



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**SECRETARÍA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y**  
**PROMOCIÓN DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

---

**GIIS-B014-02-03**

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



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

## 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](mailto:dgis@salud.gob.mx) con el asunto "GUÍAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN".


### Historial de revisiones

Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
19/11/2021	2.0	Versión Inicial	Creación del documento. Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	BLPM, MPPO, AGS
12/01/2022	2.1	Borrador	Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	BLPM, MPPO, AGS
08/02/2022	2.2	Borrador	Revisión de datos y reglas.	BRE, MPPO, AGS, ACT
15/03/2022	2.3	Versión Final	Conclusión de pruebas de módulo de carga masiva y agregar consideraciones especiales.	BLPM, MPPO, BRE, AGS, AYG

### Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud	Lic. 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




 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

## CONTENIDO

---

Prefacio	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Participantes	2
Contenido	3
Presentación de la Guía	4
Introducción	4
Audiencia	5
Alcance	5
Justificación	5
Términos y Definiciones	6
Referencias	10
Ligas Web	10
Bibliografía	11
Archivos anexos	11
Consideraciones Especiales	11
Modelo de Información	12
Diccionario de Datos	12
Catálogos	34
Conformación del Documento Electrónico	35
Cifrado	36
Nomenclatura de archivos	36
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión Basada en Estándares)	37
Seguridad	37
Verificación de Apego a esta Guía	37



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

## 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, establece que debe ser diferenciada entre urgencia calificada y no calificada, incluyendo información: del paciente, sobre la atención, defunciones en urgencias y datos sobre el prestador de servicios.



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

## 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 aplica para todas las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, así como Centros de Salud que cuenten con servicio de Urgencias, del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado que generan información 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 2022), se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición
<b>Afección principal</b>		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.
<b>Afección reseleccionada</b>		Es la afección que ingresará al sistema y participará en la generación de estadística por causa única.
<b>Afecciones tratadas</b>		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente
<b>Antibiótico tratamiento de IRA</b>		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.
<b>Antiviral tratamiento de IRA</b>		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.
<b>Cama de Choque</b>		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.
<b>Cama de Observación</b>		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.
<b>Certificado de defunción</b>		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
<b>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud</b>	<b>CIE</b>	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.
<b>Clave Única de Establecimientos en Salud</b>	<b>CLUES</b>	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.
<b>Comorbilidad</b>		Son las otras afecciones que estuvieron presentes en el proceso de atención de la urgencia médica.
<b>CURP</b>		Clave Única de Registro de Población, la cual consiste en una secuencia alfanumérica de 18 caracteres, y que se asigna de forma individual a las y los mexicanos y a las y los extranjeros que se encuentren con una condición de estancia regular en el país.
<b>Derechohabencia</b>		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.
<b>Deshidratación</b>		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.
<b>Embarazo</b>		Es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.
<b>Enfermedades Diarreicas Agudas</b>	<b>EDA's</b>	Enfermedades diarreicas en general, pero de menos de dos semanas de duración, de diversos orígenes. En los niños la diarrea puede causar deshidratación, en cuestión de horas que puede comprometer la vida, mayormente si también tienen desnutrición. Es importante que en plan de tratamiento de las diarreas se prescriba un esquema de rehidratación.
<b>Indígena</b>		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.
Médicos tratantes (Interconsultas)		Además del médico responsable, son los médicos que atendieron o valoraron al paciente, incluyendo a otros médicos de urgencias o interconsultantes pero solo durante la atención de urgencias.
Motivo de la atención (Accidente, envenenamiento y violencia)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de un accidente, envenenamiento y violencia
Motivo de la atención (gineco-obstétrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado del embarazo, parto o puerperio.
Motivo de la atención (médica)		Se refiere a cuando la o las afecciones tratadas fueron resultado de una enfermedad.
Motivo de la atención (pediátrica)		Se refiere cuando la o las afecciones tratadas fueron dirigidas a un paciente pediátrico menor de 19 años.
Número de sobres		Número de sobres de Vida Suero Oral que se otorgaron para la atención del niño con diarrea. Cada sobre contiene ingredientes en polvo para preparar una solución especial llamada Vida Suero Oral, que es el suero oficial de rehidratación vía oral.
Plan		Es el tipo de plan de tratamiento de las diarreas en los niños, cada tipo de plan incluye un esquema definido de rehidratación en los niños y está en función del estado de deshidratación en el que se encuentren. El plan A es para pacientes sin deshidratación y se previene dando 3 sobres. El plan B es cuando tiene datos de deshidratación y se da suero vía oral con horario especial. El plan C es para pacientes con choque (graves) por deshidratación y se administran soluciones intravenosas. Los planes de tratamiento también incluyen recomendaciones importantes para los padres.
Procedimientos médicos		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica





