uso popular.
Gestación (Embarazo)		El número de gestación se refiere al número de embarazos que se haya tenido independientemente en lo que hayan terminado, incluyendo si al momento se encuentra con embarazo.



Término	Acrónimo	Definición
Hombre trans		Persona a la que se le asignó el sexo mujer al nacer pero que se identifica y vive a través del género masculino.
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.
Infección hospitalaria		Infección de algún sitio del cuerpo del paciente, que se atribuye al uso, atención y estancia en las instalaciones de la unidad hospitalaria. También conocida como infección adquirida en un hospital. Se debe diagnosticar y distinguir de las infecciones que afecten al paciente que no sean atribuidas a la unidad hospitalaria.
Intersexual		Término que hace referencia a características biológicas que no obedecen al estándar binario mujer/hombre. Estas variaciones pueden ser evidentes al nacimiento o pasar desapercibidas hasta la adolescencia o vida adulta, además de que cada corporalidad es única; por lo que, sus necesidades sanitarias son específicas.
Lactancia exclusiva		Si el recién nacido recibió exclusivamente leche humana (incluye extraída o de otra madre) abarca a aquellos bebés que además recibieron suero oral, gotas, jarabes (medicamentos o vitaminas), además de la leche humana, pero ningún otro líquido o alimento.
Laparotomía exploratoria		Intervención quirúrgica mayor que se realiza bajo anestesia y consiste en la apertura del abdomen a través de una incisión en función del área que se requiere explorar.
Lengua indígena		Es aquella lengua, diferente al español que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas con sistemas internos en su estructura y uso.
Legrado Uterino Instrumental	LUI	Método quirúrgico para practicar el aborto (aborto quirúrgico)
Lesbiana		Mujer que se siente atraída erótica y afectivamente por mujeres. Es una expresión alternativa a “homosexual”, que puede ser utilizada por las mujeres para enunciar o reivindicar su orientación sexual.
LGBTI	LGBTI	Siglas para referirse a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales.
Medicamento Abortivo de uso Médico		Uso de fármacos para poner fin al embarazo. Algunas veces se usan los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto medicamentoso”.
Médico Cirujano		Médico a quién oficialmente se responsabiliza y atribuye la realización de cualquier procedimiento quirúrgico con fines diagnósticos o terapéuticos, dentro o fuera de quirófano, con empleo o no de anestesia y, que se especifica como parte de la atención durante la estancia del paciente.
Mujer trans		Persona que se asignó el sexo hombre al nacer pero que se identifica y vive a través del género femenino.



Término	Acrónimo	Definición
Paciente referido		Paciente proveniente de otra unidad médica, pública o privada, para su atención hospitalaria.
Parto		Proceso por medio del cual se realiza la expulsión y/o extracción del(los) producto(s), la placenta y sus anexos por vía vaginal o abdominal.
Parto normal		Nacimiento por vía vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras.
Persona no binaria		Persona que no se piensa ni se siente identificada con ningún género de manera binaria, y más bien pueden identificar su género de muchas maneras.
Planificación familiar		Se refiere a la opción de método anticonceptivo seleccionado, prescrito y aplicado en la aceptante post-evento obstétrico, es decir, de la paciente atendida por parto, cesárea o aborto.
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 viven.
Procedimientos médicos practicados		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para diagnosticar, atender, curar, prevenir o tratar las lesiones, enfermedades u otros problemas relacionados con la salud.
Residencia habitual del paciente		Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) que tiene una persona, en donde duerme, come, prepara alimentos, se protege del medio ambiente y al que puede volver en el momento en que lo desee.
Servicio de corta estancia		Servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada para dar atención médica o quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables , por lo que no generan días estancia, ni días paciente y se otorgan en áreas destinadas para tal fin, que presentan una alta rotación hospitalaria.
Servicio de hospitalización		Servicio que cuenta con camas para atender pacientes internos y proporcionar atención médica y cuidados continuos durante su estancia, aplicar procedimientos terapéuticos y diagnósticos.
Sexo		Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. (OMS)



Término	Acrónimo	Definición
Sistema de Información en Salud		Conjunto de componentes o módulos que registran las actividades derivadas del proceso de atención en salud y prestación de los servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, la cual sustenta el proceso para la toma de decisiones.
Subsecuencia		Aplica cuando el paciente ya había sido atendido con anterioridad en la unidad hospitalaria por la misma afección principal que provocó el internamiento actual, sin importar límite de tiempo.
Terapia intensiva		Área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.
Terapia intermedia		Espacio físico con el equipamiento para recibir pacientes en estado de gravedad moderada, que exigen asistencia médica y de enfermería, iterativa, con equipo de monitoreo.
Unidad Médica Hospitalaria		Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención hospitalaria integral a la población.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Debido a que para los diferentes programas federales de salud y la DGIS es indispensable contar con los datos de identificación de las personas que reciben atención en las unidades, el registro de información con CURP genérica para los datos del paciente será considerada como una excepción, por lo tanto, para esta guía, **se aceptará un máximo de 40% de registros con CURP genérica en cada carga realizada** y se debe considerar que este porcentaje disminuirá en la próxima actualización de la guía, por lo que se deben realizar las acciones necesarias para obtener la CURP de los pacientes, considerando que esta se puede consultar y validar desde la página web del RENAPO (<https://www.gob.mx/curp/>).

MODELO DE INFORMACIÓN

Diccionario de Datos

La siguiente tabla corresponde a la estructura que se debe reportar en las bases de datos 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 su registro.

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 CLUES que corresponda a la Unidad Médica donde se otorgó la atención de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES registrada sea igual a "EN OPERACIÓN". Con base en el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD, se debe validar que se cumpla con una de las siguientes condiciones: - El campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO sea igual a "2 – HOSPITALIZACIÓN" o, - El campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO sea igual a "1 – CONSULTA EXTERNA" y el campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a "CAP", "CES", "CLI", "T", "UNE" o "Z".
2	folio	Clave asignada por la Unidad Hospitalaria, para dar seguimiento al registro	Texto (8)	Sí	Sí	El folio no debe repetirse para una misma CLUES en la misma fecha de egreso. Longitud mínima de 1 y máxima de 8 caracteres numéricos. Los caracteres válidos son 0 – 9.
DATOS DEL PACIENTE						
3	curpPaciente	Clave Única de Registro de Población del paciente	Texto (18)	Sí	Sí	Se debe realizar la validación de conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población emitido por RENAPO, tomando en cuenta todos los elementos que conforman la misma. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, en mayúsculas, y 0 – 9.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						El valor registrado, debe ser diferente al registrado en la variable "curpResponsable", correspondiente al Prestador de Servicio de Salud, a excepción del valor genérico. Por excepción, si no se cuenta con la información de la CURP, se debe registrar el valor genérico "XXXX999999XXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables "nombre", "primerApellido", "segundoApellido", "fechaNacimiento", "entidadNacimiento" y "sexoCURP".
4	nombre	Nombre(s) del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el nombre: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A - Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Solo se podrán registrar, los siguientes caracteres especiales: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "ü". En caso de nombres compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio "-". No se deberá registrar ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos. El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
5	primerApellido	Primer apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el primer apellido: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo.

