



**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-B014-03-07

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



PREFACIO

Información de contacto

Para más información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en 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	3.0	Versión Inicial	Creación del documento. Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	MPPO
12/10/2023	3.1	Borrador	Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	AGS
05/07/2024	3.2	Borrador	Revisión general de datos y reglas de validación.	MPPO
08/10/2024	3.3	Borrador	Revisión general de datos y reglas de validación.	MPPO
23/12/2024	3.4	Borrador	Se agregan variables y se actualizan reglas de validación.	BLPM, AGS
25/04/2025	3.5	Borrador	Revisión y homologación de reglas de validación.	BLPM, AGS
01/11/2025	3.6	Versión preliminar	Cambios por adecuación a los formatos.	MPPO, ACT
16/01/2026	3.7	Versión preliminar	Revisión general de reglas de negocio y variables.	BLPM, BRE, MPPO, AGS, AYG



Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud	Maestro 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. Angel 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	11
Modelo de Información	12
Diccionario de Datos	12
Catálogos	38
Conformación del Documento Electrónico	39
Cifrado	40
Nomenclatura de archivos	40
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión Basada en Estándares)	41
Seguridad	41
Verificación de Apego a esta Guía	42
Referencias	43
Ligas Web	43
Bibliografía	43
Archivos anexos	43



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.

Es por ello por lo que el presente documento tiene como finalidad proveer los elementos necesarios para reportar la información requerida por el Subsistema de Urgencias Médicas, el cual en términos de la NOM-035-SSA3-2012 se encuentra previsto en el componente 10 "Servicios para la salud" y tiene por objeto captar información sobre la atención de urgencias, incluyendo información sobre: el paciente, la atención, las defunciones en urgencias y el prestador de servicios.





Audiencia

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

Alcance

La presente Guía de Intercambio de Información es aplicable a todas las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, así como a los Centros de Salud que cuenten con servicio de Urgencias, pertenecientes al Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado, que generen información derivada de la atención médica y quirúrgica brindada en el área de urgencias.

Justificación

La información de urgencias médicas 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 urgencias médicas 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 Egresos Hospitalarios y el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).

Considerando que la atención de urgencias médicas representa un costo importante 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 urgencias médicas atendidas 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 para reportar su información a la DGIS.





Términos y Definiciones

Para los fines de este documento y el registro de la Hoja de Registro de Urgencias Médicas (SINBA-SEUL-16-P DGIS, Modelo 2026), se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición
Afección principal		Situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.
Afección reseleccionada		Es la afección que ingresará al sistema y participará en la generación de estadística por causa única.
Afecciones tratadas		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente
Antibiótico tratamiento de IRA		Sustancia que limita o impide el desarrollo de las bacterias atacando la pared bacteriana. Tratamiento del padecimiento que incluye la prescripción de algún medicamento contra bacterias. El uso de antibiótico está limitado solo a unos casos de infecciones respiratorias, ya que está descrito que la mayoría no son de origen bacteriano, si no viral.
Antiviral tratamiento de IRA		Medicamento que impide por competencia a nivel de membrana celular que el virus penetre a la célula sana. Los antivirales son un tipo de fármaco usado para el tratamiento de infecciones producidas por virus. Tal como los antibióticos (específicos para bacteria), existen antivirales específicos para distintos tipos de virus.
Cama de Choque		Cama ubicada en el área de choque destinada a la atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, generalmente ubicada en urgencias.
Cama de Observación		Cama instalada en la Consulta Externa destinada a pacientes que requieren quedar bajo supervisión médica y enfermería, para fines de diagnóstico o de tratamiento durante un período menor a 24 horas.
Causa externa		La clasificación de los acontecimientos, circunstancias y condiciones ambientales como la causa de lesiones, envenenamiento y otros efectos adversos, que incluya el agente, medio o mecanismo de producción.
Certificado de defunción		Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.



Término	Acrónimo	Definición
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE	Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permita la comparación nacional e internacional. Para efectos de esta Guía, se considera la versión vigente 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. Y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.
Comorbilidad		Son las otras afecciones que estuvieron presentes en el proceso de atención de la urgencia médica.
Clave Única de Registro de Población	CURP	Consiste en una secuencia alfanumérica de 18 caracteres, y se asigna de forma individual a las y los mexicanos y a las y los extranjeros que se encuentren con una condición de estancia regular en el país.
Derechohabiencia		Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica de la que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.
Deshidratación		Falta o pérdida excesiva de líquidos en el cuerpo. En los niños con diarrea el estado de hidratación se clasifica en: sin deshidratación, con deshidratación, y choque por deshidratación. Según la clasificación del estado de hidratación es el tipo de esquema o plan de rehidratación.
Embarazo		Es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.
Enfermedades Diarreicas Agudas	EDA's	Enfermedades diarreicas en general, pero de menos de dos semanas de duración, de diversos orígenes.
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.
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.