Término	Acrónimo	Definición
		y el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud en el servicio de urgencias.
<b>Pueblos Afromexicanos</b>		<p>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.</p> <p>El término afromexicanos hace referencia al entorno cultural mexicano en el cual han crecido o vive. INPI/PNUD.</p>
<b>Puerperio</b>		<p>Puerperio normal.- Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.</p> <p>Puerperio inmediato.- Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.</p> <p>Puerperio mediato.- Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.</p> <p>Puerperio tardío.- Periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.</p>
<b>Residencia habitual del paciente</b>		Lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.
<b>Sexo</b>		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)
<b>Sintomático (tratamiento sintomático)</b>		Tratamiento del padecimiento que se dirige y limita a mejorar los síntomas, como el dolor o fiebre. Esta opción de tratamiento no usa antibiótico.
<b>Urgencia Calificada</b>		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.
<b>Urgencia No calificada</b>		Problema de salud que se atendió en el área de urgencias que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente.



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

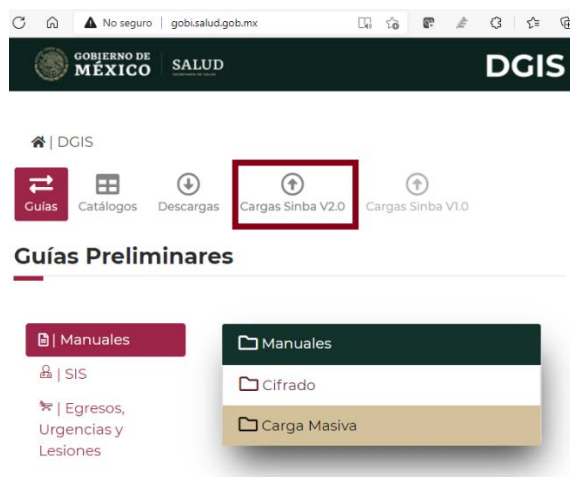
## REFERENCIAS

### Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del Formato de la Hoja Diaria del Servicio de Urgencias versión 2022, 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](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 y en cada una de las guías se pueden encontrar los catálogos específicos correspondientes.


En esta misma liga, en la sección “Cargas SINBA V2.0, se puede acceder al ambiente de pruebas, para realizar cargas de archivos de acuerdo a lo establecido en la presente guía.



Es importante aclarar que se requiere un usuario con privilegios de registro de información, el cual se debe solicitar a los siguientes correos: [dgis@salud.gob.mx](mailto:dgis@salud.gob.mx) o [soporte.sinba@salud.gob.mx](mailto: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, así como la entidad federativa o empresa para la cual se requiere realizar.

En la siguiente liga [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s\\_urgencias.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_urgencias.html) se encuentran publicados los calendarios por año para el proceso de reporte de información mensual al Subsistema de Urgencias Médicas.



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B014-02-03	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.3	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de marzo de 2022

## 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 12/11/2010).
- Instructivo Normativo para la asignación de la Clave Única de Registro de Población (DOF 18/06/2018).
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS.
- 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-2201.txt	Ejemplo de archivo de intercambio.	Texto Plano

## 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, **a partir del día 01 de junio de 2022 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 del SIREs.

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
REGISTRO						
1	clues	Clave Única de Establecimientos en Salud	Texto (11)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica donde se otorgó la atención de acuerdo al catálogo <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>.</p> <p>Con base en el catálogo <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>, se debe validar lo siguiente para la CLUES registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO sea igual a "2 – HOSPITALIZACIÓN" o "1 – CONSULTA EXTERNA".</li> <li>Si el campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO es "1 – CONSULTA EXTERNA", se debe validar que el campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a "CAP", "CE", "CES", "UNE", "UM", "UMFH", "A", de la "D" a la "L", de la "P" a la "V" o "Z".</li> </ul>
2	folio	Clave asignada por la Unidad Médica, para dar seguimiento al registro	Texto (8)	Sí	Sí	<p>El folio no debe repetirse para una misma CLUES en la misma fecha de alta.</p> <p>Longitud mínima de 1 máxima de 8 caracteres numéricos.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9.</p>
DATOS DEL PACIENTE						