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Los caracteres válidos son sólo de A - Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Solo se podrán registrar, los siguientes caracteres especiales: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "''". En caso de apellidos compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio "-". No se deberá registrar ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos. El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor. En caso de no contar con el primer apellido, se debe registrar el valor "XX".
6	segundoApellido	Segundo apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el segundo apellido: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A - Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Solo se podrán registrar, los siguientes caracteres especiales: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "''". En caso de apellidos compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio "-". No se deberá registrar ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos. El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor. En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor "XX".
7	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del paciente.	Texto (10)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales "/". El valor registrado en esta variable, no puede ser mayor al valor registrado en las variables "fechaIngreso" y "fechaEgreso" . La edad del paciente se calculará a partir de la fecha de nacimiento con respecto al valor registrado en la variable "fechaEgreso" y esta no debe ser mayor a 110 años . Si la edad del paciente al egreso es menor de un (1) año, esta deberá calcularse a partir de la fecha de nacimiento, tomando como referencia la fecha registrada en la variable fechaIngreso. Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente al valor genérico, el valor registrado en esta variable debe corresponder con dicho valor. Si se desconoce la fecha, se debe registrar el valor "09/09/9999".
8	paisOrigen	País de nacimiento del paciente	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al País de Nacimiento de acuerdo al catálogo PAIS . Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "248 - NO ESPECIFICADO".
9	entidadNacimiento	Entidad federativa de nacimiento del paciente	Texto (2)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "paisOrigen" es "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de nacimiento del paciente de acuerdo al catálogo ENTIDAD FEDERATIVA , o bien:



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA". Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "00 – NO ESPECIFICADO". En caso contrario, se debe registrar el valor "88 – NO APLICA" (si es extranjero). Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente al valor genérico, el valor registrado en esta variable debe corresponder con dicho valor.
10	nacioHospital	Nació en el hospital	Numérico	Sí	No	Si la edad del paciente es menor o igual a "3 meses", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO En caso contrario, se debe registrar el valor "8 – NO APLICA".
11	sexoCURP	Sexo del paciente registrado ante RENAPO.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, se debe registrar uno de los siguientes valores, de acuerdo al caracter en la posición 11 de la CURP: • Si es "H", se debe registrar "1 – HOMBRE". • Si es "M", se debe registrar "2 – MUJER". • Si es "X", se debe registrar "3 – NO BINARIO". Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es el genérico ("XXXX999999XXXXX99"), se deberá registrar el valor "0 – NO ESPECIFICADO".
12	sexo	Sexo del paciente, es decir la condición biológica y fisiológica de nacimiento.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – HOMBRE 2 – MUJER 3 – INTERSEXUAL
13	peso	Peso del paciente (kg)	Numérico	Sí	No	El valor registrado, debe tener una longitud máxima de 7 caracteres en formato ###.### con un máximo de 3 dígitos en la parte entera y 3 dígitos en la parte decimal. Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual "0.5" y menor o igual a "400" kilogramos.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GIIS-B002-05-08

VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
5.8

FECHA DEL DOCUMENTO:
27 de enero de 2026

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si la edad del paciente este expresada en HORAS, el valor registrado debe ser mayor o igual a "0.5" y menor o igual a "8". Si la edad del paciente esta expresada en DÍAS, el valor registrado debe ser menor o igual a "12". Si la edad del paciente esta expresada en MESES, el valor registrado debe ser menor o igual a "20". Si la edad del paciente esta expresada en AÑOS, el valor registrado debe ser mayor o igual a "5". Si se desconoce el dato o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "999".
14	talla	Registro de la talla (cm)	Numérico	Sí	No	El valor registrado, debe tener una longitud máxima de 3 dígitos. Debe registrarse un valor que se encuentre dentro del rango mayor o igual a "20" y menor o igual "220" centímetros. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "999".
15	derechohabiciencia	Institución del SNS en la cual se encuentran afiliados los usuarios de los servicios de salud	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 0 – NO ESPECIFICADO 1 – NINGUNA 2 – IMSS 3 – ISSSTE 4 – PEMEX 5 – SEDENA 6 – SEMAR 8 – OTRA 11 – ISSFAM 14 – OPD IMSS BIENESTAR 99 – SE IGNORA Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA". Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "0 – NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
16	gratuidad	Programa de Salud de la Ciudad de México	N Numérico	Si	No	Si el valor del campo CLAVE DE LA ENTIDAD asociado con el valor registrado en la variable "clues" conforme al catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD, es "09 - CIUDAD DE MÉXICO" y el valor registrado en la variable "derechohabiencia" es "8 - OTRA", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO En caso contrario, se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
17	estadoConyugal	Estado conyugal del paciente.	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al estado conyugal de acuerdo con el catálogo ESTADO CONYUGAL. Si la edad del paciente es menor de "10 años", se debe registrar el valor "8 - NO APLICA". Si se desconoce el dato o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "0 - NO ESPECIFICADO".
18	seConsideraIndigena	¿Se considera Indígena?	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO
19	hablaLenguaIndigena	¿Habla alguna lengua Indígena?	N Numérico	Sí	No	Si la edad del paciente es mayor o igual a "1 año", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO En caso contrario, se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
20	cualLengua	¿Cuál lengua Indígena habla?	T Texto (4)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "hablaLenguaIndigena" es "1 - SI", se debe registrar el valor del campo CLAVE Lengua que corresponda a la lengua indígena de acuerdo con el catálogo LENGUA INDIGENA. En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
21	seConsideraAfromexicano	¿Se considera Afromexicano?	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						2 - NO
22	esMigranteRetornado	¿Es migrante retornado?	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "paisOrigen" es "142 - MÉXICO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO En caso contrario, se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
23	seIdentificaLGBTI	¿Se identifica como parte de la comunidad LGBTI+?	Númérico	Sí	No	Si la edad del paciente es mayor o igual a "10 años", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO 3 - PREFIERE NO RESPONDER En caso contrario, se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
24	genero	Identidad de género del paciente o atributos sociales aprendidos o adoptados por la persona.	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "seIdentificaLGBTI" es "1 - SI", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - MUJER TRANS 2 - HOMBRE TRANS 3 - PERSONA NO BINARIA 4 - LESBIANA 5 - GAY 6 - BISEXUAL En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
DOMICILIO DEL PACIENTE						
25	paisResidencia	Identificador del país de residencia del paciente.	Númérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de residencia de acuerdo con el catálogo PAIS .
26	entidadResidencia	Entidad de residencia del paciente.	Texto (2)	Sí	Sí	Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es igual a "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de residencia de acuerdo con el catálogo ENTIDAD FEDERATIVA . Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 - SE IGNORA".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "00 - NO ESPECIFICADO". Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es diferente a "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor "88 - NO APLICA".
27	municipioResidencia	Municipio o alcaldía de residencia del paciente.	Texto (3)	Sí	Sí	Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al municipio de residencia de acuerdo con el catálogo MUNICIPIO. El valor registrado, debe estar relacionado con el valor registrado en la variable "entidadResidencia", esta relación se obtiene con el campo EFE_KEY del catálogo MUNICIPIO. Si el valor registrado en la variable "entidadResidencia" es "99 - SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "998 - SE IGNORA". Si el valor registrado en la variable "entidadResidencia" es "00 - NO ESPECIFICADO" o el dato no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "999 - NO ESPECIFICADO". Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es diferente a "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor "997 - NO APLICA".
28	localidadResidencia	Localidad de residencia del paciente.	Texto (4)	Sí	Sí	Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es "142 - MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la localidad de residencia de acuerdo con el catálogo LOCALIDAD. El valor registrado, debe estar relacionado con los valores registrados en las variables "entidadResidencia" y "municipioResidencia", esta relación se obtiene con los campos EFE_KEY y MUN_KEY del catálogo LOCALIDAD.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si el valor registrado en la variable "municipioResidencia" es "998 – SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "9998 – SE IGNORA". Si el valor registrado en la variable "municipioResidencia" es "999 – NO ESPECIFICADO" o el dato no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "9999 – NO ESPECIFICADO". Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es diferente a "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor "9997 – NO APLICA".
29	otraLocalidad	Especificación del nombre de la localidad.	Texto(50)	No	No	Si el valor registrado en la variable "localidadResidencia" es "9999 – NO ESPECIFICADO", se puede registrar el nombre de la localidad. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ":", "(", ")", " ", "_", "P", "(", ")", "y" y sin salto de línea.
30	codigoPostal	Código Postal del lugar de residencia del paciente	Texto (5)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "paisResidencia" es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo D_CODIGO que corresponda al código postal de residencia de acuerdo al catálogo CODIGO_POSTAL. En caso contrario o si el dato no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "00000 – NO ESPECIFICADO". El valor registrado debe estar relacionado con los valores registrados en las variables "entidadResidencia" y "municipioResidencia", esta relación se obtiene con los campos C_ESTADO y C_MNPIO del catálogo CODIGO_POSTAL. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99999 – SE IGNORA".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
DATOS DE LA ESTANCIA (En el caso de la variable sombreada “claveServicioAdicional”, se deben ingresar como máximo 2 servicios adicionales de acuerdo al valor registrado en la variable – “numeroServiciosAdicional” –, separando cada dato con el carácter “&”) Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la conformación del documento electrónico.						
31	fechaIngreso	Fecha de ingreso	Texto (10)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales “/”. El valor registrado no puede ser menor al valor registrado en la variable “fechaNacimiento”. El valor registrado no puede ser mayor a la fecha de registro, ni al valor registrado en la variable “fechaEgreso”. El valor registrado no debe exceder de cinco años con respecto al valor registrado en la variable “fechaEgreso”, con excepción de los casos registrados en las unidades psiquiátricas (aquellas donde de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD el valor del campo CLAVE DE TIPOLOGIA es: “Y” y el valor del campo CLAVE DE SUBTIPOLOGIA sea igual a “99”, “NES”, “INP” o “SAP”; o bien, el valor del campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a “HPSIQ” o “HPSIQMF”).
32	fechaEgreso	Fecha de egreso del paciente	Texto (10)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales “/”. Se debe validar que el valor registrado no sea menor al valor registrado en la variable “fechaIngreso”, ni mayor a la fecha de registro.
33	tipoServicioIngreso	Clave del tipo de servicio de ingreso	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – NORMAL 2 – CORTA ESTANCIA



