


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

GIIS-A001-05

**GUÍAS Y FORMATOS PARA EL
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL
INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS**

Versión 01

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014

PREFACIO

Información de contacto


Para mayor información sobre esta documento, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 450 - 11 Col. Juárez Delegación Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto "GUÍAS Y FORMATOS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN".

Historial de revisiones



Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
24/Sep/2012	00.01	Borrador Interno	Creación del Documento	ECJ
04/Oct/2012	00.02	Borrador para revisión	Modificación del documento	ECJ
13/Dic/2012	00.03	Borrador Interno	Modificación de la especificación de información clínica a intercambiar	ECJ
13/Sep/2014	00.04	Borrador Interno	Modificación al diccionario de datos y estructura XML	ECJ, AGS
15/Sep/2014	00.05	Versión para publicación	Mejora en redacción, actualización de diccionario de datos e inclusión de anexos	ECJ

Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.	Ing. Efraín Cruz Jiménez, Director de Proyectos y <i>Certified HL7 CDA Specialists</i>	ECJ
	Lic. Angel González Serrano, Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios	AGS
	Mtra. Luz María Araceli Jiménez Pérez, Jefa de Enfermeras	AJP
	Dra. María del Rocío Uriostegui Arcos, Soporte del Área Médica	RUA
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Lic. Vanessa Estrada Manrique, Subjefe de Administración de Sistemas	VEM
	Dr. Jorge Antonio Vázquez Castillo, Jefe de Servicios de Evaluación y Desempeño Médico	JVC
	Dra. Mónica Becerra Quiroz, Asesora de Dirección Médica	MBQ
Instituto Mexicano del Seguro Social	Lic. José Francisco Valdez Montiel, Titular de la División de Sistemas de Soporte a Decisiones	JFVM
Instituto Nacional de Rehabilitación	Dr. Mario Sabas Hernández Palestina, Subdirección de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Rehabilitación	MHP
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	Dr. Sergio Ponce de León Rosales, Subdirección de servicios paramédicos	SPR
Centro Médico Dalinde	Dra. Elda Esmirna León Gutiérrez	ELG



	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Grupo Ángeles	Abel Corzo López	ACL
Petróleos Mexicanos	Sergio Javier Madrigal Arana	SMA
Zicral / Certified HL7 CDA Specialists	Ing. José Manuel Castañeda Casas	JMCC
Zicral / Certified HL7 V3 RIM Specialists	Ing. Miguel Ruiz Velasco	MRV

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

Contenido

Prefacio	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Participantes	2
Contenido	4
Presentación de la guía	5
Introducción	5
Audiencia	5
Alcance	5
Justificación	5
Términos y Definiciones	6
Referencias	7
Ligas Web	7
Bibliografía	7
Archivos anexos	7
Modelo de Información	8
Diagrama	8
Diccionario de Datos	9
Catálogos	35
Reglas de validación adicionales	36
Conformación del Documento Electrónico	36
Definición de la estructura	36
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión basada en Estándares)	61
Verificación de apego a esta Guía y Formatos	61

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

Introducción

La presente Guía de Intercambio de Información está encaminada al intercambio de resúmenes clínicos entre prestadores de servicios de salud, utilizando estándares para la creación de documentos clínicos y definiendo variables mínimas para brindar servicios de atención como referencia y contra referencia.

Esta Guía de Intercambio de Información en Salud es de utilidad para todos aquellos prestadores de servicios de salud que intercambien servicios de atención con terceros. Este resumen clínico pretende favorecer la portabilidad de servicios entre los diferentes prestadores de servicios del sector salud en México.

Audiencia

Este documento está dirigido al personal técnico que se encarga al interior de su organización de la implementación, mantenimiento y/o desarrollo de los diferentes Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud y sus correspondientes interfaces de intercambio de información, así como, a 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.


Alcance

La presente Guía de Intercambio de Información aplica a todos los prestadores de servicios de salud del Sector Salud en México, tanto públicos, privados y sociales, en todos sus niveles.

Justificación

La presente Guía de Intercambio de Información obedece a la necesidad de establecer los datos mínimos que debe contener un resumen clínico y la especificación técnica mediante la cual debe ser implementado, lo anterior para generar las condiciones que permitan que esta información pueda ser intercambiada entre prestadores de servicios de salud, en beneficio de sus pacientes con antecedentes o historial médico registrado en el sistema de información de registro electrónico para la salud de otro prestador de servicios de salud.

- La NOM-024-SSA3-2012 en su Numeral 6.1 establece las especificaciones bajo las cuales deben elaborarse las Guías y Formatos para el intercambio de información en salud.

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

- La NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico establece lo siguiente:

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas

6.1 Historia Clínica.

6.4 Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:

6.4.1 Establecimiento que envía;

6.4.2 Establecimiento receptor;

6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

6.4.3.1 Motivo de envío;

6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);


6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

De acuerdo con el numeral 10.2.3.4 de la NOM-004-SSA3-2012 *la Hoja de Egreso Voluntario debe contener un resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esa misma Norma;*

- Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, publicado el 5 de Septiembre d 2012 en el Diario Oficial de la Federación.
- GIIS-A003-01-04 Guías y Formatos para el Intercambio de Información en Salud Referente a la Solicitud, Registro y Manejo de OID.