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
3	curpPaciente	Clave Única de Registro de Población del paciente	Texto (18)	Sí	Sí	<p>Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable, con una longitud de 18 dígitos.</p> <p>Debe ir en mayúsculas.</p> <p>Validada por RENAPO.</p> <p>De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población.</p> <p>Se debe validar que el valor de la variable cumpla con la estructura "AAAA999999AAAAAX9", donde el dígito 17 puede ser un valor de 0 – 9 si nació antes del año 2000 y de la A – J si el año de nacimiento es del 2000 en adelante.</p> <p>Deben tener coincidencia con las variables:</p> <p><b>"nombre", "primerApellido", "segundoApellido", "fechaNacimiento", "entidadNacimiento" y "sexo".</b></p> <p>La CURP del profesional de salud responsable de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente a excepción del valor genérico.</p> <p><b>Por excepción</b>, si no se cuenta con la información de la CURP se debe registrar el valor genérico "XXXX999999XXXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables <b>"nombre", "primerApellido", "segundoApellido", "fechaNacimiento", "entidadNacimiento" y "sexo".</b></p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Esta excepción aplicará hasta para un máximo del 40% de registros que se realicen en cada carga.</p>
4	nombre	Nombre(s) del Paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "-", ",", o "." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable <b>"curpPaciente"</b>.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
5	primerApellido	Primer apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso “-”, “.” o “.” y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “<b>curpPaciente</b>”. En caso de no contar con el primer apellido, se debe registrar el valor “XX”.</p>
6	segundoApellido	Segundo apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso “-”, “.” o “.” y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “<b>curpPaciente</b>”. En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor “XX”.</p>
7	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del paciente.	Texto (10)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales “/”. La fecha de nacimiento del paciente no puede ser mayor a la fecha de alta. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “<b>curpPaciente</b>”. <b>La edad del paciente no debe ser mayor a 100 años y considerar que se calculará a partir de la fecha de nacimiento con respecto a la fecha de alta.</b> Si se desconoce la fecha, se debe registrar el valor “09/09/9999”.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
8	paisOrigen	Identifica el país de nacimiento del paciente.	Texto (3)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de nacimiento de acuerdo con el catálogo <b>PAIS</b> . 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 de la variable " <b>paisOrigen</b> " es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de nacimiento de acuerdo al catálogo <b>ENTIDAD FEDERATIVA</b> . En caso contrario, se debe registrar el valor "88 – NO APLICA". 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". Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable " <b>curpPaciente</b> ".
10	sexo	Registre el sexo del paciente	Númérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al sexo del paciente de acuerdo al catálogo <b>SEXO</b> . Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable " <b>curpPaciente</b> ". Cuando se tenga una CURP válida ( <i>no genérica</i> ) solo se podrán registrar los valores "1 – HOMBRE" o "2 – MUJER". En caso de que se tenga una CURP Genérica, se podrá registrar cualquiera de las opciones del catálogo, ya que en este caso no se realizará la validación con la CURP. <ul style="list-style-type: none"><li>En los Sistemas de Registro Electrónico para la Salud, si el valor es "3 – INTERSEXUAL" se debe pedir confirmación del dato. Si la respuesta es afirmativa se debe permitir continuar con el registro, en caso contrario se debe elegir una opción válida.</li></ul> <b>Esta confirmación no aplica para las cargas masivas de información.</b>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
11	derechohabiencia	Institución del SNS en la cual se encuentran afiliados los usuarios de los servicios de salud	Numérico	Sí	No	Con base en el catálogo <b>AFILIACION</b> , 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 10 – IMSS BIENESTAR 11 – ISSFAM 13 – INSABI 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”.
12	gratuidad	Programa de Salud de la Ciudad de México	Numérico	Sí	No	Si de acuerdo al valor registrado en la variable “ <b>clues</b> ” el campo CLAVE DE LA ENTIDAD del catálogo <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b> tiene el valor “09 – CIUDAD DE MÉXICO” y el valor de la variable “ <b>derechohabiencia</b> ” 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”.
13	seConsideraIndigena	¿Se considera Indígena?	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO  Para los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, se debe registrar el valor “1 – SI”.
14	seConsideraAfromexicano	¿Se considera Afromexicano?	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO  Para los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma como afromexicana, se debe registrar el valor “1 – SI”.
DOMICILIO DEL PACIENTE						







ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
15	paisResidencia	Identifica el país de residencia del paciente.	Texto (3)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de residencia de acuerdo con el catálogo <b>PAIS</b> .
16	entidadResidencia	Entidad de residencia del paciente.	Texto (2)	Sí	Sí	Si el valor de la variable " <b>paisResidencia</b> " es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de residencia de acuerdo con el catálogo <b>ENTIDAD FEDERATIVA</b> . En caso contrario, se debe registrar el valor "88 – NO APLICA". Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA". Si no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "00 – NO ESPECIFICADO".
17	municipioResidencia	Municipio o delegación de residencia del paciente.	Texto (3)	Sí	Sí	Si el valor de la variable " <b>paisResidencia</b> " es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al municipio de residencia de acuerdo con el catálogo <b>MUNICIPIO</b> . En caso contrario o si el valor de la variable " <b>entidadResidencia</b> " es "88 – NO APLICA", se debe registrar el valor "997 – NO APLICA". Los municipios deben estar relacionados de acuerdo al valor registrado en el campo " <b>entidadResidencia</b> ", esta relación se obtiene con el campo EFE_KEY del catálogo <b>MUNICIPIO</b> . Si el valor de la variable " <b>entidadResidencia</b> " es "99 – SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "998 – SE IGNORA". Si el valor de la variable " <b>entidadResidencia</b> " es "00 – NO ESPECIFICADO" o no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "999 – NO ESPECIFICADO".
18	localidadResidencia	Localidad de residencia del paciente.	Texto (4)	Sí	Sí	Si el valor de la variable " <b>paisResidencia</b> " es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la localidad de residencia de acuerdo con el catálogo <b>LOCALIDAD</b> .





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>En caso contrario o si el valor de la variable <b>"municipioResidencia"</b> es "997 – NO APLICA", se debe registrar el valor "9997 – NO APLICA".</p> <p>Las localidades deben estar relacionadas con los valores registrados en los campos <b>"entidadResidencia"</b> y <b>"municipioResidencia"</b>, esta relación se obtiene con los campos EFE_KEY y MUN_KEY del catálogo <b>LOCALIDAD</b>.</p> <p>Si el valor de la variable <b>"municipioResidencia"</b> es "998 – SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "9998 – SE IGNORA".</p> <p>Si el valor de la variable <b>"municipioResidencia"</b> es "999 – NO ESPECIFICADO" o no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "9999 – NO ESPECIFICADO".</p>
19	otraLocalidad	Especificación del nombre de la localidad	Texto (50)	No *	No	<p>* Si el valor registrado en la variable <b>"localidadOcurrencia"</b> es "9999 – NO ESPECIFICADO", se debe registrar el nombre de la localidad.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>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.</p>
20	codigoPostal	Código Postal del lugar de residencia del paciente	Texto (5)	Sí	No	<p>Si el valor de la variable <b>"paisResidencia"</b> es "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo D_CODIGO que corresponda al código postal de residencia de acuerdo con el catálogo <b>CODIGO_POSTAL</b>.</p> <p>En caso contrario o si no está descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor "00000 – NO ESPECIFICADO".</p> <p>Los códigos postales deben estar ligados de los valores registrados en las variables <b>"entidadResidencia"</b> y <b>"municipioResidencia"</b>, esta relación se obtiene con los campos C_ESTADO y C_MNPIO del catálogo <b>CODIGO_POSTAL</b>.</p> <p>Si se desconoce el código postal de residencia, se debe registrar el valor "99999 – SE IGNORA".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
ESTANCIA						
21	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
22	tiempoTraslado	Tiempo transcurrido desde la atención prehospitalaria y el arribo a la unidad médica	Texto (5)	No *	No	* Si el valor de la variable “ <b>atencionPreHospitalaria</b> ” 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”.
23	fechaIngreso	Fecha de ingreso correspondiente	Texto (10)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales “/”. La fecha de ingreso no debe ser anterior a cuarenta días con respecto al valor de la variable “ <b>fechaAlta</b> ”. La fecha de ingreso no debe ser menor a la fecha de nacimiento. La fecha de ingreso no debe ser mayor al valor de la variable “ <b>fechaAlta</b> ”.
24	horaIngreso	Hora en que ingreso el paciente.	Texto (5)	Sí	No	El registro de la hora de ingreso debe ser en horas y minutos en el siguiente formato de 24 horas: HH:MM. Si no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar el valor “99:99”.
25	tipoUrgencia	Tipo de urgencia	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – URGENCIA CALIFICADA 2 – URGENCIA NO CALIFICADA
26	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