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
34	claveServicioIngreso	Clave del servicio de ingreso	Texto (4)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoServicioIngreso" es "1 - NORMAL", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio de ingreso de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES. En caso contrario, se debe registrar el valor "-1". Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "PEDIATRÍA" (ID_ESPECIALIDAD = 3), así como, los servicios "604 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA", "605 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA" y "902 - RADIO ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años". Para el servicio "108 - GERIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea mayor o igual a "60 años". Para los servicios "333 - CIRUGÍA NEONATAL", "338 - NEONATOLOGÍA", "701 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES", y "703 - UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES", se debe validar que la edad del paciente sea menor o igual a "28 días". Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "GINECOOBSTETRICIA" (ID_ESPECIALIDAD = 4), se debe validar que el valor registrado en la variable "sexo" sea "2 - MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para los servicios "402 - GINECOLOGIA" y "406 - UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad.
35	numeroServiciosAdicional	Número de servicios adicionales por los cuales paso el paciente.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoServicioIngreso" es "1 - NORMAL", se debe registrar uno de los siguientes valores: 0, 1 o 2. En caso contrario, se debe registrar el valor "0".



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GIIS-B002-05-08

VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
5.8

FECHA DEL DOCUMENTO:
27 de enero de 2026

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
36	claveServicioAdicional	Clave del(os) servicio(s) adicional(es) recibido(s)	Texto (4)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "tipoServicioIngreso" es "1 - NORMAL" y el valor registrado en la variable "numeroServiciosAdicional" es mayor a "0", se deben registrar las claves de los servicios acorde con el valor registrado en la variable "numeroServiciosAdicional" conforme a las siguientes reglas de validación: Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio adicional de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES. Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "PEDIATRÍA" (ID_ESPECIALIDAD = 3), así como, los servicios "604 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA", "605 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA" y "902 - RADIO ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años". Para el servicio "108 - GERIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea mayor o igual a "60 años". Para los servicios "333 - CIRUGÍA NEONATAL", "338 - NEONATOLOGÍA", "701 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES", y "703 - UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES", se debe validar que la edad del paciente sea menor o igual a "28 días". Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "GINECOOBSTETRICIA" (ID_ESPECIALIDAD = 4), se debe validar que el valor registrado en la variable "sexo" sea "2 - MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para los servicios "402 - GINECOLOGIA" y "406 - UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad. El primer servicio no puede ser igual al servicio de ingreso y si existiese un segundo servicio no puede ser igual al servicio de ingreso, ni al primer servicio.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
37	claveServicioEgreso	Clave del servicio de egreso	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio de egreso de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES. Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "PEDIATRÍA" (ID_ESPECIALIDAD = 3), así como, los servicios "604 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA", "605 - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA" y "902 - RADIO ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años". Para el servicio "108 - GERIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea mayor o igual a "60 años". Para los servicios "333 - CIRUGÍA NEONATAL", "338 - NEONATOLOGÍA", "701 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES", y "703 - UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES", se debe validar que la edad del paciente sea menor o igual a "28 días". Para los servicios pertenecientes a la especialidad de "GINECOOBSTETRICIA" (ID_ESPECIALIDAD = 4), se debe validar que el valor registrado en la variable "sexo" sea "2 - MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para los servicios "402 - GINECOLOGIA" y "406 - UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad.
38	terapiaIntensivaDias	Tiempo de estancia en terapia intensiva en días como servicio de apoyo	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "602", "603", "604", "605" o "701", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en días. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". Rango permitido de "0" a "90". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99 - NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si el valor registrado es distinto de "99", se debe validar que la suma de los valores registrados en las variables "terapiaIntensivaDias" y "terapiaIntermediaDias" sea menor o igual al total de días de estancia. <i>*El total de días de estancia se calcula como la diferencia entre la fechaEgreso y la fechaIngreso.</i>
39	terapiaIntensivaHoras	Tiempo de estancia en terapia intensiva en horas como servicio de apoyo	N Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "602", "603", "604", "605" o "701", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en días. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". Rango permitido de "0" a "23". Si el valor registrado en la variable "terapiaIntensivaDias" es "0", el valor registrado debe ser mayor a "0". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99-NO ESPECIFICADO".
40	terapiaIntermediaDias	Tiempo de estancia en terapia intermedia en días como servicio de apoyo	N Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a "703" o "606", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en días. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". Rango permitido de "0" a "90". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99-NO ESPECIFICADO". Si el valor registrado es distinto de "99", se debe validar que la suma de los valores registrados en las variables "terapiaIntensivaDias" y "terapiaIntermediaDias" sea menor o igual al total de días de estancia.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<i>*El total de días de estancia se calcula como la diferencia entre la fechaEgreso y la fechaIngreso.</i>
41	terapiaIntermediaHoras	Tiempo de estancia en terapia intermedia en horas como servicio de apoyo	N Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "703" o "606", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en horas. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". Rango permitido de "0" a "23". Si el valor registrado en la variable "terapiaIntermediaDias" es "0", el valor registrado debe ser mayor a "0". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99" (NO ESPECIFICADO).
42	procedencia	Área de procedencia del paciente	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – CONSULTA EXTERNA 2 – URGENCIAS 3 – REFERIDO 4 – CUNERO PATOLÓGICO 5 – OTRO Si el valor registrado es "4 – CUNERO PATOLÓGICO", se debe validar que la edad del paciente sea menor a un mes.
43	especifiqueProcedencia	Especifique el lugar de procedencia	T Texto (50)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "procedencia" es "5 – OTRO", se debe registrar el nombre del lugar de procedencia. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas, sin acentos y sin caracteres especiales. Se debe validar que el valor registrado no sea una de las opciones válidas para la variable "procedencia".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
44	cluesProcedencia	Clave Única de Establecimientos en Salud de la Unidad Médica de procedencia	Texto (11)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "procedencia" es "3 - REFERIDO", se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de procedencia de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES de procedencia registrada sea igual a "EN OPERACIÓN". El valor registrado no debe ser igual al valor registrado en la variable "clues".
45	motivoEgreso	Motivo del egreso	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - CURACIÓN 2 - MEJORÍA 3 - VOLUNTAD PROPIA 4 - TRASLADO A OTRA UNIDAD 5 - DEFUNCIÓN 6 - FUGA 7 - OTRO
46	cluesReferido	CLUES de la unidad médica de Referencia	Texto (11)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "motivoEgreso" es "4 - TRASLADO A OTRA UNIDAD", se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de referencia de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES de referencia registrada sea igual a "EN OPERACIÓN". El valor de la CLUES de referencia no debe ser igual al valor registrado en la variable "clues".
AFECCIONES TRATADAS						