Término	Acrónimo	Definición
Infecciones Respiratorias Agudas	IRA's	Padecimientos infecciosos de las vías respiratorias o parte del aparato respiratorio (desde resfriado común en la nariz o hasta neumonía en los pulmones) de menos de 15 días de duración causadas por virus, bacterias u otro microorganismo. Comúnmente las neumonías graves inician con signos y síntomas leves de resfriado. En los niños la neumonía compromete la vida, sobre todo si también tienen desnutrición.
Intersexual		Es un 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.
Hombre trans		Persona que se le asignó el sexo mujer al nacer pero que se identifica y se vive a través del género masculino.
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	Síglas para referirse a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales.
Médicos tratantes (Interconsultas)		Además del médico responsable, son los médicos que atendieron o valoraron al paciente, incluyendo a otros médicos de urgencias o interconsultantes pero solo durante la atención de urgencias.
Migrante		Persona sola o acompañada, de cualquier grupo de edad y sexo, que se mueve de su lugar de residencia a otro (salga, transite, considere como destino o retorne), ya sea dentro del país o a través de una frontera internacional, por cualquier tipo de motivación y de manera temporal o permanente.
Migrante retornado		Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos). La migración de retorno puede ser resultado de un proceso de devolución o por una decisión voluntaria.
Motivo de la atención (Accidente, envenenamiento y violencia)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de un accidente, envenenamiento y violencia
Motivo de la atención (gineco-obstétrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado del embarazo, parto o puerperio.
Motivo de la atención (médica)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de una enfermedad.



Término	Acrónimo	Definición
Motivo de la atención (pediátrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron dirigidas a un paciente pediátrico menor de 18 años.
Mujer trans		Persona que se asignó el sexo hombre al nacer pero que se identifica y se vive a través del género femenino.
Número de sobres		Número de sobres de Vida Suero Oral que se otorgaron para la atención del niño con diarrea.
Plan		Es el tipo de plan de tratamiento de las diarreas en los niños, cada tipo de plan incluye un esquema definido de rehidratación en los niños y está en función del estado de deshidratación en el que se encuentren.
Procedimientos médicos		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud en el servicio de urgencias.
Pueblos Afromexicanos		Son aquellas personas que descienden de la población africana asentada en territorio nacional desde la época colonial o como parte de movimientos migratorios o como refugiados en épocas posteriores, y forman una unidad social, económica y cultural; que ha desarrollado formas propias de organización social, económica, política y cultural, y que poseen aspiraciones comunes y afirman libremente su existencia como pueblo culturalmente diferenciado. El término afromexicanos hace referencia al entorno cultural mexicano en el cual han crecido o vive. INPI/PNUD.
Puerperio		Puerperio normal. - Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Puerperio inmediato. - Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto. Puerperio mediato. - Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Puerperio tardío.- Periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.
Residencia habitual del paciente		Lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.
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
Sintomático (tratamiento sintomático)		Tratamiento del padecimiento que se dirige y limita a mejorar los síntomas, como el dolor o fiebre. Esta opción de tratamiento no usa antibiótico.
Trans		Término paraguas utilizado para describir diferentes variantes de transgresión/transición/reafirmación de la identidad y/o expresiones de género (incluyendo personas transexuales, transgénero, travestis, drags, entre otras), cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer no concuerda con la identidad y/o expresiones de género de la persona.
Transexual		Las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden optar por una intervención médica —hormonal, quirúrgica o ambas— para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.
Urgencia Calificada		Problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que se atendió en el área de urgencias, que pone en riesgo la vida, órgano, tejido o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.
Urgencia No calificada		Problema de salud que se atendió en el área de urgencias que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente.