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						9 – NO ESPECIFICADO
27	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
28	trasladoTransitorio	Traslado transitorio a otro hospital	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
29	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 <b>"trasladoTransitorio"</b> es "1 – SI", se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de traslado de acuerdo al catálogo <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b> . En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES de traslado registrada sea igual a "En Operación" o en su caso "Fuera de Operación" y el número de días entre el valor del campo FECHA EFECTIVA DE BAJA y el valor de la variable <b>"fechaAlta"</b> sea menor a 90 días. El valor de la CLUES de traslado no debe ser igual al valor registrado en la variable <b>"clues"</b> .
30	fechaAlta	Fecha de alta del paciente	Texto (10)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa. La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales "/". La fecha de alta debe estar dentro del calendario estadístico reportado. Se debe validar que la fecha de alta no sea menor a la fecha de ingreso, ni mayor a la fecha actual.
31	horaAlta	Hora del alta del paciente	Texto (5)	Sí	No	El registro de la hora de alta debe ser en horas y minutos en el siguiente formato de 24 horas: HH:MM. Si el valor de la variable <b>"fechaIngreso"</b> es igual al valor de la variable <b>"fechaAlta"</b> , la hora de alta debe ser mayor a la hora del ingreso.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si no se encuentra descrito en la Hoja de Urgencias, se debe registrar "99:99".
32	altaPor	Motivo de alta del servicio de urgencias.	Númérico	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
33	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 de 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 <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b> . 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", o en su caso, "FUERA DE OPERACIÓN" y el número de días entre el valor del campo FECHA EFECTIVA DE BAJA y el valor de la variable "fechaAlta" sea menor a 90 días. El valor de la CLUES de referencia no debe ser igual al valor registrado en la variable "clues".
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN						
34	ministerioPublico	Envío al Ministerio Público el Certificado de Defunción	Númérico	Sí	No	Si el valor de la variable "altaPor" es "5 – DEFUNCIÓN", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI (si el fallecido(a) se envió a MP por lo cual no se tiene el folio del certificado de defunción). 2 – NO (si el certificado de defunción se expidió en la unidad médica). En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
35	folioCertificadoDefuncion	Folio del certificado de defunción	Númérico	No *	Sí	* Si el valor de la variable "altaPor" es "5 – DEFUNCIÓN" y el valor de la variable "ministerioPublico" es "2 – NO", se debe registrar el folio correspondiente. En caso contrario, se debe dejar vacío.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Los primeros dos números del folio corresponden a los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer dígito debe ser "0", excepto para los formatos impresos en 2021 y 2022.</p> <p>La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 – 9.</p> <p><b>NOTA:</b> Solo se aceptarán folios de hasta 4 años anteriores y uno posterior a partir de la fecha de alta y de acuerdo con el modelo vigente del Certificado de Defunción para esos años.</p>
36	mujerFertil	Identificar si la mujer se encuentra o estuvo embarazada recientemente	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "<b>sexo</b>" 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:</p> <p>1 – EMBARAZO 2 – PUERPERIO (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) 3 – NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p>
37	edadGestacional	Semanas de gestación	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "<b>mujerFertil</b>" es "1 – EMBARAZO", se debe registrar el número de semanas de gestación.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de "1" a "45" semanas.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99".</p>
38	descripcionAfeccionPrincipal	Descripción de la afección principal de la atención.	T Texto(250)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres.</p> <p>El registro debe iniciar con un caracter alfabético.</p> <p>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.</p> <p>Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
39	codigoCIEAfeccionPrincipal	Código CIE que corresponde a la Afección principal	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo <b>DIAGNOSTICO</b>.</p> <p>El código CIE de la afección principal debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.</li><li>Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo <b>DIAGNOSTICO</b> sean diferentes de "B".</li><li>No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.</li><li>Solo se deben registrar los códigos que en la columna AF_PRIN del catálogo <b>DIAGNOSTICO</b> sean igual a "SI".</li><li>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 <b>DIAGNOSTICO</b> (en especial con las pacientes obstétricas).</li></ul> <p>Los diagnósticos registrados en afección principal y todas las afecciones registradas deben cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O00 – O08 referentes a aborto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O80 – O84 referentes a parto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en la variable "<b>codigoCieComorbilidad</b>" ni en la variable "<b>afecciónPrincipalReseleccionada</b>" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.</li><li>Si se ingresa un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable "<b>altaPor</b>" debe ser "5 – DEFUNCIÓN".</li></ul>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"><li>Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.</li></ul>
<b>COMORBILIDADES</b> <i>Para las variables sombreadas se deben registrar como mínimo 1 y como máximo 6 afecciones de comorbilidad <b>en caso de que apliquen</b>, y estarán compuestas por – Número, Descripción y Código CIE – separando cada uno de estos datos con el carácter “#”, y cada comorbilidad en general separado con el carácter “&amp;”. Si sólo se tiene una comorbilidad, no es necesario escribir el carácter “&amp;”.</i> <i>En caso de que no apliquen comorbilidades, el campo debe quedar vacío, 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>						
40	numeroComorbilidad	Número consecutivo de la afección de comorbilidad tratada	Numérico	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud máxima de 1 dígito.</p> <p>Se debe registrar un número único e incremental que va de “1” a “6”.</p> <p>Los valores registrados deben ser consecutivos.</p>