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
47	mujerFertil	Identifica el estado de la mujer en edad fértil al egreso de hospitalización.	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "sexo" es "2 - MUJER" y la edad del paciente es mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - EMBARAZO 2 - PUERPERIO (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) 3 - NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
48	descripcionAfeccionPrincipal	Descripción de la afección principal de la atención.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un caracter alfabético. Los caracteres válidos son 0 - 9, A - Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ",", ";", ":", "_", "/", "(", ")" y sin salto de línea. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
49	codigoCIEAfeccionPrincipal	Código CIE que corresponde a la Afección principal	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. El valor registrado debe cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE sean diferentes de "B" y en la columna AF_PRIN sean igual a "SI", de acuerdo al catálogo DIAGNOSTICO. • Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						• Cuando se registre un código CIE correspondiente a aborto (rango O00 – O08), no deberá registrarse en la variable “codigoCieComorbilidad” ni en la variable “afecciónPrincipalReseleccionada” ningún código CIE correspondiente a aborto (O00 – O08) ni a parto (O80 – O84), y se debe validar que el valor registrado en la variable “mujerFertil” sea “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”. • Cuando se registre un código CIE correspondiente a parto (rango O80 – O84), no deberá registrarse en la variable “codigoCieComorbilidad” ni en la variable “afecciónPrincipalReseleccionada” ningún código CIE correspondiente a parto (O80 – O84) ni a aborto (O00 – O08), y se debe validar que el valor registrado en la variable “mujerFertil” sea “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”. • Si el valor registrado en la variable “sexo” es “1 – HOMBRE” y se registra el código CIE “Z302”, referente a Esterilización, se debe validar que en la variable “codigoCieProcedimiento” se registre un código del grupo “637” de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO. • Si el valor registrado en la variable “sexo” es “2 – MUJER” y se registra el código CIE “Z302”, referente a Esterilización, se debe validar que en la variable “codigoCieProcedimiento” se registre un código de los grupos “662”, “663”, “665” o el código “6663” de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO.
COMORBILIDADES Para esta variable compuesta, se deben registrar como máximo 6 comorbilidades (en caso de que apliquen), y deberá contener las siguientes variables: numeroComorbilidad, descripcionComorbilidad y codigoCieComorbilidad. Separando cada una de estos datos con el carácter “#”, y cada comorbilidad en general separada con el carácter “&”. Si sólo se tiene una comorbilidad, no es necesario escribir el carácter “&”. En caso de que no aplique, la variable debe quedar vacía, quedando en el archivo de intercambio como “ ” para esta sección. Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la “Conformación del Documento Electrónico”.						
50	numeroComorbilidad	Número consecutivo de las comorbilidades tratadas al paciente.	Numérico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado.

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Longitud máxima de 1 dígito. Se debe registrar un número único e incremental que va de "1" a "6". Los valores registrados deben ser consecutivos.
51	descripcionComorbilidad	Descripción de la afección de comorbilidad tratada.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un caracter alfabético. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ":", ";", ",", "_", "(", ")", " " y sin salto de línea. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
52	codigoCieComorbilidad	Código CIE de la afección de comorbilidad	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. El valor registrado debe cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sea diferentes de "B". • No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX. • Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. • Se debe validar que los valores registrados no se repitan entre sí. El valor registrado debe cumplir con lo siguiente:



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						• Cuando se registre un código CIE correspondiente a aborto (rango O00–O08), no deberá registrarse en las variables “codigoCIEAfeccionPrincipal”, “codigoCieComorbilidad” y “afecciónPrincipalReseleccionada” ningún código CIE correspondiente a aborto (O00–O08) ni a parto (O80–O84), y se debe validar que el valor registrado en la variable “mujerFertil” sea “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”. • Cuando se registre un código CIE correspondiente a parto (rango O80–O84), no deberá registrarse en las variables “codigoCIEAfeccionPrincipal”, “codigoCieComorbilidad” y “afecciónPrincipalReseleccionada” ningún código CIE correspondiente a parto (O80–O84) ni a aborto (O00–O08), y se debe validar que el valor registrado en la variable “mujerFertil” sea “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”. • Si el valor registrado en la variable “sexo” es “1 – HOMBRE” y se registra el código “Z302”, referente a Esterilización, se debe validar que en la variable “codigoCieProcedimiento” se registre un código del grupo “637” de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO. • Si el valor registrado en la variable “sexo” es “2 – MUJER” y se registra el código “Z302”, referente a Esterilización, se debe validar que en la variable “codigoCieProcedimiento” se registre un código de los grupos “662”, “663”, “665” o el código “6663” de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO. • Se debe validar que el valor registrado sea diferente al valor registrado en las variables “codigoCIEAfeccionPrincipal” y “afeccionPrincipalReseleccionada”.
53	tipoAtencion	Especificación del tipo de atención proporcionada en referencia a la afección principal reseleccionada.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – PRIMERA VEZ 2 – SUBSECUENTE



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
54	afeccionPrincipalReseleccionada	Código CIE de la afección principal reseleccionada.	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. El valor registrado debe cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE sean diferentes de "B" y en la columna AF_PRIN sean igual a "SI", de acuerdo al catálogo DIAGNOSTICO. • Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. • Cuando se registre un código CIE correspondiente a aborto (rango O00 – O08), no deberá registrarse en las variables "codigoCieComorbilidad" y "codigoCIEAfeccionPrincipal" ningún código CIE correspondiente a aborto (O00 – O08) ni a parto (O80 – O84), y se debe validar que el valor registrado en la variable "mujerFertil" sea "1 – EMBARAZO" o "2 – PUERPERIO". • Cuando se registre un código CIE correspondiente a parto (rango O80 – O84), no deberá registrarse en las variables "codigoCieComorbilidad" y "codigoCIEAfeccionPrincipal" ningún código CIE correspondiente a parto (O80 – O84) ni a aborto (O00 – O08), y se debe validar que el valor registrado en la variable "mujerFertil" sea "1 – EMBARAZO" o "2 – PUERPERIO". • Si el valor registrado en la variable "sexo" es "1 – HOMBRE" y se registra el código CIE "Z302", referente a Esterilización, se debe validar que en la variable "codigoCieProcedimiento" se registre un código del grupo "637" de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						- Si el valor registrado en la variable "sexo" es "2 - MUJER" y se registra el código CIE "Z302", referente a Esterilización, se debe validar que en la variable "codigoCieProcedimiento" se registre un código de los grupos "662", "663", "665" o el código "6663" de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO. - Si no existe una reselección de la afección principal, se debe registrar el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal".
55	causaExterna	Descripción de los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión.	Texto(250)	No *	No	* Si en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Traumatismo, Envenenamiento y Algunas Otras Consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX, es obligatorio registrar los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión. * Si en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Trastornos Mentales y del Comportamiento, Capítulo V, o a los códigos O04 - O07, O20, O267, O429, O468 - O469, O68, O710, O713 - O719. Es opcional registrar los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un caracter alfabético. Los caracteres válidos son 0 - 9, A - Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ".", ".", ".", ".", ".", ".", "." y sin salto de línea.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
56	codigoCieCausaExterna	Código CIE de la Causa Externa	Texto (4)	No *	No	* Si en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Traumatismo, Envenenamiento y Algunas Otras Consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX, Es obligatorio registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. * Si en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Trastornos Mentales y del Comportamiento, Capítulo V, o a los códigos O04 – O07, O20, O267, O429, O468 – O469, O68, O710, O713 – O719. Es opcional registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. Se deben cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sea diferente de "B". • Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. • Solo se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX.
57	morfologia	Código correspondiente a la morfología de tumores.	Texto (10)	No	No	Si el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" o "afeccionPrincipalReseleccionada" es un código perteneciente a Tumores (Neoplasias), Capítulo II, de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO, se puede registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la Morfología de acuerdo con el catálogo MORFOLOGIA.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						En caso contrario, se debe dejar vacío. El primer caracter siempre será una "M".
58	infeccionIntraHospitalaria	Existió Infección intrahospitalaria	Númerica	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS <i>Para esta variable compuesta, se deben ingresar como máximo 8 procedimientos (en caso de que aplique), y deberá contener las siguientes variables: numeroProcedimiento, descripcionProcedimiento, codigoCieProcedimiento, tipoAnestesia, quirofanoDentroFuera, tiempoQuirofano y cedulaProfesional. Separando cada una de las variables con el carácter "#", y cada registro separado con el carácter "&". Si sólo se tiene un procedimiento, no es necesario escribir el "&".</i> <i>En caso de que no aplique, la variable debe quedar vacía, quedando en el archivo de intercambio como " " para esta sección.</i> <i>Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la "Conformación del Documento Electrónico".</i>						
59	numeroProcedimiento	Número consecutivo de procedimiento médico realizado al paciente.	Númerico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado. Longitud máxima de 1 dígito. Se debe registrar un número único e incremental que va de "1" al "8". Los valores registrados deben ser consecutivos.
60	descripcionProcedimiento	Descripción del procedimiento realizado al paciente por el profesional de la salud.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un caracter alfabético. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ",", ":", ";", "_", "!", "(", ")", "y sin salto de línea. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
61	codigoCieProcedimiento	Código CIE-9MC del procedimiento médico.	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE-9MC de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO . El valor registrado debe cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Validar que se cumplan las restricciones



