MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD

Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

CLINICA BUPA SANTIAGO — NOMBRE ESTABLECIMIENTO
RESPONSABLE: ADMISIÓN

0000200486 — CÓDIGO ESTABLECIMIENTO
92471024 — N° ADMISIÓN
12660989-2 — N° HISTORIA CLINICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL (DE LA) PACIENTE

NOMBRE PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
LEIVA	UGALDE	CLAUDIO FERNANDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: 1 (1 RUN; 2 Pasaporte; 3 Indocumentado; 4.Otro documento de identificación)
SEXO: 01 (01 Hombre; 02 Mujer; 03 Intersex (indeterminado); 99 Desconocido)
FECHA DE NACIMIENTO: 04 - 08 - 1974

1. RUN: 12660989 - 2
2. N° de Pasaporte u otra documentación:
PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: 96 (01.Mapuche; 02.Aymara; 03.Rapa Nui (Pascuense); 04.Lican Antai (Atacameño); 05.Quechua; 06.Colla; 07.Diaguita; 08.Kawésqar; 09.Yagán (Yámana); 10.Otro (Especificar); 96. Ninguno)
PAIS DE ORIGEN DEL (DE LA) PACIENTE: Chile (Nombre País)

EDAD: 48
UNIDAD MEDIDA DE LA EDAD: 1 (1 Años; 2 Meses; 3 Días; 4 Horas)

CATEGORIA OCUPACIONAL: 99 (00.INACTIVO; 01.ACTIVOS; 02.CESANTE O DESOCUPADOS; 99.DESCONOCIDO)
En caso de marcar la alternativa " Activos " en el casillero correspondiente identifique la opción declarada.
01.Miembro del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de empresa.
02.Profesionales científicos e intelectuales.
03.Técnicos y profesionales de nivel medio.
04.Empleados de oficina.
05.Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado.
06.Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros.
07.Oficiales, Operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.
08.Operadores de instalaciones y máquinas y montadores.
09.Trabajadores no calificados.
10.Fuerzas armadas.
99.Desconocido.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: 98 (01.Prebásica; 02.Básica; 03.Media; 04.Técnico de nivel superior; 05.Profesional Universitario; 06.Sin Instrucción; 97.No recuerda; 98.No responde)

TELÉFONO FIJO: 225799176
TELÉFONO MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO: claudioleivau@hotmail.com

DOMICILIO(Escriba en letra imprenta): 01 (01.Calle; 02.Avenida; 03.Pasaje; 04.Otro)
NOMBRE: DERINA 345
NUMERO:
Comuna Residencia: LA REINA

PREVISIÓN EN SALUD: 01 (01.Fonasa; 02.Isapre; 03.Capredena; 04.Dipreca; 05.Sisa; 06.Ninguna; 99.Desconocido)
CLASE DE BENIFICIARIO FONASA: (01.Tramo A; 02.Tramo B; 03.Tramo C; 04.Tramo D)
Modalidad de atención FONASA: (01.Modalidad de atención institucional (MAI); 02.Modalidad de atención Libre elección (MLE))
LEYES PREVISIONALES: 2 (1. SI; 2. NO) (01.Ley 18.490: Accidentes de transporte. 02.Ley 16.744: Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. 03.Ley 16.744: Accidente escolar. 04.Ley 19.650/99 de urgencias. 05.Ley 19.992 PRAIS.)

PROCEDENCIA DEL (DE LA) PACIENTE: 1 (1 Unidad Emergencia (mismo establecimiento); 2 Atención Especialidades (mismo establecimiento); 4 Otro establecimiento; 5 Otra procedencia; 6 Area de cirugía mayor ambulatoria (mismo establecimiento); 7 Hospital comunitario o de baja complejidad.)
ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA: (Solo llenar si se registró opción 4 ó 7) — Código Establecimiento:

DATOS DE HOSPITALIZACION

RESPONSABLE: ADMISIÓN

	Hora	Minutos	FECHA (dd-mm-aa)	UNIDAD FUNCIONAL	RESPONSABLE: ESTADÍSTICA Código unidad funcional	Código servicio clínico
INGRESO	23	41	27 / 09 / 2022	ÁREA CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS	406	320
1er TRASLADO						
2° TRASLADO						
3er TRASLADO						
4° TRASLADO						

Ver instructivo

	HORA	Minutos	FECHA (dd-mm-aa)	DESTINO AL ALTA	Código unidad funcional	Código servicio clínico
EGRESO	18	49	30 / 09 / 22	1	406	320

En caso que la condicion sea "Vivo", seleccione el destino al alta del paciente
1. Domicilio
2. Derivacion a otro establecimiento de la red publica.
3. Derivacion a institucion privada.
4. Derivacion a otros centros u institucion.
5. Alta voluntaria
6. Fuga del paciente
7. Hospitalizacion domiciliaria

DÍAS ESTADA: 3
CONDICIÓN AL EGRESO: 1 (1) Vivo 2)Fallecido)

RESPONSABLE ESTADITICA

RESPONSABLE: MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE (Escribir diagnóstico en letra imprenta)

		CÓDIGO CIE-10
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Accidente Cerebrovascular Isquémico en p ersonas de 15 Años y más	GES037
CAUSA EXTERNA (si corresponde)		
OTRO DIAGNÓSTICO	DOLOR AGUDO	R52.0
OTRO DIAGNÓSTICO		

Ver instructivo

DATOS DEL RECIEN NACIDO (Solo completar para egreso obstétrico que termina en parto)

Orden en el nacimiento	Condición al nacer 1) Vivo 2) Fallecido	SEXO (01) Hombre 02) Mujer 03)Intersex (indeterminado) 99) Desconocido	Peso en gramos	Apagar 5 minutos	Anomalía congénita SI	NO

Ver instructivo

		CÓDIGO FONASA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	2 (1 SI; 2 NO)	
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL		
OTRA INTERVENCION QUIRÚRGICA		
PROCEDIMIENTO	1 (1 SI; 2 NO)	CÓDIGO FONASA
PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	ECOCARDIAGRAMA DOPPLER COLOR TRANSESOFAGICO	1701055
OTRO PROCEDIMIENTO		

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE

NOMBRE			ESPECIALIDAD
VALERA	ALVAREZ.	LUISANA KATIUSKA	MEDICINA INTERNA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	