41	descripcionComorbilidad	Descripción de la afección de comorbilidad tratada	Texto(250)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres.</p> <p>El registro debe iniciar con un caracter alfabético.</p> <p>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.</p> <p>Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.</p>
42	codigoCieComorbilidad	Código CIE y descripción de la afección de comorbilidad	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo <b>DIAGNOSTICO</b>.</p> <p>La afección de comorbilidad debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.</li><li>Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo <b>DIAGNOSTICO</b> sea diferentes de “B”.</li><li>No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.</li></ul>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"><li>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 <b>DIAGNOSTICO</b>.</li></ul> <p>Validar que los diagnósticos registrados en comorbilidad cumplan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O00 – O08 referentes a aborto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O80 – O84 referentes a parto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en la variable <b>"codigoCIEAfeccionPrincipal"</b> ni en la variable <b>"afeccionPrincipalReseleccionada"</b> una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.</li><li>Si se registra un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable <b>"altaPor"</b> debe ser "5 – DEFUNCIÓN".</li><li>Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.</li><li>Se debe validar que las claves de comorbilidades no se repitan entre sí.</li></ul>
43	afeccionPrincipalReseleccionada	Código CIE de la afección principal reseleccionada.	Texto(4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo <b>DIAGNOSTICO</b>.</p> <p>La afección principal reseleccionada debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.</li><li>Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo <b>DIAGNOSTICO</b> sea diferentes de "B".</li><li>No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden a las claves de la V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.</li></ul>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none"><li>Solo se deben registrar los códigos que en la columna AF_PRIN del catálogo <b>DIAGNOSTICO</b> sean igual a "SI".</li><li>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 <b>DIAGNOSTICO</b> (en especial con las pacientes obstétricas).</li></ul> <p>Validar que los diagnósticos registrados en afección principal reseleccionada cumpla lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O00 – O08 referentes a aborto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>No se pueden registrar dos códigos de la CIE que correspondan al rango O80 – O84 referentes a parto, incluyendo comorbilidades y la afección principal.</li><li>Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en el campo "codigoCieComorbilidad" ni en el campo "codigoCIEAfeccionPrincipal" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.</li><li>Si se registra un diagnóstico de los grupos de la O95, O96 u O97, el valor de la variable "altaPor" debe ser "5 – DEFUNCIÓN".</li><li>Los códigos del grupo de la P95, no pueden ser registrados como última afección de comorbilidad.</li><li>Si no existe una reselección de la afección principal, se debe registrar el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal".</li></ul>
<b>INTERCONSULTAS</b> <p>Para las variables sombreadas se deben ingresar como máximo 3 médicos interconsultantes <b>en caso de que apliquen</b>, y estarán compuestos por – Especialidad, Otra Especialidad, País de Nacimiento, CURP, Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido y Cedula – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada médico interconsultante separado con el carácter "&amp;".</p> <p>En caso de que no apliquen interconsultas, el campo debe quedar vacío, quedando en el archivo de intercambio como "  " para esta sección.</p> <p>Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la "Conformación del Documento Electrónico".</p>						
44	tipoEspecialidad	Tipo de especialidad del médico interconsultante	Numérico	No	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						de la especialidad de acuerdo al catálogo <b>SERVICIOS_ESPECIALIDADES</b> . Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "PEDIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años". Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "GINECOOBSTETRICIA", se debe validar que el valor de la variable " <b>sexo</b> " sea "2 – MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para la especialidad de "GINECOLOGIA" que no tiene restricción de edad.
45	especifiqueEspecialidad	Especifique otra especialidad del médico interconsultante	Texto (50)	No *	No	* Si el valor de la variable " <b>tipoEspecialidad</b> " 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 de la variable. 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 <b>SERVICIOS_ESPECIALIDADES</b> .
46	paisNacimientoEspecialista	País de nacimiento del prestador de servicio de salud interconsultado	Númérico	No *	No	* Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al País de Nacimiento del especialista de acuerdo al catálogo <b>PAIS</b> .
47	curpEspecialista	CURP del médico especialista	Texto (18)	No *	Sí	* Se debe registrar la CURP del especialista. Debe ir en mayúsculas y debe estar validada por RENAPO. De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población. Se debe validar que el valor de la variable cumpla con la estructura "AAAA999999AAAAAX9", donde el dígito 17 puede ser un valor de 0 – 9 si nació antes del año 2000 y de la A – J si el año de nacimiento es del 2000 en adelante. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Deben tener coincidencia con las variables: "nombreMedico", "primerApellidoMedico" y "segundoApellidoMedico". La CURP del especialista de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente a excepción del valor genérico. Si el valor de la variable "paisNacimientoEspecialista" es diferente de "142 - MÉXICO", se podrá asignar a 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".
48	nombreMedico	Nombre del Médico Especialista	Texto (50)	No *	Sí	* Se debe registrar el nombre del especialista. La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "-", ",", o "." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpEspecialista".
49	primerApellidoMedico	Primer Apellido del Especialista	Texto (50)	No *	Sí	* Se debe registrar el primer apellido del especialista. La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "-", ",", o "." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpEspecialista".