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GIIS-B002-05-08

VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
5.8

FECHA DEL DOCUMENTO:
27 de enero de 2026

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas PRO_CVE_EDIA, PRO_EDAD_IA, PRO_CVE_EDFA, PRO_EDAD_FA y SEX_TYPE del catálogo PROCEDIMIENTO. • Si se registra algún código de los grupos "740 - 744" o "749" (Cesárea), se debe validar que el valor registrado en la variable "productoEmbarazo" sea "1 - ÚNICO", "2 - GEMELAR" o "3 - TRES O MÁS", el valor registrado en la variable "tipoParto" corresponda a "3 - CESAREA" y que en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada", se registre un código CIE del grupo "O82" referentes a parto único por cesárea u "O842" referente a parto múltiple, todos por cesárea. • Si el valor registrado en la variable "sexo" es "1 - HOMBRE" y se registra un código del grupo "637", se debe validar que en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada", se registre el código CIE "Z302" referente a Esterilización, de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. • Si el valor registrado en la variable "sexo" es "2 - MUJER" y se registra un código de los grupos "662", "663" o el código "6663", se debe validar que en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada", se registre el código CIE "Z302" referente a Esterilización de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. • Si se registra el código "697X" (Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino), no se debe permitir el registro de otro código de los grupos "683 - 687" o "689" (Histerectomía) de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
62	tipoAnestesia	Tipo de Anestesia utilizado	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – GENERAL 2 – REGIONAL 3 – SEDACION 4 – LOCAL 5 – COMBINADA 6 – NO USO
63	quirofanoDentroFuera	Especificación del uso del quirófano durante el procedimiento médico.	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – DENTRO 2 – FUERA
64	tiempoQuirofano	Tiempo que estuvo el paciente en el quirófano	Texto (5)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable “ quirofanoDentroFuera ” es “1 – DENTRO”, se debe registrar el tiempo transcurrido en el quirófano en horas y minutos, en el siguiente formato: HH:MM. En caso contrario, se debe dejar vacío. Rango permitido de “00:01” a “48:00”. Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor “99:99 -NO ESPECIFICADO”.
65	cedulaProfesional	Cédula Profesional del médico responsable que realizó el procedimiento quirúrgico.	Texto (14)	No *	Sí	* Si el valor registrado en la variable “ quirofanoDentroFuera ” es “1 – DENTRO”, se debe registrar la cédula profesional del médico responsable. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales. Si la cédula tiene una longitud menor a “6” caracteres, se debe complementar con ceros a la izquierda. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última. Si tiene más de una especialidad, registrar la que aplique al procedimiento realizado.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
VIOLENCIA Y/O LESIÓN						
66	folioLesion	Folio correspondiente a la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión.	Texto (8)	No *	No	* Si el valor registrado en las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" es un código perteneciente a Traumatismo, Envenenamiento y Algunas Otras Consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX, es obligatorio registrar el folio correspondiente. * Si el valor registrado en las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" es un código perteneciente a Trastornos Mentales y del Comportamiento, Capítulo V, o a los códigos O04 – O07, O20, O267, O429, O468 – O469, O68, O710, O713 – O719, Es opcional registrar el folio correspondiente. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final del valor registrado. Longitud mínima de 1 y máxima de 8. Los caracteres válidos son 0 – 9. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "0".
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN						
67	ministerioPublico	Se envió al Ministerio Publico al fallecido	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "motivoEgreso" es "5 – DEFUNCIÓN", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI. 2 – NO. En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
68	folioCertificadoDefuncion	Folio del certificado de defunción	Texto (17)	No *	Sí	* Si el valor registrado en la variable "motivoEgreso" es "5 – DEFUNCIÓN" y el valor registrado en la variable "ministerioPublico" es "2 – NO", se debe registrar el folio correspondiente. En caso contrario, se debe dejar vacío. Para formatos impresos:



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 – 9. Los primeros dos números del folio deben corresponder con los dos últimos dígitos del año de impresión del certificado y, el tercer dígito debe ser “0”, excepto para los formatos impresos en los años 2022 y 2023, que sólo se debe permitir registrar los siguientes valores en el tercer carácter de acuerdo al caso: • Para 2022, se aceptan los valores 0 y 1, y se debe validar que el valor registrado sea menor o igual a “221650000”. • Para 2023, se aceptan los valores 0 y 1, y se debe validar que el valor registrado sea menor o igual a “231110000”. NOTA: Solo deberán registrarse folios correspondientes a los cuatro años anteriores y del año en curso. Únicamente durante el mes de diciembre del año en curso, podrá registrarse un folio del año siguiente, siempre que sea posterior a la fecha de egreso y conforme al modelo vigente del Certificado de Defunción aplicable a esos años. Para formatos electrónicos: La longitud debe ser de 17 caracteres. Los primeros 2 caracteres corresponden a la CLAVE DE LA ENTIDAD, el tercer caracter puede ser “M” o “U”, el noveno caracter debe ser “E” y el resto de los caracteres deben ser numéricos.
HISTORIA GINECOBSTÉTRICA <i>Las variables de esta sección sólo aplican cuando el valor registrado en la variable “sexo” es “2 – MUJER” y, la edad del paciente está entre los 9 y 59 años de edad.</i> <i>En caso contrario se debe registrar el valor “0” en cada una de las variables.</i>						
69	gestas	Número de embarazos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el número de embarazos que ha tenido la paciente y debe cumplir con las siguientes validaciones: • La longitud máxima es de 2 dígitos. • Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a “0” y menor o igual a “25”.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						- Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "1 – EMBARAZO", se debe considerar el embarazo actual, el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas, más 1. - Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "2 – PUERPERIO", el valor registrado debe ser mayor o igual a 1, además debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas. - Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "3 – NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO", el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas.
70	partos	Número de partos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el número de partos que ha tenido la paciente y debe cumplir con las siguientes validaciones: - La longitud máxima es de 2 dígitos. - Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".
71	abortos	Número de abortos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el número de abortos que ha tenido la paciente y debe cumplir con las siguientes validaciones: - La longitud máxima es de 2 dígitos. - Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25". - Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO", el valor registrado deberá ser mayor o igual a 1.
72	cesareas	Número de cesáreas que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el número de cesáreas que ha tenido la paciente y debe cumplir con las siguientes validaciones: - La longitud máxima es de 2 dígitos. - Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Las variables de las secciones "RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO" e "INFORMACIÓN DEL PRODUCTO" sólo aplican cuando el valor registrado en alguna de las variables: **"codigoCIEAfeccionPrincipal"**, **"codigoCieComorbilidad"** o **"afeccionPrincipalReseleccionada"**, se encuentre entre los rangos de códigos "O00 – O08", "O10 – O26", "O29 – O84", "O85 – O92" u "O98 – O99".