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	CONFIDENCIA	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 uno de los siguientes valores: "CAP", "CES", "E", "T", "UNE", "Z" o "UMFH".
2	folio	Clave asignada por la Unidad Médica, para dar seguimiento al registro	Texto (8)	Sí	Sí	El folio no debe repetirse para una misma CLUES en la misma fecha de alta. Longitud mínima de 1 máxima de 8 caracteres numéricos. Los caracteres válidos son 0 – 9.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
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. 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 "XXX999999XXXX99" (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 valor registrado: 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.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
5	primerApellido	Primer apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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 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 valor registrado: 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 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.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						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 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 no puede ser mayor al valor registrado en las variables "fechaIngreso" y "fechaAlta" . La edad del paciente se calculará a partir de la fecha de nacimiento con respecto al valor registrado en la variable "fechaAlta" y esta no debe ser mayor a 110 años . Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor. Si se desconoce la fecha, se debe registrar el valor "09/09/9999".
8	paisOrigen	Identifica el país de nacimiento del paciente.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de nacimiento de acuerdo con el catálogo PAIS . Si no está descrito en la Hoja de Urgencias 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 de acuerdo con el catálogo ENTIDAD FEDERATIVA . Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA". Si no está descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "00 – NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						En caso contrario, se debe registrar el valor "88 - NO APLICA" (si es extranjero). Si el valor registrado en la variable "curpPaciente" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
10	sexoCURP	Sexo del paciente registrado ante RENAPO.	N 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".
11	sexo	Sexo del paciente, es decir la condición biológica y fisiológica de nacimiento.	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - HOMBRE 2 - MUJER 3 - INTERSEXUAL
12	derechohabiencia	Institución del SNS en la cual se encuentran afiliados los usuarios de los servicios de salud	N Numérico	Sí	No	Con base en el catálogo AFILIACION , 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 Urgencias, se debe registrar el valor "0 - NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
13	gratuidad	Programa de Salud de la Ciudad de México	Númérico	Sí	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".
14	seConsideraIndigena	¿Se considera Indígena?	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO
15	seConsideraAfromexicano	¿Se considera Afromexicano?	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO
16	esMigranteRetornado	¿Es migrante retornado?	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "paisOrigen" es "142 - MEXICO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SI 2 - NO En caso contrario, se debe registrar el valor "8 - NO APLICA".
17	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".
18	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



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
DOMICILIO DEL PACIENTE						
19	paisResidencia	Identifica el 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 .
20	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". Si no está descrito en la Hoja de Urgencias, 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".
21	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 se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, 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".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
22	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. 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 se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, 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".
23	otraLocalidad	Especificación del nombre de la localidad	Texto (50)	No	No	Si el valor registrado en la variable "localidadOcurriencia" 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 ".", ":", "(", ")", " ", "_", "!", "(", ")", " " y sin salto de línea.
24	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 con el catálogo CODIGO_POSTAL. En caso contrario o si el dato no está descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "00000 – NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						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".
ESTANCIA						
25	atencionPreHospitalaria	Identificación en caso de proporcionar atención prehospitalaria al paciente	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
26	tiempoTraslado	Tiempo transcurrido desde la atención prehospitalaria y el arribo a la unidad médica	Texto (5)	No *	No	* Si el valor de la variable "atencionPreHospitalaria" es "1 – SI", se debe registrar el tiempo transcurrido en el traslado 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 se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99:99".
27	fechaIngreso	Fecha de ingreso correspondiente al servicio de urgencias	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 debe ser menor al valor registrado en la variable "fechaNacimiento" . El valor registrado no debe ser mayor al valor registrado en la variable "fechaAlta" .
28	horaIngreso	Hora en que ingreso el paciente al servicio de urgencias.	Texto (5)	Sí	No	El registro de la hora de ingreso debe ser en horas y minutos, en formato de 24 horas: HH:MM. Si no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "99:99".
29	tipoUrgencia	Tipo de urgencia	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – URGENCIA CALIFICADA 2 – URGENCIA NO CALIFICADA