Términos y Definiciones

Término	Definición
CDA	Clinical Document Architecture
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
ECE	Expediente Clínico Electrónico
GIIS	Guía de Intercambio de Información en Salud

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014

Término	Definición
HL7	Health Level Seven.
NOM	Norma Oficial Mexicana
RENAPO	Registro Nacional de Población e Identificación de Personal
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
XML	eXtensible Markup Language
XSD	XML Schema
XSL	XML Style Sheet

REFERENCIAS

Ligas Web


Portal de conocimiento de IHE: <http://wiki.ihe.net/index.php>
 Portal de conocimiento de HL7: <http://wiki.hl7.org>
 Portal de Herramientas CDA: <http://cdatools.org/infocenter/index.jsp>
 Página oficial de HL7 Internacional: <http://www.hl7.org>
 Página oficial de IHE: <http://www.ihe.net/>

Bibliografía

- Keith W. Boone (2011). The CDA™ Book. Editorial Springer, Estados Unidos de Norteamérica.
- HL7 Implementation Guide for CDA® Release 2: IHE Health Story Consolidation, DSTU Release 1.1 (US Realm).

Archivos anexos

ID	Nombre del archivo	Descripción	Formato / Aplicación para su visualización
01	resumen_clinico_mx.xml	Archivo que contiene el resumen clínico bajo la estructura estándar.	Los archivos con extensión XML, XSD y XSL se pueden visualizar con cualquier editor de texto y software especializado en la edición de archivos XML.
02	cda/CDA.xsd	Esquema XML para la validación del documento electrónico contra el Estándar HL7 CDA R2.	
03	cda/POCD_MT000040.xsd	Esquema XML complementario para la validación del documento electrónico contra el Estándar HL7 CDA R2.	
04	cda/procesable/coreschemas/datatypes.xsd	Esquema XML que valida el uso exclusivo de los tipos de datos permitidos por el estándar.	
05	cda/procesable/coreschemas/datatypes-base.xsd	Esquema XML que valida el uso exclusivo de los tipos de datos permitidos por el estándar.	

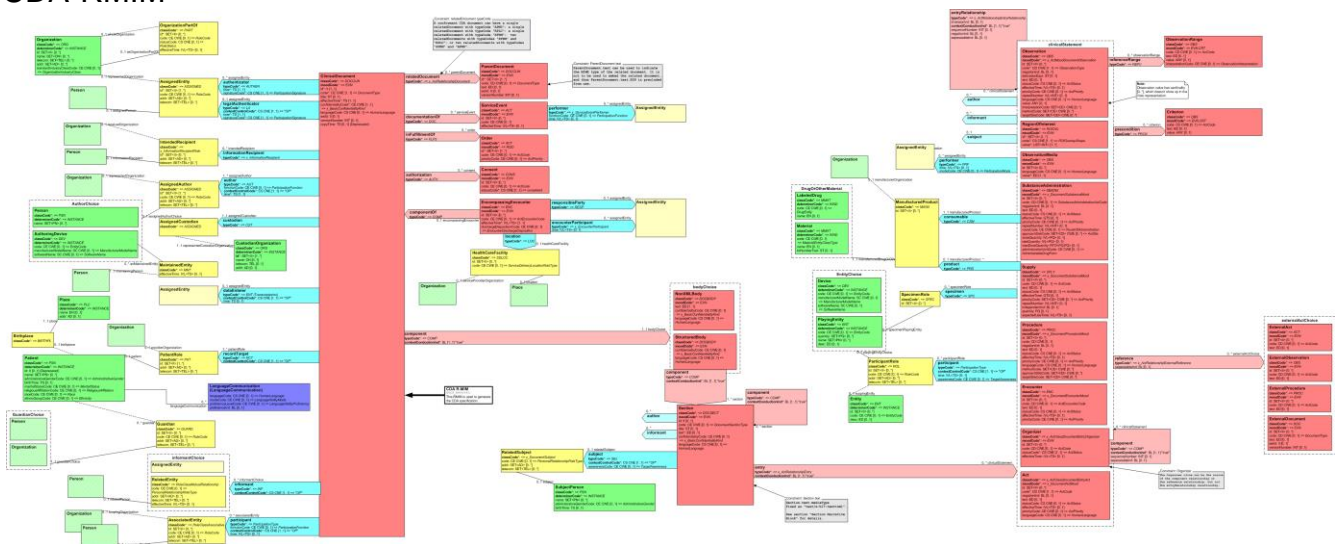
	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014


ID	Nombre del archivo	Descripción	Formato / Aplicación para su visualización
06	cda/procesable/coreschemas/NarrativeBlock.xsd	Esquema XML que valida la estructura del texto incluido en los bloques narrativos contra lo permitido por el estándar.	
07	cda/procesable/coreschemas/voc.xsd	Esquema XML utilizado para validar el correcto uso de los vocabularios permitidos por el estándar.	
08	cda/CDA.xsl	Hoja de Estilo de XML basada en la especificación publicada por el estándar para la visualización de documentos electrónicos basados en CDA.	
09	cda/CDAMX.xsl	Hoja de Estilo de XML basada en la especificación publicada por el estándar para la visualización de documentos electrónicos basados en CDA y adecuada para una presentación más personalizada con tablas, imágenes, etc.	
10	cda/L-POCD_RM000040.gif	Diagrama CDA-RMIM	Visualizador estándar de imágenes GIF.