En caso contrario se debe registrar el valor que corresponda a cada variable.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <i>Para las variables de esta sección sólo aplican cuando el valor registrado en la variable "mujerFertil" sea "1 – EMBARAZO" o "2 – PUERPERIO".</i> <i>En caso contrario se debe registrar el valor que corresponda a cada variable.</i>						
73	extraccionExpulsion	Identifica si durante el evento actual se realizó extracción o expulsión del producto	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "1 – EMBARAZO", se debe registrar el valor "2 – NO". Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "2 – PUERPERIO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
74	edadGestacional	Semanas de gestación	Númérico	Sí	No	Se debe registrar el valor correspondiente, si cumple con alguna de las siguientes reglas: - Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "1 – EMBARAZO". - Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "2 – PUERPERIO" y el valor registrado en la variable "extraccionExpulsion" es "1 – SI". En caso contrario, se debe registrar el valor "88" (NO APLICA). El rango permitido es de "1" a "45" semanas. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99" (SE IGNORA).
75	tipoAtencionObstetrica	Identificación del tipo de Atención Obstétrica	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "extraccionExpulsion" es "1 – SI", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – ABORTO 2 – PARTO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1". - Si el valor registrado es "2 – PARTO", se debe validar que el valor registrado en al menos una de las variables "partos" o "cesareas" sea mayor o igual a "1". - Si el valor registrado en la variable "edadGestacional" se encuentra entre "1" y "21" semanas, se debe registrar el valor "1 – ABORTO" y validar que en al menos



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						una de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se haya registrado un código CIE correspondiente a aborto (rango O00-O08). - Si el valor registrado en la variable "edadGestacional" se encuentra entre "22" y "45" semanas, se debe registrar el valor "2 - PARTO" y validar que en al menos una de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se haya registrado un código CIE correspondiente a parto o a sus complicaciones (rango O80-O84). - Si el valor registrado en la variable "edadGestacional" se encuentra entre "22" y "45" semanas, el valor registrado en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" es el código "Z303", la variable "codigoCieComorbilidad" contiene el código "T742" y algún código del grupo "O04", y en la variable "codigoCieCausaExterna" se registra un código del grupo "Y05", se debe registrar el valor "1 - ABORTO". - Cuando en la variable "edadGestacional" se registra un valor entre "22" y "45" semanas, el valor registrado en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" es el código "Z303", la variable "codigoCieComorbilidad" contiene algún código del grupo "O04" y existe otra comorbilidad distinta a los capítulos XVIII, XIX, XXI (excepto Z55-Z65) y XXII, se debe registrar el valor "1 - ABORTO".
76	tipoParto	Descripción del tipo de parto realizado a la paciente.	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 - PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - EUTÓCICO 2 - DISTÓCICO VAGINAL 3 - CESÁREA



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						9 – NO ESPECIFICADO En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”. Se debe validar con respecto a los valores registrados en las variables “codigoCIEAfeccionPrincipal”, “codigoCieComorbilidad” o “afeccionPrincipalReseleccionada”, de acuerdo a lo siguiente: • Si existe alguno de los siguientes códigos de la CIE: 0800, 0809, 0839, 0840, se debe registrar el valor “1 – EUTÓCICO”. • Si existe cualquier código del grupo 081 o alguno de los siguientes códigos de la CIE: 0801, 0808, 0830, 0831, 0832, 0838, 0841, se debe registrar el valor “2 – DISTÓCICO VAGINAL”. • Si existe cualquier código de la CIE del grupo 082 o el código 0842, se debe registrar el valor “3 – CESÁREA”.
77	tipoProcAborto	Descripción del procedimiento para realizar el aborto.	N Numérico	S Sí	N No	Si el valor registrado en la variable “tipoAtencionObstetrica” es “1 – ABORTO”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – LUI 2 – AMEU 3 – MEDICAMENTO 4 – DyE 5 – LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 6 – QUIRÚRGICO NO ESPECIFICADO 9 – NO ESPECIFICADO En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.
78	productoEmbarazo	Identificación del tipo de productos extraídos.	N Numérico	S Sí	N No	Si el valor registrado en la variable “tipoAtencionObstetrica” es “2 – PARTO”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 0 – NO ESPECIFICADO 1 – ÚNICO 2 – GEMELAR 3 – TRES O MÁS En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Independientemente de la condición de supervivencia, se debe considerar el total de productos de la gesta. Se debe validar con respecto a los valores registrados en las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada", de acuerdo a lo siguiente: Si existe alguno de los códigos de la CIE de los grupos "O80", "O81", "O82" u "O83", se debe registrar el valor "1 – ÚNICO" Si existe alguno de los códigos de la CIE del grupo "O84", se debe registrar el valor "2 – GEMELAR" o "3 – TRES O MÁS"
79	totalProductos	Total de los productos, independientemente de su condición de supervivencia.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar el total de productos de la paciente. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". El rango permitido es mínimo "1" y máximo "6". Si el valor registrado en la variable "productoEmbarazo" es "1 – ÚNICO", se debe registrar el valor "1". Si el valor registrado en la variable "productoEmbarazo" es "2 – GEMELAR", se debe registrar el valor "2". Si el valor registrado en la variable "productoEmbarazo" es "3 – TRES O MÁS", se debe registrar un valor mayor o igual a "3".
80	planificacionFamiliar	Identificación del empleo de algún Método de planificación familiar.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es diferente de "1 – ABORTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 0 – NINGUNO 1 – HORMONAL ORAL 2 – INYECTABLE MENSUAL 3 – INYECTABLE BIMESTRAL 4 – IMPLANTE SUBDÉRMICO UNA VARILLA 5 – DIU 6 – PRESERVATIVO FEMENINO 7 – PRESERVATIVO MASCULINO



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GIIS-B002-05-08

VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
5.8

FECHA DEL DOCUMENTO:
27 de enero de 2026

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						8 - DIU MEDICADO 9 - PARCHE DÉRMICO 10 - OTB 11 - OTRO MÉTODO 12 - INYECTABLE TRIMESTRAL 13 - IMPLANTE SUBDÉRMICO DOBLE VARILLA En caso contrario, se debe registrar el valor "-1". Si se registra la opción "5 - DIU" u "8 - DIU MEDICADO", se debe validar que en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registre el código CIE "Z301" y que alguno de los códigos registrados en la variable "codigoCieProcedimiento" sea el código de la CIE-9MC "697X", y no deberá existir un código perteneciente a los grupos "683" - "687" o "689" (Histerectomía) de la CIE-9MC. Si se registra la opción "10 - OTB", se debe validar que en alguna de las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registre el código CIE "Z302" y se debe validar que alguno de los códigos registrados en la variable "codigoCieProcedimiento" pertenezca a los grupos "662", "663" o "665" o el código "6663" de la CIE-9MC.
81	otroMetodo	Especificación de algún otro método de planificación familiar	Texto(250)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "planificacionFamiliar" es "11 - OTRO MÉTODO", se debe registrar el nombre del otro método de planificación familiar. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son 0 - 9, A - Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales, ni saltos de línea. Se debe validar que el valor registrado no se encuentre en las opciones de la variable "planificacionFamiliar".