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
30	motivoAtencion	Motivo de la atención proporcionada	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIAS 2 – MEDICA 3 – GINECO-OBSTETRICA 4 – PEDIÁTRICA 9 – NO ESPECIFICADO Si el valor registrado es “3 – GINECO-OBSTETRICA”, se debe validar que el valor registrado en variable “sexo” sea “2 – MUJER”. Si el valor registrado es “4 – PEDIÁTRICA”, se debe validar que la edad del paciente sea menor a 18 años.
31	tipoCama	Tipo de cama en la que se encuentra el paciente	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – CAMA DE OBSERVACIÓN 2 – CAMA DE CHOQUE 3 – SIN CAMA 9 – NO ESPECIFICADO
32	trasladoTransitorio	Traslado transitorio a otro hospital	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
33	cluesTraslado	CLUES de la unidad médica a la que se trasladará el paciente de forma transitoria.	Texto (11)	No *	No	* Si el valor de la variable “trasladoTransitorio” es “1 – SI”, se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de traslado de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES registrada sea igual a “EN OPERACIÓN”. El valor registrado no debe ser igual al valor registrado en la variable “clues”.
34	fechaAlta	Fecha de alta 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 valor registrado no sea menor al valor registrado en la variable



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						"fechaIngreso", ni mayor a la fecha de registro. Se debe validar que la diferencia entre valor registrado y el valor registrado en la variable "fechaIngreso", sea menor a 22 días.
35	horaAlta	Hora del alta del paciente	Texto (5)	Sí	No	El registro de la hora de alta debe ser en horas y minutos, en formato de 24 horas: HH:MM. Si el valor registrado en la variable "fechaIngreso" es igual al valor registrado en la variable "fechaAlta", el valor registrado en esta variable debe ser mayor al valor registrado en la variable "horaIngreso". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "99:99".
36	altaPor	Motivo de alta del servicio de urgencias.	Númerico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – HOSPITALIZACIÓN 2 – CONSULTA EXTERNA 3 – TRASLADO A OTRA UNIDAD 4 – DOMICILIO 5 – DEFUNCIÓN 6 – FUGA 7 – VOLUNTAD PROPIA
37	cluesReferido	CLUES de la unidad a la cual es referido el paciente (Sólo para pase a otro hospital)	Texto (11)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "altaPor" es "3 – TRASLADO A OTRA UNIDAD", se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de referencia de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD . En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES registrada sea igual a "EN OPERACIÓN". El valor registrado no debe ser igual al valor registrado en la variable "clues".
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN						
38	ministerioPublico	¿La defunción fue reportada al Ministerio Público?	Númerico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "altaPor" es "5 – DEFUNCIÓN", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
39	folioCertificadoDefuncion	Folio del certificado de defunción	N Numérico	No *	Sí	* Si el valor registrado en la variable “altaPor” 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: La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 – 9. Los dos primeros números del folio deberán corresponder a los dos últimos dígitos del año de impresión del certificado, y el tercer dígito deberá ser “0”. Como excepción, para los formatos impresos en los años 2022 y 2023, se debe permitir registrar los siguientes valores en el tercer carácter, conforme a lo siguiente: • Para el año 2022, se aceptarán los valores “0” y “1”, y se deberá validar que el folio registrado sea menor o igual a “221650000”. • Para el año 2023, se aceptarán los valores “0” y “1”, y se deberá validar que el folio registrado sea menor o igual a “231110000”. NOTA: Solo deberán registrarse folios correspondientes a los cuatro años anteriores. 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 alta 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 3er caracter puede ser “M” o “U”, el 9no caracter debe ser “E” y el resto de los caracteres deben ser numéricos.
40	mujerFertil	Identificar si la mujer se encuentra o estuvo embarazada al ingreso al área de urgencias	N Numérico	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



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						En caso contrario, se debe registrar el valor "1".
41	edadGestacional	Semanas de gestación	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "mujerFertil" es "1 - EMBARAZO", se debe registrar el número de semanas de gestación. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de "1" a "45" semanas. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99".
42	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.
43	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 a las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. El valor registrado deberá cumplir con las siguientes reglas de validación:



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	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). - 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). - Si el valor registrado en la variable “motivoAtencion” es “1 – ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIAS”, el código de la CIE registrado debe pertenecer al capítulo XIX.
COMORBILIDADES <i>Para ésta 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 uno de estos datos con el caracter “#”, y cada comorbilidad en general separado con el caracter “&”. Si sólo se tiene una comorbilidad, no es necesario escribir el caracter “&”.</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>						
44	numeroComorbilidad	Número consecutivo de la afección de comorbilidad tratada	Numérico	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” a “6”. Los valores registrados deben ser consecutivos.
45	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.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
46	codigoCieComorbilidad	Código CIE y descripción 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 a las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. • Se debe validar que los valores registrados no se repitan entre sí. El valor registrado deberá cumplir con las siguientes reglas de validación: • Cuando se registre un código CIE correspondiente a aborto (rango O00–O08), no deberá registrarse en las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" ni en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" ningún código CIE correspondiente a aborto (O00–O08) ni a parto (O80–O84). • Cuando se registre un código CIE correspondiente a parto (rango O80–O84), no deberá registrarse en las variables "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" ni en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" ningún código CIE correspondiente a parto (O80–O84) ni a aborto (O00–O08). • Si se registra un diagnóstico de los grupos O95, O96 u O97, se debe validar que el valor registrado en la variable "altaPor" sea "5 – DEFUNCIÓN".
47	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.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						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 a las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO. El valor registrado deberá cumplir con las siguientes reglas de validación: • Cuando se registre un código CIE correspondiente a aborto (rango O00–O08), no deberá registrarse en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" ni en la variable "codigoCieComorbilidad" ningún código CIE correspondiente a aborto (O00–O08) ni a parto (O80–O84). • Cuando se registre un código CIE correspondiente a parto (rango O80–O84), no deberá registrarse en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" ni en la variable "codigoCieComorbilidad" ningún código CIE correspondiente a parto (O80–O84) ni a aborto (O00–O08). • Si no existe una reselección de la afección principal, se debe registrar el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal". • Si el valor registrado en la variable "motivoAtencion" es "1 – ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIAS", el código de la CIE registrado debe pertenecer al capítulo XIX.
48	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, se deben registrar los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión. Es obligatorio el



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						registro de esta variable. * 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 el registro de esta variable. 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. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
49	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, se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO. Es obligatorio el registro de esta variable. * 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 el registro de esta variable.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						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 diferentes 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.
50	folioLesion	Folio correspondiente a la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión.	Texto (8)	No *	No	* Si el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" o el valor registrado en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada", corresponde a Traumatismo, Envenenamiento y Algunas Otras Consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX, se debe registrar el folio correspondiente. Es obligatorio el registro de esta variable. * Si el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" o el valor registrado en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada", corresponde 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 el registro de esta variable. 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".
INTERCONSULTAS Para esta variable compuesta, se deben ingresar como máximo los datos de 3 médicos interconsultantes (en caso de que apliquen), y deberá contener las siguientes variables: tipoEspecialidad, especifiqueEspecialidad, paisNacimientoEspecialista, curpEspecialista, nombreMedico, primerApellidoMedico, segundoApellidoMedico y cedulaEsp. Separando cada una de las variables con el caracter "#", y cada registro separado con el caracter "&". En caso de que no aplique, la variable debe quedar vacía, quedando en el archivo de intercambio como " " para esta sección.						



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la "Conformación del Documento Electrónico".						
51	tipoEspecialidad	Tipo de especialidad del médico interconsultante	Númérico	No	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la especialidad de acuerdo al 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", "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 tiene restricción de edad.
52	especifiqueEspecialidad	Especifique otra especialidad del médico interconsultante	Texto (50)	No *	No	* Si el valor de la variable "tipoEspecialidad" es "599 - OTRA", se debe registrar el nombre de la especialidad. 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 se encuentre en el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
53	paisNacimientoEspecialista	País de nacimiento del prestador de servicio de salud interconsultado	N Numérico	No *	No	* Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al País de Nacimiento del especialista de acuerdo al catálogo PAIS.
54	curpEspecialista	CURP del médico especialista	T Texto (18)	No *	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” y “curpResponsable”, a excepción del valor genérico. Si el valor registrado en la variable “paisNacimientoEspecialista” es diferente de “142 – MÉXICO”, se podrá registrar en la variable el valor genérico “XXXX999999XXXX99” (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables “nombreMedico”, “primerApellidoMedico” y “segundoApellidoMedico”.
55	nombreMedico	Nombre del Médico Especialista	T Texto (50)	No *	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio “-”, punto “.”, diagonal “/”, apóstrofe “'” y diéresis sobre vocales “””. 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 debe registrar de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						" curpEspecialista " es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
56	primerApellidoMedico	Primer Apellido del Especialista	Texto (50)	No *	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "ü". 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 se debe registrar más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpEspecialista" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
57	segundoApellidoMedico	Segundo Apellido del Especialista	Texto (50)	No *	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "ü". 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.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						No debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpEspecialista" 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".
58	cedulaEsp	Cédula Profesional del Médico Especialista	Texto (14)	No *	Sí	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 completar con ceros a la izquierda. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.
PROCEDIMIENTOS <i>Para esta variable compuesta, se deben ingresar como máximo 6 procedimientos (en caso de que apliquen), y deberá contener las siguientes variables: numeroProcedimiento y codigoCieProcedimiento. Separando cada uno de las variables con el caracter "#", y cada registro separado con el caracter "&". 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 de procedimiento utilizado	Numérico	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 6". Los valores registrados deben ser consecutivos.
60	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 al catálogo PROCEDIMIENTO , siempre y cuando se registre por lo menos un procedimiento. Se deben cumplir con las siguientes validaciones: • Deben tener una longitud de 4 caracteres. • Validar que se cumplan las restricciones por