MODELO DE INFORMACIÓN

Diagrama


CDA-RMIM



	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

Diccionario de Datos

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
Encabezado del documento							
1	OID del identificador de documento	Identificador único del documento asignado por la institución que lo elabora	OID	Sí	No	El sistema o mecanismo utilizado para la identificación de documentos al interior de cada instancia del sistema dentro de cada institución debe tener un OID asociado, registrado ante la SS o HL7 Internacional.	/ClinicalDocument/id/@root
2	Identificador del documento	Valor del identificador único del documento asignado por la institución que lo elabora y asociado al OID	ID	Sí	No	Valor del identificador único del documento asociado al OID, generado por el SIREs o el mecanismo utilizado por la institución.	/ClinicalDocument/id/@extension
3	Nombre corto del SIREs generador del documento	Nombre corto del sistema generador del documento	Texto	Sí	No	Debe coincidir con el nombre del SIREs	/ClinicalDocument/id/@assigningAuthorityName
4	Tipo de documento	Clasificación de CDA de acuerdo a estándares internacionales	Catálogo	Sí	No	Deberá cumplir con el siguiente conjunto de posibles códigos y valores: <ul style="list-style-type: none"> 34133-9 Nota resumen de episodio (predefinido). 11488-4 Nota de interconsulta o referencia. 18842-5 Resumen de egreso 	/ClinicalDocument/code/@code
5	Nombre del tipo de documento	Clasificación de CDA de acuerdo a estándares internacionales	Catálogo	No	No	Deberá coincidir con el código correspondiente de la variable "Tipo de Documento" de acuerdo a su catálogo	/ClinicalDocument/code/@displayName
6	Título del documento	Título del documento	Texto	Sí	No	Se recomienda que coincida con el valor de la variable "Nombre del tipo de documento" , o bien "Resumen Clínico" en forma genérica.	/ClinicalDocument/title
7	Creación del documento	Fecha y hora de la creación del documento electrónico	Fecha	Sí	No	Deberá cumplir con la nomenclatura al nivel de segundos.	/ClinicalDocument/effectiveTime/@value
8	Valor del nivel de confidencialidad	Código del nivel de confidencialidad de acuerdo al catálogo de HL7.	Catálogo	Sí	No	Deberá cumplir con el siguiente conjunto de posibles códigos y valores: <ul style="list-style-type: none"> L - Bajo M - Moderado N - Normal R - Restringido U - Irrestringido V - Muy restringido 	/ClinicalDocument/confidentialityCode/@value
9	Nombre del nivel de confidencialidad	Nombre del nivel de confidencialidad de acuerdo al catálogo de HL7	Catálogo	No	No	Deberá coincidir con el código correspondiente de la variable "Valor del nivel de confidencialidad" de acuerdo a su catálogo.	/ClinicalDocument/confidentialityCode/@displayName
10	OID del identificador del documento base	Identificador único del documento base asignado por la institución que lo elabora	OID	Sí	No	Debe ser igual al valor de la variable "OID del identificador de documento" en caso de ser la primera versión del documento, o bien, el OID del documento que sea la primera versión.	/ClinicalDocument/setId/@root
11	Identificador del documento base	Valor del identificador único del documento base	ID	Sí	No	Debe ser igual al valor de la variable "Identificador del documento" en caso de ser la primera versión del documento, o bien, el del documento que sea la primera versión.	/ClinicalDocument/setId/@extension
12	Nombre del sistema generador del documento base	Nombre del sistema generador del documento base utilizado por la institución que lo elabora.	Texto	Sí	No	Debe ser igual al valor de la variable "Nombre corto de SIREs generador del documento" en caso de ser la primera versión del documento, o bien, el del documento que sea la primera versión.	/ClinicalDocument/setId/@assigningAuthorityName
13	Número de versión del documento	Valor que secuencial que identifica las instancias de este documento que se han generado en un momento dado de su revisión o edición.	Numérico	Sí	No	Debe ser "1" salvo que este documento sea una actualización del documento base.	/ClinicalDocument/versionNumber/@value

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
Identificación del paciente							
14	OID del identificador único de paciente	Identificador del mecanismo mediante el cual la institución que genera el documento clínico identifica al paciente al interior.	OID	Sí	Sí	OID registrado ante la Secretaría de Salud o HL7 Internacional para el mecanismo utilizado para identificar pacientes en forma única dentro de cada instancia del sistema al interior de la institución.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[1]/@root
15	Valor del identificador paciente	Valor que identifica de manera única al paciente al interior de la institución que genera el documento clínico	ID	Sí	Sí	De acuerdo a los lineamientos para su generación establecidos por cada organización. Se puede referir al folio, número de expediente, número de seguridad social, etc.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[1]/@extension
16	Nombre del identificador del paciente	Nombre corto del identificador mediante el cual la institución que genera el documento clínico identifica al paciente	Texto	Sí	Sí	Nombre correspondiente al OID (CURP, NSS, RFC, etc.).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[1]/@assigningAuthorityName
17	CURP	Clave única de registro de población del paciente	Texto	Sí	Sí	Deberá ser validada por RENAPO. Debe ser de 18 dígitos.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@root="2.16.840.1.113883.4.629"/@extension
18	OID del Identificador adicional del paciente	Identificador del mecanismo adicional mediante el cual la institución que genera el documento clínico identifica al paciente al interior	OID	No	Sí	Es posible manejar más de un identificador único para cada paciente, cada uno con su respectivo valor (extensión), OID (root) y Nombre (assigningAuthorityName). El primer identificador debe ser el principal dentro del sistema. No debe ser el mismo que el utilizado en la variable "OID del identificador único de paciente"	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[n]/@root (n es el consecutivo de identificador adicional)
19	Identificador adicional del paciente	Valor que identifica de manera única al paciente al interior de la institución que genera el documento clínico	ID	No	Sí	De acuerdo a los lineamientos para su generación establecidos por cada organización. Se puede referir al folio, número de expediente, número de seguridad social, etc.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[1]/@extension (n es el consecutivo de identificador adicional)
20	Nombre del identificador adicional del paciente	Nombre del identificador mediante el cual la institución que genera el documento clínico identifica al paciente	Texto	No	Sí	Nombre correspondiente al OID (CURP, NSS, FOLIO, etc.). No debe ser el mismo que el utilizado previamente en la variable "Nombre del identificador del paciente".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[1]/@assigningAuthorityName (n es el consecutivo de identificador adicional)
21	Nacionalidad del paciente	Valor de la clave que identifica la nacionalidad del paciente.	Catálogo	Sí	No	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@root="2.16.840.1.113883.3.215.1.2.15"/@extension
22	Edad del paciente	Edad en años que tenía el paciente en el momento de la atención médica	N Numérico	Sí	No	Número entero	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@root="2.16.840.1.113883.3.215.1.2.501"/@extension
23	Domicilio de residencia del paciente	Domicilio de residencia proporcionado por el paciente.	Texto	Sí	Sí	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente. Debe corresponder con los elementos estructurados de la dirección que se incluyan a continuación.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/text()[2]
24	Tipo de vialidad de residencia del paciente	Valor de la clave del tipo de vialidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	No	Sí	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/streetNameType
25	Nombre de la vialidad de residencia del paciente	Nombre que identifica la vialidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Texto	No	Sí	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/streetName
26	Número exterior del domicilio de residencia del paciente	Número que identifica el inmueble en una vialidad, correspondiente al domicilio de residencia del paciente.	N Numérico	No	Sí	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/houseNumberNumeric
27	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio de residencia del paciente	Parte alfanumérica que complementa el número exterior del domicilio de residencia del paciente	Texto	No	Sí	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/houseNumber
28	Número interior del domicilio de residencia	Parte numérica que identifica al inmueble o inmuebles	N Numérico	No	Sí	Número interior del domicilio (parte numérica).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/unitID


GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GII-A001-01-05

VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
00.05

FECHA DEL DOCUMENTO:
15 de Septiembre de 2014

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	del paciente	pertenecientes a un número exterior, que corresponde al domicilio de residencia del paciente					
29	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de residencia del paciente	Parte alfanumérica que complementa el número interior del domicilio de residencia del paciente	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/unitType
30	Tipo de asentamiento de residencia del paciente	Clave del tipo de asentamiento en el que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/deliveryInstallationType
31	Asentamiento de residencia del paciente	Nombre del tipo y del asentamiento en el que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/deliveryInstallationArea
32	Localidad de residencia del paciente	Valor de la clave de la localidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/precinct
33	Municipio de residencia del paciente	Valor de la clave del municipio en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/county
34	Entidad de residencia del paciente	Valor de la clave de la entidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/state
35	Código Postal de residencia del paciente	Valor del código postal del domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/postalCode
36	País de residencia del paciente	Valor de la clave del país en la que se encuentra el domicilio de residencia del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr[1]/country
37	Teléfono del paciente	Número de teléfono del paciente, puede ser fijo o móvil.	Teléfono	No	Si	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/telecom[1]/@value
38	Correo electrónico del paciente	Cuenta de correo electrónico del paciente.	E-Mail	No	Si	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: • Usuario • "@" • Dominio	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/telecom[2]/@value
39	Nombre del paciente	Nombre(s) del paciente.	Texto	Si	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/given
40	Primer apellido del paciente	Primer apellido del paciente	Texto	Si	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/family[1]
41	Segundo apellido del paciente	Segundo apellido del paciente	Texto	No	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/family[2]
42	Identificador del sexo del paciente	Valor de la clave del sexo del paciente	Catálogo	Si	No	Debe utilizarse los valores de acuerdo al catálogo de HL7, considerando los siguientes valores: • F – Femenino • M – Masculino • U – Sin diferenciar • UNK – Se ignora	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/administrativeGenderCode/@code
43	Descripción del sexo del paciente	Descripción asociada con la clave del sexo del paciente	Catálogo	No	No	Se deberá utilizar el nombre que corresponda de acuerdo al valor de la variable "Identificador del sexo del paciente", conforme al catálogo referido.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/administrativeGenderCode/@displayName
44	Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento del paciente	Fecha	No	No	Debe registrarse en el siguiente formato: aaaammddhiiss En caso de solo contar con la edad, deberá registrar el año en el siguiente formato: aaaa	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthTime/@value