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
INFORMACIÓN DEL PRODUCTO <i>Para esta variable compuesta, se deben ingresar como máximo 6 productos (en caso de que aplique), y deberá contener las siguientes variables: numeroProducto, condicionNacimiento, condicionNacidoVivo, folioCertificado, apgar5Minutos, reanimacionNeonatal, alojamientoConjunto y lactanciaExclusiva. Separando cada una de estas variables con el carácter "#", y cada producto en general separado con el carácter "&". Si sólo se tiene un producto, no es necesario escribir el "&".</i> <i>En caso de que no aplique, se debe dejar el campo vacío, quedando en el archivo de intercambio como " " para esta sección.</i> NOTA: * El registro de esta sección es opcional si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO" . En caso de realizar el registro, todas las variables deben tener su valor correspondiente y no se permitirá más de un producto. <i>Para mayor detalle, consultar el apartado "Conformación del Documento Electrónico".</i>						
82	numeroProducto	Número consecutivo del producto	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO" , se debe registrar un número único e incremental que va de "1" hasta el valor registrado en la variable "totalProductos" . Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO" , se puede registrar el valor "1" . Los valores registrados deben ser consecutivos. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.
83	condicionNacimiento	Condición de nacimiento del producto	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO" , se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – MUERTE FETAL 2 – NACIDO VIVO Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO" , se debe registrar el valor "1 – MUERTE FETAL" .
84	condicionNacidoVivo	Condición del nacido vivo al egresar la madre.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO" , se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – VIVO ALTA 2 – VIVO HOSPITALIZADO 3 – MUERTO 9 – SE IGNORA Si el valor registrado en la variable "condicionNacimiento" es "1 – MUERTE FETAL" , se debe registrar el valor "3 – MUERTO" . Si la condición del producto al egresar la madre se desconoce, se debe registrar el valor "9 – SE IGNORA" .



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
85	folioCertificado	Folio del certificado de acuerdo con la condición de nacimiento del producto, ya sea de nacido vivo o nacido muerto.	Texto (14)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1-ABORTO" o "2 - PARTO", se debe registrar el folio del certificado correspondiente. - Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 - ABORTO", y no se cuenta con el dato, se debe registrar el valor "999999999". - Si el valor registrado en la variable "condicionNacidoVivo" es "1 - VIVO ALTA" o "2 - VIVO HOSPITALIZADO", se debe registrar el folio del Certificado de Nacimiento, conforme a los siguientes casos: Para formatos impresos: La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 - 9. Para formatos electrónicos: La longitud debe ser de 14 caracteres. Los primeros 5 caracteres deben ser numéricos, el sexto carácter debe ser "E", y el resto de los caracteres son numéricos. - Si el valor registrado en la variable "condicionNacimiento" es "1 - MUERTE FETAL", se debe registrar el folio del Certificado de Muerte Fetal, conforme a los siguientes casos: Para formatos impresos: La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 - 9, los primeros 2 dígitos deben ser los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer carácter debe ser "1". Para formatos electrónicos: La longitud debe ser de 17 caracteres. Los primeros 2 caracteres corresponden a la clave de la Entidad Federativa, el tercer carácter debe ser "F", el noveno carácter debe ser "E" y el resto de los caracteres son numéricos.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						- Si el valor registrado en la variable "condicionNacimiento" es "2 - NACIDO VIVO" y el valor registrado en la variable "condicionNacidoVivo" es "3 - MUERTO", se debe registrar el folio del Certificado de Defunción, conforme a los siguientes casos: Para formatos impresos: La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 - 9. Los primeros dos números del folio deben corresponder a los dos últimos dígitos del año de impresión del certificado y, el tercer dígito debe ser "0", excepto para los formatos impresos en los años 2022 y 2023, que sólo se debe permitir registrar los siguientes valores en el tercer carácter de acuerdo al caso: - Para 2022, se aceptan los valores 0 y 1, se debe validar que el valor registrado sea menor o igual a "221650000". - Para 2023, se aceptan los valores 0 y 1, se debe validar que el valor registrado sea menor o igual a "231110000". Para formatos electrónicos: La longitud debe ser de 17 caracteres. Los primeros 2 caracteres corresponden a la clave de la Entidad Federativa, el tercer carácter puede ser "M" o "U", el noveno carácter debe ser "E" y el resto de los caracteres son numéricos. NOTA: Para los Certificados impresos de Muerte Fetal y de Defunción, sólo deberán registrarse folios correspondientes a los cuatro años anteriores y del año en curso. Además, únicamente durante el mes de diciembre del año en curso, podrá registrarse un folio del año siguiente, siempre que sea posterior a la fecha de egreso y conforme al modelo vigente del certificado correspondiente aplicable a esos años.
86	apgar5Minutos	Calificación de APGAR a los 5 min.	Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 - PARTO", se debe registrar la valoración del APGAR.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Longitud máxima de 2 dígitos. El rango permitido es de "0" a "10". Si el valor registrado en la variable " condicionNacimiento " es "1 - MUERTE FETAL", se debe registrar el valor "88 - NO APLICA".
87	reanimacionNeonatal	Identificación del uso de reanimación para todo nacido vivo	Númerico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable " tipoAtencionObstetrica " es "2 - PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO Si el valor registrado en la variable " condicionNacimiento " es "1 - MUERTE FETAL", se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
88	alojamientoConjunto	Si tuvo o no el recién nacido vivo alojamiento conjunto con la madre.	Númerico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable " tipoAtencionObstetrica " es "2 - PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO Si el valor registrado en la variable " condicionNacimiento " es "1 - MUERTE FETAL", se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
89	lactanciaExclusiva	Identificación del tipo de lactancia proporcionada al recién nacido	Númerico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable " tipoAtencionObstetrica " es "2 - PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO Si el valor registrado en la variable " condicionNacimiento " es "1 - MUERTE FETAL", se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS						
90	tipoUnidad	Tipo de Unidad (sólo para Psiquiátricos)	Númerico	Sí	No	Si la unidad médica es de tipo psiquiátrico*, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - HOSPITAL CONTINUO 2 - HOSPITAL PARCIAL 3 - UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						* Se debe verificar que para el valor registrado en la variable "clues", de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD, se cumpla con una de las siguientes condiciones: - El valor del campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea: "V" y el valor del campo CLAVE DE SUBTIPOLOGIA sea igual a "99", "NES", "INP" o "SAP" o - El valor del campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a "HPSIQ" o "HPSIQMF".
91	tipoServicio	Identificación del tipo de servicio proporcionado por la unidad psiquiátrica	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "tipoUnidad" es "1 – HOSPITAL CONTINUO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – PAIDOPSIQUIATRÍA 2 – PSIQUIATRÍA 3 – PSICOGERIATRÍA 4 – UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN 5 – VILLA PSIQUIATRICA 8 – OTROS 9 – NO ESPECIFICADO - Si el valor registrado es "1 – PAIDOPSIQUIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años". - Si el valor registrado es "3 – PSICOGERIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea mayor o igual a "60 años". Si el valor registrado en la variable "tipoUnidad" es "2 – HOSPITAL PARCIAL", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – DIA 2 – NOCHE 3 – FIN DE SEMANA 4 – OTROS 9 – NO ESPECIFICADO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA SALUD						



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
92	paisNacimiento	País de nacimiento del prestador de servicio de salud	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al País de Nacimiento del prestador de servicios de acuerdo al catálogo PAIS .
93	curpResponsable	Clave Única de Registro de Población del profesional de salud responsable de la atención	Texto (18)	Sí	Sí	Se debe realizar la validación de conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población emitido por RENAPO, tomando en cuenta todos los elementos que conforman la misma. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, en mayúsculas, y 0 – 9. El valor registrado debe ser diferente al valor registrado en la variable “curpPaciente” a excepción del valor genérico. Si el valor registrado en la variable “paisNacimiento” es diferente de “142 – MÉXICO”, se podrá registrar en la variable el valor genérico “XXXX999999XXXXX99” (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables “nombreResponsable”, “primerApellidoResponsable” y “segundoApellidoResponsable”.
94	nombreResponsable	Nombre del profesional de salud responsable de la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el nombre: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable, y no se permite más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A – Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio “-”, coma “,”, punto “.”, diagonal “/”, apóstrofe “'” y diéresis “”””. En caso de nombres compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio “-”. No se acepta ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos. El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" es diferente al valor genérico, el valor registrado en esta variable debe corresponder con dicho valor.
95	primerApellidoResponsable	Primer apellido del profesional de salud que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe de validar que el primer apellido: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable, y no se permite más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A - Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", coma ",", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis "¨". En caso de apellidos compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio "-". No se acepta ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos. El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" es diferente al valor genérico, el valor registrado en esta variable debe corresponder con dicho valor.
96	segundoApellidoResponsable	Segundo apellido del profesional de salud que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe de validar que el segundo apellido: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable, y no se permite más de un espacio consecutivo. Los caracteres válidos son sólo de A - Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", coma ",", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis "¨". En caso de apellidos compuestos, pueden ir separados por un espacio o guion medio "-". No se permite ningún otro tipo de caracter especial, ni acentos.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						El espacio no debe ser considerado como un caracter especial. No debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" es diferente al valor genérico, el valor registrado en esta variable debe corresponder con dicho valor. En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor "XX".
97	cedulaResponsable	Cédula profesional del médico responsable que proporcionó la atención	Texto (14)	Sí	Sí	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable y, no se debe registrar más de un espacio consecutivo. Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales. Si la cédula tiene una longitud menor a "6" caracteres, se debe complementar con ceros a la izquierda. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.

Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente
CODIGO_POSTAL	Código Postal.	SEPOMEX
DIAGNOSTICO	CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición.	CEMECE
ENTIDAD_FEDERATIVA	Entidades Federativas de México.	DGIS
ESTABLECIMIENTOS_DE_SALUD	Claves únicas de establecimientos de salud.	DGIS
ESTADO_CONYUGAL	Estados Conyugales	DGIS
LENGUA_INDÍGENA	Lenguas indígenas.	DGIS
LOCALIDAD	Localidad.	DGIS
MORFOLOGIA	Códigos relacionados con la morfología de tumores.	DGIS
MUNICIPIO	Municipio.	DGIS
PAIS	Países	DGIS
PROCEDIMIENTO	CIE-9MC, Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición, Modificación Clínica.	CEMECE
SERVICIOS_ESPECIALIDADES	Servicios y Especialidades médicas.	DGIS





CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

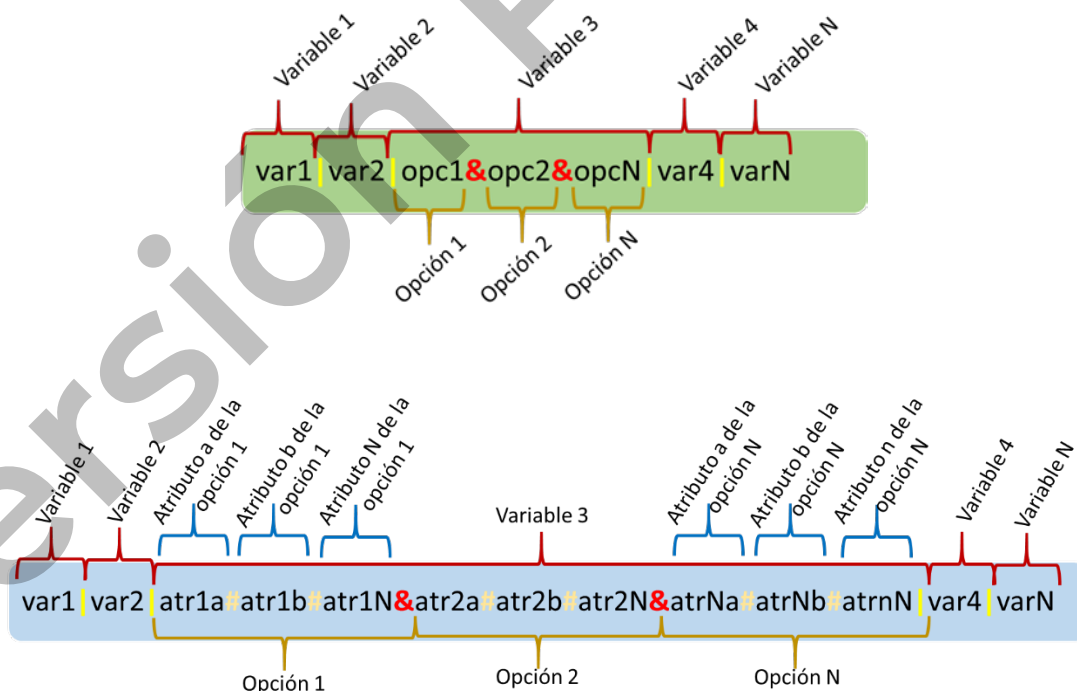
La información debe ser reportada conforme a la estructura descrita en el presente documento. El SIRES debe generar un archivo con los datos registrados, aplicando las validaciones establecidas y en el formato descrito en este documento.

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

1. Cada variable debe separarse por el carácter "|" 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 que puede repetirse, se debe separar por el carácter "&" entre cada repetición.
 - b) Del punto anterior, si las variables están compuestas por más de una variable, los valores correspondientes se deben separar por el carácter "#", y entre cada repetición por el carácter "&".

Del punto anterior, en caso de que no aplique, se debe registrar el campo en blanco únicamente separado por pipes "|".

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 (EGR-DFSSA-2601.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 SINBA v2.0".

Nomenclatura de archivos

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

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	6	0	1	.	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":

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	6	0	1	.	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":

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	6	0	1	.	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 EGR corresponde a Egresos Hospitalarios.
 - Del 5 al 9, los dos primeros caracteres corresponden a la entidad y los siguientes 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 de texto 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

Con el objeto de brindar mayor seguridad a los datos personales de los pacientes que se utilicen incluso para pruebas, las cargas de archivos en los diferentes ambientes deben realizarse con un usuario registrado en el sistema, por lo tanto, aquellos interesados en la certificación de la NOM-024-SSA3-2012, deben solicitar un usuario y contraseña para acceder al ambiente de pruebas indicando CURP y datos personales del usuario a registrar, así como a los módulos que requerirá probar.

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

 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-05-08	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 5.8	FECHA DEL DOCUMENTO: 27 de enero de 2026

VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA

Para determinar que un SIRES implementa correctamente lo descrito en la presente Guía de Intercambio de Información, se 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 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.

Con la finalidad de cerciorarse que los archivos creados por un SIRES cumplan con todas las reglas de validación, se podrán realizar pruebas de carga de los archivos generados de acuerdo a lo establecido en la presente guía, utilizando el “Módulo de Carga de Información” que la DGIS pone a disposición de los interesados en ambiente de pruebas, siguiendo el manual de “Carga Masiva” publicado en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Guías” y, seleccionando el icono “Cargas SINBA v2.0”.



Es importante aclarar que se requiere un usuario con privilegios de registro de información en **SEUL - Egresos Hospitalarios**, el cual se debe solicitar a los siguientes correos: dgis@salud.gob.mx o soporte.sinba@salud.gob.mx con el asunto “Solicitud de Usuario para Módulo de Carga Masiva” indicando CURP y datos personales del usuario a registrar (nombre completo y correo electrónico), así como, la entidad federativa y las guías de intercambio de información para las cuales se requiere dicho usuario.

REFERENCIAS

Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del Formato de la Hoja de Hospitalización y del Instructivo de Llenado correspondiente al reporte de información mensual al Subsistema de Egresos Hospitalarios:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_saeh.html

En la siguiente liga puede acceder a la descarga de catálogos requeridos para 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 de cada una de las guías se pueden encontrar los catálogos específicos.

Bibliografía

- 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-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- 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.
- NOM-197-SSA1-2000, de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos (DOF 22/11/2024).
- Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población (DOF 18-10-2021).
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS.
- Clasificación Estadística Internacional de Procedimientos de la Codificación Clínica, (CIE-9-MC, Capítulo de Procedimientos)
- Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud, 2012

Archivos anexos

Id.	Nombre del archivo	Descripción	Formato / Aplicación para su visualización
01	EGR-DFSSA-2601.txt	Ejemplo de archivo de intercambio.	Texto Plano