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
50	segundoApellidoMedico	Segundo Apellido del Especialista	Texto (50)	No *	Sí	<p>* Se debe registrar el segundo apellido del especialista.</p> <p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso “-”, “.” o “.” y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “<b>curpEspecialista</b>”.</p> <p>En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor “XX”.</p>
51	cedulaEsp	Cédula Profesional del Médico Especialista	Texto (14)	No *	Sí	<p>* Se debe registrar la cédula profesional del médico especialista.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales.</p> <p>Si la cédula tiene una longitud menor a “6” caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda.</p> <p>En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.</p> <p><b>NOTA:</b> A partir de la próxima actualización de esta guía se requerirá que la cédula profesional del médico se encuentre registrada en el padrón de profesionales de la salud, por lo que se deberá revisar que el profesional y su cédula se encuentren registrados en dicho padrón.</p>

#### PROCEDIMIENTOS

Para las variables sombreadas se deben ingresar como mínimo 1 y como máximo 6 procedimientos **en caso de que apliquen**, y estarán compuestos por – Numero y Código CIE-9MC – separando cada uno de éstos datos con el carácter “#”, y cada procedimiento en general separado con el carácter “&”. Si sólo se tiene un procedimiento, no es necesario escribir el “&”.

En caso de que no apliquen procedimientos, se debe dejar el valor de la variable vacío, quedando en el archivo de intercambio como “|” para esta sección.

Para mayor detalle, consultar el apartado “Conformación del Documento Electrónico”.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
52	numeroProcedimiento	Número de procedimiento utilizado	Numérico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. 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.
53	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 <b>PROCEDIMIENTO</b> , siempre y cuando se registre por lo menos un procedimiento. <ul style="list-style-type: none"><li>Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.</li><li>Validar que se cumplan las restricciones por 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 <b>PROCEDIMIENTO</b>.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>MEDICAMENTOS</b></p> <p><i>Para las variables sombreadas se deben ingresar como mínimo 1 y como máximo 6 medicamentos <b>en caso de que apliquen</b>, y estarán compuestos por – Numero y Código del Medicamento – separando cada uno de éstos datos con el carácter "#", y cada medicamento en general separado con el carácter "&amp;". Si sólo se tiene un medicamento, no es necesario escribir el "&amp;".</i></p> <p><i>En caso de que no apliquen medicamentos, se debe dejar el valor de la variable vacío, quedando en el archivo de intercambio como "I" para esta sección.</i></p> <p><i>Para mayor detalle, consultar el apartado "Conformación del Documento Electrónico".</i></p>						
54	numeroMedicamento	Número consecutivo de los medicamentos suministrados al paciente.	Numérico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. 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.
55	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 <b>MEDICAMENTO</b> .
<b>URGENCIAS POR IRAS Y/O EDAS</b>						



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
56	planInras	Infecciones respiratorias agudas	N Numérico	Sí	No	Si la edad del paciente es menor a “5 años” y el valor de la variable <b>“afeccionPrincipalReseleccionada”</b> 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”.
57	planEdas	Registrar plan de hidratación de las enfermedades diarreicas agudas	N Numérico	Sí	No	Si la edad del paciente es menor a “5 años” y el valor de la variable <b>“afeccionPrincipalReseleccionada”</b> 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”.
58	numeroSobres	Número de sobres de vida suero oral proporcionados	N Numérico	Sí	No	Si el valor registrado en la variable <b>“planEdas”</b> 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						
59	paisNacimiento	País de nacimiento del prestador de servicio de salud	N 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 <b>PAIS</b> .
60	curpResponsable	Clave Única de Registro del profesional de salud responsable de la atención	T Texto (18)	Sí	Sí	Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable. Debe ir en mayúsculas y debe estar validada por RENAPO. De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población. Se debe validar que el valor de la variable cumpla con la estructura “AAAA999999AAAAAX9”, donde el dígito 17 puede ser un valor de 0 – 9 si nació antes del año 2000 y de la A – J si el año de nacimiento es del 2000 en adelante.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Deben tener coincidencia con las variables:</p> <p><b>"nombreResponsable",</b> <b>"primerApellidoResponsable"</b> y <b>"segundoApellidoResponsable"</b> descritas en esta sección.</p> <p>La CURP del profesional de salud responsable de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente a excepción de la genérica.</p> <p>Si el valor de la variable <b>"paisNacimiento"</b> es diferente de "142 – MÉXICO", se podrá asignar a la variable el valor genérico "XXX999999XXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables <b>"nombreResponsable",</b> <b>"primerApellidoResponsable"</b> y <b>"segundoApellidoResponsable"</b>.</p>
61	nombreResponsable	Nombre del profesional de salud responsable de la atención	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "-", ",", o "." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable <b>"curpResponsable"</b>.</p>
62	primerApellidoResponsable	Registre el primer apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "-", ",", o "." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable <b>"curpResponsable"</b>.</p>







ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
63	segundoApellidoResponsable	Registre el segundo apellido del profesional que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso “-”, “.” o “.” y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “<b>curpResponsable</b>”.</p> <p>En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor “XX”.</p>
64	cedulaResponsable	Cédula profesional del médico responsable que proporcionó la atención	Texto (14)	Sí	Sí	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales.</p> <p>Si la cédula tiene una longitud menor a “6” caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda.</p> <p>En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.</p> <p>En caso de no contar con el dato, se debe registrar el valor “0”.</p> <p><b>NOTA:</b> A partir de la próxima actualización de esta guía se requerirá que la cédula profesional del médico se encuentre registrada en el padrón de profesionales de la salud, por lo que se deberá revisar que el profesional y su cédula se encuentren registrados en dicho padrón.</p>





## 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
SEXO	Sexo	DGIS





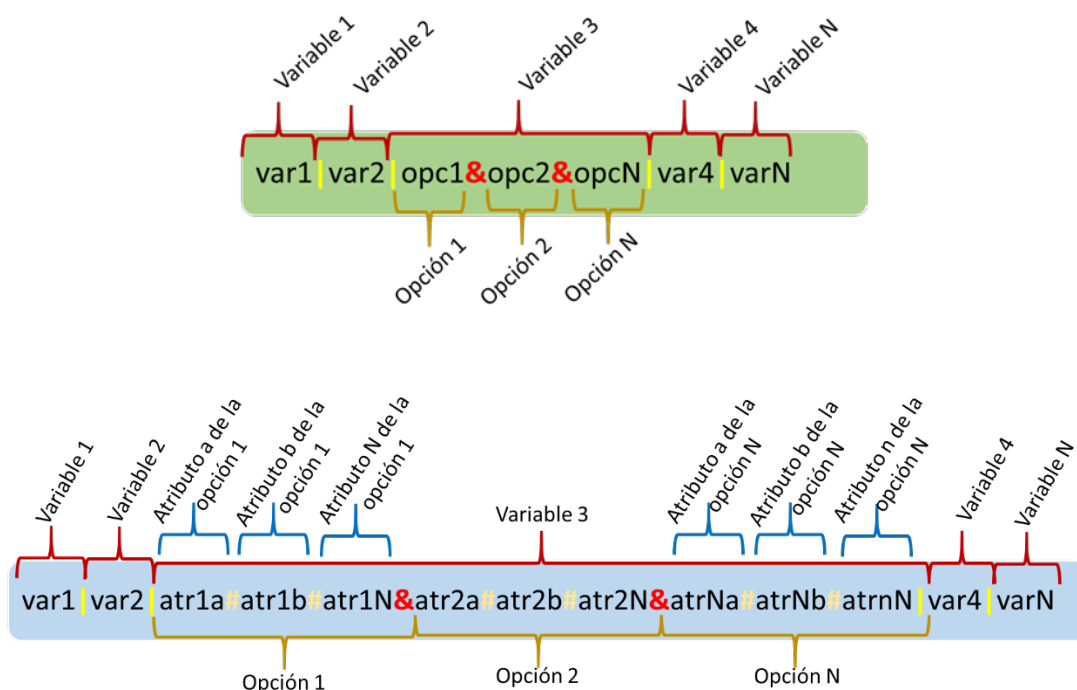
## CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

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

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

1. Cada variable debe separarse por el caracter "|" en el mismo orden establecido en el diccionario de datos.
2. Se debe incluir un solo registro por renglón.
  - a) Si en una sección se encuentra una variable marcada que puede repetirse, se debe separar por el caracter "&" entre cada repetición.
  - b) Del punto anterior, si las variables marcadas son más de una, los valores se separarán por el caracter "#", y entre cada repetición por el caracter "&".
  - 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-2201.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 cargas 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 urgencias médicas, se debe generar el archivo y se sugiere nombrarlo con la siguiente nomenclatura:

U	R	G	-	D	F	S	S	A	-	2	2	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	2	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	2	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/>

## VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA

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

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

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

La verificación de los archivos creados por un SIREs, deben ser validados siguiendo el manual de carga de archivos en ambiente de pruebas publicado en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Guías” y utilizando el validador que se encuentra en la misma página en la sección “Cargas SINBA v2.0”.