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
45	Identificador del estado civil del paciente	Valor de la clave del estado civil del paciente	Catálogo	No	No	Debe utilizarse los valores para Estado civil de acuerdo al catálogo de estándar de HL7. • D – Divorciado(a) • M – Casado(a) • S – Soltero(a) • W – Viudo(a) • T – Unión Libre • L – Separado(a) • O – Otro • UNK – Se ignora Debe estar presente si se incluye la "Descripción del estado civil del paciente".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/maritalStatusCode/@code
46	Descripción del estado civil del paciente	Descripción asociada con la clave del estado civil del paciente	Catálogo	No	No	Descripción del estado civil del paciente de acuerdo al valor de la variable "Identificador del estado civil del paciente" y conforme a su catálogo referido.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/maritalStatusCode/@displayName
47	Identificador de la religión del paciente	Valor de la clave de religión del paciente	Catálogo	No	No	Debe proporcionarse el valor del código conforme al catálogo de "Religiones" de INEGI. Debe estar presente si se incluye la "Descripción de la Religión del paciente".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/religiousAffiliationCode/@code
48	Descripción de la religión del paciente	Descripción asociada al código de la religión del paciente	Catálogo	No	No	Debe proporcionarse el nombre de acuerdo al valor de la variable "Identificador de la religión del paciente" conforme al catálogo de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/religiousAffiliationCode/@displayName
49	Identificador de la lengua indígena del paciente	Valor de la clave de lengua indígena / grupo étnico del paciente.	Catálogo	No	No	Debe proporcionar el valor del código de la lengua indígena de acuerdo al catálogo de "Lengua indígena" de INEGI. Debe estar presente si se incluye la "Descripción de la lengua indígena del paciente".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/ethnicGroupCode/@code
50	Descripción de la lengua indígena del paciente	Descripción asociada al código de la lengua indígena / grupo étnico del paciente.	Catálogo	No	No	Debe proporcionarse el nombre de acuerdo al valor de la variable "Identificador de lengua indígena del paciente" conforme al catálogo de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/ethnicGroupCode/@displayName
51	Clave de la entidad de nacimiento del paciente	Clave de la entidad federativa de nacimiento del paciente	Catálogo	Sí	No	Debe proporcionarse la clave correspondiente de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace/place/addr/state
Persona responsable del paciente							
52	Identificador del vínculo con el paciente	Valor de la clave de la relación que mantiene el responsable con el paciente	Catálogo	No	No	Debe proporcionar el valor del código del tipo de relación de acuerdo al catálogo de "Tipo de relación personal" de HL7 Internacional: FTH – Padre MTH – Madre AUNT – Tía UNCLE – Tío SON – Hijo DAU – Hija BRO – Hermano SIS – Hermana GRPRN – Abuelo/a GRNDCHILD – Nieto/a HUSB – Esposo WIFE – Esposa NBOR – Vecino FAMMEMB – Familiar (predefinido)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/code/@code
53	Descripción del vínculo con el paciente	Descripción de la relación que mantiene el responsable con el paciente	Catálogo	No	Sí	Debe proporcionar el nombre que corresponde de acuerdo al valor de la variable "Identificador del vínculo con el paciente".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/code/@displayName
54	Domicilio de residencia del responsable del paciente	Domicilio de residencia proporcionado por el responsable del paciente.	Texto	Sí	Sí	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente. Debe corresponder con los elementos estructurados de la dirección que se incluyan a continuación.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/text()[2]


GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GII-A001-01-05


VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
00.05

FECHA DEL DOCUMENTO:
15 de Septiembre de 2014


ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
55	Tipo de vialidad de residencia del responsable del paciente	Valor de la clave del tipo de vialidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/streetNameType
56	Nombre de la vialidad de residencia del responsable del paciente	Nombre que identifica la vialidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/streetName
57	Número exterior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Número que identifica el inmueble en una vialidad, correspondiente al domicilio de residencia del responsable del paciente.	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/houseNumberNumeric
58	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Parte alfanumérica que complementa el número exterior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/houseNumber
59	Número interior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Parte numérica que identifica al inmueble o inmuebles pertenecientes a un número exterior, que corresponde al domicilio de residencia del responsable del paciente	Numérico	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/unitID
60	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Parte alfanumérica que complementa el número interior del domicilio de residencia del responsable del paciente	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/unitType
61	Tipo de asentamiento de residencia del responsable del paciente	Clave del tipo de asentamiento en el que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/deliveryInstallationType
62	Asentamiento de residencia del responsable del paciente	Nombre del tipo y del asentamiento en el que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/deliveryInstallationArea
63	Localidad de residencia del responsable del paciente	Valor de la clave de la localidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/precinct
64	Municipio de residencia del responsable del paciente	Valor de la clave del municipio en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/county
65	Entidad de residencia del responsable del paciente	Valor de la clave de la entidad en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/state
66	Código Postal de residencia del responsable del paciente	Valor del código postal del domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/postalCode
67	País de residencia del responsable del paciente	Valor de la clave del país en la que se encuentra el domicilio de residencia del responsable del paciente.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/addr[1]/country
68	Teléfono del responsable del paciente	Número de teléfono del responsable del paciente, puede ser fijo o móvil.	Teléfono	Si	Si	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/telecom[1]/@value
69	Correo del responsable del paciente	Cuenta de correo electrónico del responsable del paciente.	E-Mail	No	Si	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: • Usuario • "@" • Dominio	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/telecom[2]/@value
70	Nombre del responsable del paciente	Nombre(s) del responsable del paciente.	Texto	Si	Si	De acuerdo a la identificación o documento que presente el responsable del paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/guardianPerson/name/given
71	Primer apellido del responsable del paciente	Primer apellido del responsable del paciente	Texto	Si	Si	De acuerdo a la identificación o documento que presente el	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/guardianPerson/name

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	


ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	paciente					responsable del paciente.	me/family[1]
72	Segundo Apellido del responsable del paciente	Segundo apellido del responsable del paciente	Texto	No	Sí	De acuerdo a la identificación o documento que presente el responsable del paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/guardian/guardianPerson/name/family[2]
<p align="center">Establecimiento de salud del paciente</p> <p align="center"><i>Esta sección deberá incluirse si el prestador de servicios de salud maneja el concepto de un establecimiento en el que el paciente se atiende en forma predefinida.</i></p>							
73	CLUES del establecimiento de salud al que pertenece el paciente.	Clave Única de Establecimientos de Salud.	Catálogo	Sí	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/id[@root="2.16.840.1.113883.19.5"]/@extension
74	Nombre del establecimiento de salud al que pertenece el paciente.	Nombre del establecimiento de salud al que pertenece el paciente. De acuerdo a lo correspondiente a la clave CLUES.	Texto	No	No	De conformidad con la "CLUES" y su clave asociada.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/name
75	Teléfono del establecimiento de salud al que pertenece el paciente.	Teléfono del establecimiento de salud al que pertenece el paciente. De acuerdo a lo correspondiente a la clave CLUES.	Teléfono	No	Sí	Debe utilizar el prefijo "tel." para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/telecom[1]/@value
76	Correo del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Cuenta de correo electrónico de contacto de la unidad al que pertenece el paciente	E-Mail	No	Sí	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: • Usuario • "@" • Dominio	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/telecom[2]/@value
77	Domicilio del establecimiento de salud al que pertenece el paciente.	Domicilio del establecimiento de salud al que pertenece el paciente de acuerdo a CLUES	Texto	No	No	De conformidad con la CLUES y su clave asociada. Debe ser texto libre y debe coincidir con lo establecido en el catálogo CLUES.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/text()[2]
78	Tipo de vialidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Tipo de vialidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	No	Sí	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/streetNameType
79	Nombre de la vialidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Nombre de la vialidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Texto	No	Sí	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/streetName
80	Número exterior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Número exterior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Numérico	No	Sí	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/houseNumber
81	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Texto	No	Sí	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/additionalLocator
82	Número interior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Número interior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Numérico	No	Sí	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/unitID
83	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Texto	No	Sí	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/unitType
84	Tipo de asentamiento de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Clave del tipo de asentamiento de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	No	Sí	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/deliveryInstallationType