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo a las columnas PRO_CVE_EDIA, PRO_EDAD_IA, PRO_CVE_EDFA, PRO_EDAD_FA y SEX_TYPE del catálogo PROCEDIMIENTO . - 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) del catálogo de PROCEDIMIENTO. - Si se registra algún código de los grupos "683 - 687" o "689" (Histerectomía), no se debe permitir el registro del código "697X" (Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino) del catálogo de PROCEDIMIENTO.
MEDICAMENTOS						
<i>Para esta variable compuesta, se deben ingresar como máximo 6 medicamentos (en caso de que apliquen), y deberá contener las siguientes variables: numeroMedicamento y codigoMedicamento. Separando cada uno de las variables con el caracter "#", y cada registro separado con el caracter "&". Si sólo se tiene un medicamento, 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 "Conformación del Documento Electrónico".</i>						
61	numeroMedicamento	Número consecutivo de los medicamentos suministrados al paciente.	Numérico	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 "6". Los valores registrados deben ser consecutivos.
62	codigoMedicamento	Código del medicamento.	Texto (20)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo SUBCLAVE O SUBCODIGO que corresponda al código del medicamento de acuerdo con el catálogo MEDICAMENTO .
URGENCIAS POR IRAS Y/O EDAS						
63	planIras	Infecciones respiratorias agudas	Numérico	Sí	No	Si la edad del paciente es menor a "5 años" y el valor de la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" es alguno de los códigos J00 - J06, J09 - J22 de la CIE, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - SINTOMÁTICO 2 - ANTIBIÓTICO 3 - ANTIVIRALES En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
64	planEdas	Registrar plan de hidratación de las enfermedades diarreicas agudas	Númérico	Sí	No	Si la edad del paciente es menor a "5 años" y el valor de la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" es alguno de los códigos A00 – A09 de la CIE, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – PLAN A 2 – PLAN B 3 – PLAN C En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
65	numeroSobres	Número de sobres de vida suero oral proporcionados	Númérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable "planEdas" corresponde a "1 – PLAN A" o "2 – PLAN B", se debe registrar un valor entre 1 y 20. En caso contrario, se debe registrar el valor "0".
MÉDICO RESPONSABLE						
66	paisNacimiento	País de nacimiento del prestador de servicio de salud	Númérico	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.
67	curpResponsable	Clave Única de Registro 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 de la genérica. Si el valor registrado en la variable "paisNacimiento" es diferente de "142 – MÉXICO", se podrá asignar a 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".
68	nombreResponsable	Nombre del profesional de salud responsable de la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						Los caracteres válidos son sólo de A – Z incluyendo Ñ, en mayúsculas. Los caracteres especiales permitidos son: 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 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. Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
69	primerApellidoResponsable	Registre el primer apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el valor registrado: 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. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "ü". 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 se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" es diferente del valor genérico, el valor registrado en esta variable deberá corresponder con dicho valor.
70	segundoApellidoResponsable	Registre el segundo apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	Se debe validar que el valor registrado: Tenga una longitud mínima de dos caracteres y máxima de 50 caracteres.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIA	VALIDACIÓN
						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. Los caracteres especiales permitidos son: guion medio "-", punto ".", diagonal "/", apóstrofe "'" y diéresis sobre vocales "ü". 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 se debe permitir el registro de más de un caracter especial de manera consecutiva. Si el valor registrado en la variable "curpResponsable" 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".
71	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 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 completar con ceros a la izquierda. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.



Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente
AFILIACION	Afiliaciones	DGIS
CODIGO_POSTAL	Código Postal.	DGIS
DIAGNOSTICO	CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición.	DGIS
ENTIDAD FEDERATIVA	Entidades.	DGIS
ESTABLECIMIENTO_SALUD	Clave única de establecimientos de salud.	DGIS
LOCALIDAD	Localidad.	DGIS
MEDICAMENTO	Cuadro básico de medicamentos.	DGIS
MUNICIPIO	Municipio.	DGIS
PAIS	Países	DGIS
PROCEDIMIENTO	CIE-9MC, Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición, Modificación Clínica.	DGIS
SERVICIOS_ESPECIALIDADES	Servicios y Especialidades médicas.	DGIS



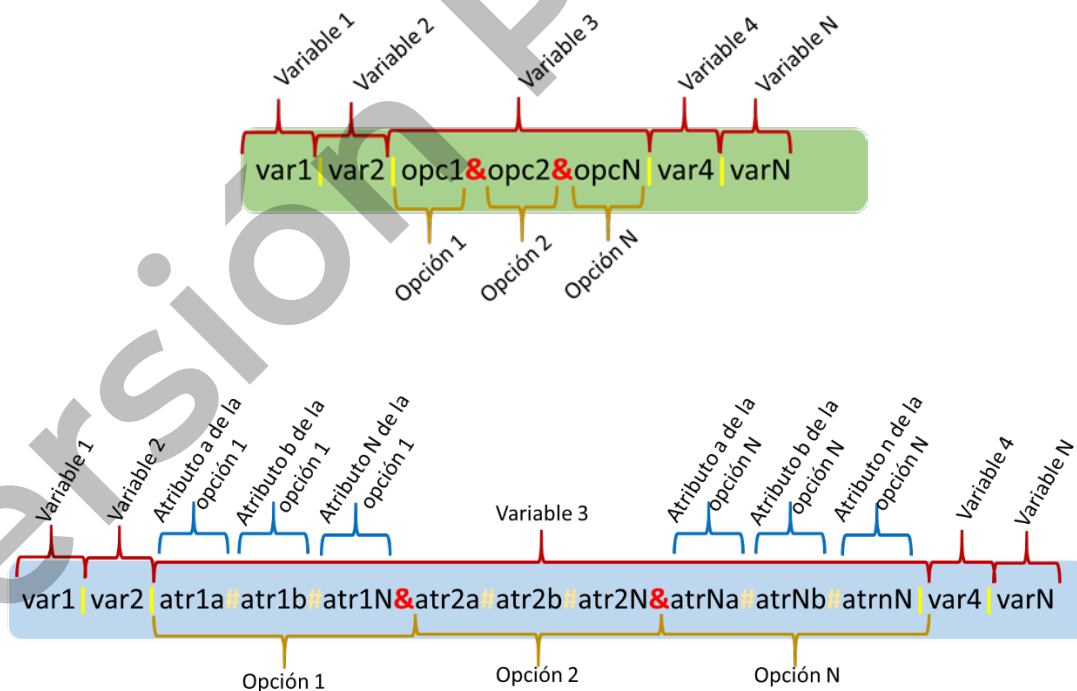
CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

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 "&".
 - c) 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 (URG-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 la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Guías”.

Nomenclatura de archivos

Para el reporte de información de urgencias médicas, se debe generar el archivo de intercambio, se sugiere nombrarlo con la siguiente nomenclatura:

U	R	G	-	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”:

U	R	G	-	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”:

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



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

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

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

Seguridad

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 URGENCIAS MÉDICAS		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-03-07	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 3.7	FECHA DEL DOCUMENTO: 16 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, debe demostrar que:

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

Con la finalidad de cerciorarse que los archivos generados por un SIRES cumplan con todas las reglas de validación, se podrán realizar pruebas de carga de dichos archivos 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”.



Es importante aclarar que se requiere un usuario con privilegios de registro de información en **SEUL - Urgencias Médicas**, 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 Diaria del Servicio de Urgencias versión 2026, el Instructivo de llenado correspondiente y el calendario de entrega para el año vigente: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_urgencias.html

En la siguiente liga puede acceder a la descarga de catálogos requeridos en la conformación del documento de intercambio: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección de “Catálogos” se encuentran aquellos que son transversales a los subsistemas, en la sección de “Guías” se encuentran aquellos aplicables según el subsistema, y en cada una de las guías se pueden encontrar los catálogos específicos correspondientes.

Bibliografía

- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
- NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
- NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos (DOF 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).

Archivos anexos

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