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	



ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
85	Asentamiento de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Tipo y Asentamiento de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/deliveryInstallationArea
86	Localidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Localidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/precinct
87	Municipio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Municipio de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/county
88	Entidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Entidad de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/state
89	Código Postal de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Código Postal de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/postalCode
90	País de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	País de residencia del establecimiento de salud al que pertenece el paciente	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/providerOrganization/addr[1]/country
<p align="center">Datos del destinatario del documento</p> <p><i>Esta sección deberá incluirse si este Resumen Clínico cuenta con un destinatario, como lo es una Nota de Referencia. Esta sección es opcional si el documento es generado automáticamente sin un destinatario específico, como lo es un Resumen de Episodio.</i></p>							
91	Cédula profesional del médico solicitante (destinatario)	Número de cédula profesional del médico solicitante proporcionado por el registro nacional de profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	Numérico	Si	Si	Las cédulas enviadas deberán ser validadas con la SEP. El número debe estar registrado ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. El número de Cédula Profesional debe registrarse como una extensión de un OID previamente asignado por HL7 Internacional.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/id[@root='2.16.840.1.113883.3.215.12.18']/extension
92	Teléfono del médico solicitante del documento	Número de teléfono por el cual se puede contactar al médico solicitante del documento, puede ser fijo o móvil.	Teléfono	Si	Si	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/telecom[1]/value
93	Correo del médico solicitante del documento	Cuenta de correo electrónico por el cual se puede contactar al médico solicitante del documento.	E-Mail	No	Si	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: • Usuario • "@" • Dominio	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/telecom[2]/value
94	Domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante.	Texto	No	No	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/text()
95	Tipo de vialidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Tipo de vialidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/streetNameType
96	Nombre de la vialidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Nombre de la vialidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/streetName
97	Número exterior del domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Número exterior del domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/houseNumberNumeric

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	



ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
98	Parte alfanumérica del número exterior de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Parte alfanumérica del número exterior de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/houseNumber
99	Número interior del domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Número interior del domicilio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Número	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/addr/unitID
100	Parte alfanumérica del número interior de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Parte alfanumérica del número interior de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/providerOrganization/addr[1]/unitType
101	Tipo de asentamiento de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Tipo de asentamiento de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/providerOrganization/addr[1]/deliveryInstallationType
102	Asentamiento de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Asentamiento de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/providerOrganization/addr[1]/deliveryInstallationArea
103	Localidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Localidad de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/providerOrganization/addr[1]/precinct
104	Municipio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Municipio de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/providerOrganization/addr[1]/county
105	Entidad federativa de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Entidad federativa de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/providerOrganization/addr[1]/state
106	Código Postal de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Código Postal de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/providerOrganization/addr[1]/postalCode
107	País de la organización donde se encuentra el médico solicitante	País de la organización donde se encuentra el médico solicitante	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/providerOrganization/addr[1]/country
108	Nombre del médico solicitante del documento	Nombre de la persona (médico) que solicita el documento electrónico	Texto	Si	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/informationRecipient/name/given
109	Primer apellido del médico solicitante del documento	Primer apellido de la persona (médico) que solicita el documento electrónico	Texto	Si	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/informationRecipient/name/family[1]
110	Segundo apellido del médico solicitante del documento	Segundo apellido de la persona (médico) que solicita el documento electrónico	Texto	No	Si	De acuerdo al acta de nacimiento o documento oficial que presente el paciente.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/informationRecipient/name/family[2]
111	OID de unidad organizacional a la que pertenece el médico solicitante.	Valor del identificador único de la institución, organización o dependencia a la que pertenece el médico solicitante.	OID	Si	No	La institución, organización o dependencia debe contar con un OID asociado, registrado ante la SS o HL7 Internacional de acuerdo a sus lineamientos para la expedición de OID.	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/receivedOrganization/id[1]/@root
112	CLUES del establecimiento donde se encuentra el médico solicitante	CLUES del establecimiento donde se encuentra el médico que solicita el documento electrónico	Catálogo	Si	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS. .	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/receivedOrganization/id[1]/@root=2.16.840.1.113883.4.631[1]/@extension
113	Nombre de la unidad organizacional donde se encuentra el médico solicitante	Nombre de la unidad donde se encuentra el médico que solicita el documento electrónico.	Texto	No	No	Descripción del nombre de la unidad donde se encuentra el médico que solicita el documento electrónico, de acuerdo al catálogo de la variable "OID de la organización a la que pertenece el médico solicitante"	/ClinicalDocument/informationRecipient/intendedRecipient/receivedOrganization/name
<p align="center">Autoría del documento</p> <p align="center"><i>Información acerca del sistema y prestador de servicios de salud (institución) que generan el CDA.</i></p>							
114	Momento de autoría	Fecha y hora de la creación del documento electrónico, o bien momento en que se obtienen los datos para generarlo.	Fecha	Si	No	Deberá cumplir con la nomenclatura al nivel de segundos.	/ClinicalDocument/author/time/@value
115	OID Identificador del sistema	Valor del identificador único del SIRES que genera el documento	OID	Si	No	Cada instancia del sistema debe contar con un OID asociado y	/ClinicalDocument/author/assignedAuthoringDevice/id/@root

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
		electrónico (CDA).				registrado ante la SS o HL7 Internacional de acuerdo a sus lineamientos para la expedición de OID.	
116	Nombre del software/dispositivo	Nombre del sistema/dispositivo que genera el documento.	Texto	Si	No	Deberá contener el nombre del software, producto o dispositivo que genera el documento electrónico.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/assignedAuthoringDevice/softwareName
117	Versión/modelo del software/dispositivo	Indicar el modelo del equipo en caso de que el CDA sea generado por un dispositivo (ej. dispositivo de diagnóstico) o versión en caso de software.	Texto	No	No	Deberá contener la descripción (versión, modelo) del software/dispositivo que genera el documento electrónico.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/assignedAuthoringDevice/manufacturerModelName
118	Teléfono de contacto de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Número de teléfono para contactar a la organización responsable de generar el documento electrónico.	Teléfono	Si	Si	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/telecom[1]/@value
119	Correo electrónico de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Cuenta de correo electrónico para contactar a la organización responsable de generar el documento electrónico.	E-Mail	Si	Si	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: <ul style="list-style-type: none"> • Usuario • "@" • Dominio 	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/telecom[2]/@value
120	Domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Texto	Si	Si	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/text()[2]
121	Tipo de vialidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Tipo de vialidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/streetNameType
122	Nombre de la vialidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Nombre de la vialidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/streetName
123	Número exterior de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Número exterior de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/houseNumberNumeric
124	Parte alfanumérica del número exterior de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Parte alfanumérica del número exterior de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/houseNumber
125	Número interior del domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Número interior del domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Numérico	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/unitID
126	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/unitType
127	Tipo de asentamiento de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Clave del tipo de asentamiento de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/deliveryInstallationType
128	Asentamiento de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Nombre del tipo y asentamiento de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/deliveryInstallationArea
129	Localidad de la organización	Localidad de la organización responsable de generar el	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/precinct

 		GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05		VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	responsable de generar el documento electrónico.	documento electrónico.				de "Localidades" de INEGI.	
130	Municipio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Municipio de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/country
131	Entidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Entidad de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/state
132	Código postal de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Código postal de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/postalCode
133	País de la organización responsable de generar el documento electrónico.	País de la organización responsable de generar el documento electrónico.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/addr/country
134	OID Identificador de la Organización responsable de generar el documento electrónico.	Valor del identificador único de la Organización de salud responsable de generar el documento electrónico.	OID	Si	No	La organización debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 Internacional de acuerdo a sus lineamientos para la expedición de OID.	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/id/@root
135	Nombre de la Organización responsable de generar el documento electrónico.	Nombre completo del prestador de servicios de salud responsable de generar el documento electrónico.	Texto	Si	No	Valor de acuerdo a la variable de referencia "OID Identificador de Organización responsable de generar el documento electrónico"	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/name
Capturista del documento <i>Esta sección deberá incluirse en caso de que el sistema soporte el registro del usuario (médico residente, enfermera, etc.) que apoyó a los médicos responsables en la captura de la información, SIN ser responsable de la interpretación del contenido.</i>							
136	Momento de la captura de información	Fecha y hora del momento en que el usuario introdujo los datos del documento en el software (registro).	Fecha	Si	No	De acuerdo a la nomenclatura establecida para fecha y hora.	/ClinicalDocument/dataEnterer/time/@value
137	OID del tipo de identificador único del capturista del documento	OID del mecanismo utilizado por la organización para identificar a la persona que captura el documento electrónico.	OID	Si	No	OID registrado ante la SS o HL7 internacional para identificar usuarios del sistema.	/ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/id/@root
138	Identificador único del capturista del documento	Valor del identificador utilizado internamente por la organización donde se encuentra la persona que captura el documento electrónico.	ID	Si	No	Registrado de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación de personal al interior de cada organización. Este identificador debe tener un OID asociado, mismo que debe estar registrado ante la SS o HL7 internacional.	/ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/id/@extension
139	Nombre del capturista	Nombre del capturista del documento	Texto	Si	Si	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/assignedPerson/name/given
140	Primer Apellido del capturista	Primer apellido del capturista	Texto	Si	Si	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[1]
141	Segundo Apellido del capturista	Segundo apellido del capturista	Texto	No	Si	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[2]
Responsable del resguardo del documento <i>Información acerca del establecimiento donde está físicamente la documentación que respalda a este documento electrónico y de la institución responsable de resguardarlo.</i>							
142	CLUES del establecimiento que custodia el documento	Valor de la CLUES del establecimiento de salud que custodia el documento clínico	Catálogo	Si	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id/@root='2.16.840.1.113883.4.631'/@extension
143	Nombre del establecimiento que	Nombre del establecimiento que custodia el documento clínico	Texto	Si	No	Registrar de acuerdo al catálogo de "CLUES", con referencia a la	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/

 		GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO	
CLAVE DEL DOCUMENTO:	GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO:	00.05
		FECHA DEL DOCUMENTO:	15 de Septiembre de 2014

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	custodia el documento					variable "CLUES del establecimiento que custodia el documento"	on/name
144	Teléfono del establecimiento que custodia el documento	Número de teléfono para contactar al establecimiento que custodia el documento clínico	Teléfono	No	No	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/telecom[1]/@value
145	Correo electrónico de la organización que custodia el documento	Cuenta de correo electrónico para contactar a la organización que custodia el documento clínico	E-Mail	No	No	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: <ul style="list-style-type: none"> • Usuario • "@" • Dominio 	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/telecom[2]/@value
146	Domicilio de la organización que custodia el documento	Domicilio de la organización que custodia el documento clínico	Texto	Si	Si	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/text()[2]
147	Tipo de vialidad de la organización que custodia el documento.	Tipo de vialidad de la organización que custodia el documento.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/streetNameType
148	Nombre de la vialidad de la organización que custodia el documento.	Nombre de la vialidad de la organización que custodia el documento.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/streetName
149	Número exterior de la organización que custodia el documento.	Número exterior de la organización que custodia el documento.	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/houseNumberNumeric
150	Parte alfanumérica del número exterior de la organización que custodia el documento.	Parte alfanumérica del número exterior de la organización que custodia el documento.	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/houseNumber
151	Número interior del domicilio de la organización que custodia el documento.	Número interior del domicilio de la organización que custodia el documento.	Numérico	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/unitID
152	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización que custodia el documento.	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización que custodia el documento.	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/unitType
153	Tipo de asentamiento de la organización que custodia el documento.	Tipo de asentamiento de la organización que custodia el documento.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/deliveryInstallationType
154	Asentamiento de la organización que custodia el documento.	Asentamiento de la organización que custodia el documento.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/deliveryInstallationArea
155	Localidad de la organización que custodia el documento.	Localidad de la organización que custodia el documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/precinct
156	Municipio de la organización que custodia el documento.	Municipio de la organización que custodia el documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/county
157	Entidad de la organización que custodia el documento.	Entidad de la organización que custodia el documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/state
158	Código postal de la organización que custodia el documento.	Código postal de la organización que custodia el documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/postalCode
159	País de la organización que custodia el documento.	País de la organización que custodia el documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/addr[1]/country
Responsable legal del documento <i>Persona que firma en forma física o electrónica explícitamente este documento haciéndose responsable de su contenido legible. Puede tratarse del responsable de la atención, o no, por ejemplo, un directivo de la institución que genera un resumen electrónico que involucra las notas de varios médicos tratantes. El estándar CDA R2 no especifica la forma en que se genera, persiste y distribuye la firma del documento.</i>							
160	Fecha de firma del responsable legal	Momento en que el responsable legal firma el contenido del	Fecha	Si	No	De acuerdo a la nomenclatura establecida para fecha y hora.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/time/@value


GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO

CLAVE DEL DOCUMENTO:
GII-A001-01-05


VERSIÓN DEL DOCUMENTO:
00.05

FECHA DEL DOCUMENTO:
15 de Septiembre de 2014


ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
		documento.					
161	Código de firma del responsable legal	Código para determinar si el documento fue firmado por el responsable legal del documento	Catálogo	No	No	Código para determinar si el documento fue firmado y puede tener los siguientes valores: S = Firmado. Si el documento no fue firmado, esta sección completa queda descartada.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/sig natureCode/@code
162	Cédula Profesional del responsable legal del contenido del documento	Número de cédula profesional del personal legalmente responsable del contenido del documento	Número	No	No	El número debe estar registrado ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/id[@root=2.16.840.1.113883 .3.215.12.18']/@extension
163	Domicilio del responsable legal del documento	Domicilio de la entidad legalmente responsable del documento clínico	Texto	No	Si	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/text()
164	Tipo de vialidad del domicilio del responsable legal del documento.	Tipo de vialidad del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/streetNameType
165	Nombre de la vialidad del domicilio del responsable legal del documento.	Nombre de la vialidad del domicilio del responsable legal del documento.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/streetName
166	Número exterior del domicilio del responsable legal del documento.	Número exterior del domicilio del responsable legal del documento.	Número	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/houseNumberNumeric
167	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio del responsable legal del documento.	Parte alfanumérica del número exterior del domicilio del responsable legal del documento.	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/houseNumber
168	Número interior del domicilio del responsable legal del documento.	Número interior del domicilio del responsable legal del documento.	Número	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/unitID
169	Parte alfanumérica del número interior del domicilio del responsable legal del documento.	Parte alfanumérica del número interior del domicilio del responsable legal del documento.	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/unitType
170	Tipo de asentamiento del domicilio del responsable legal del documento.	Tipo de asentamiento del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/deliveryInstallationType
171	Asentamiento del domicilio del responsable legal del documento.	Asentamiento del domicilio del responsable legal del documento.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/deliveryInstallationArea
172	Localidad del domicilio del responsable legal del documento.	Localidad del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/precinct
173	Municipio del domicilio del responsable legal del documento.	Municipio del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/country
174	Entidad del domicilio del responsable legal del documento.	Entidad del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/state
175	Código postal del domicilio del responsable legal del documento.	Código postal del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/postalCode
176	País del domicilio del responsable legal del documento.	País del domicilio del responsable legal del documento.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/addr/country
177	Teléfono del responsable legal del documento	Número de teléfono del responsable legal del documento. Puede ser fijo o móvil.	Teléfono	No	Si	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/telecom[1]/@value
178	Correo electrónico del responsable legal del documento	Cuenta de correo electrónico del responsable legal del documento	E-Mail	No	Si	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales:	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/ass ignedEntity/telecom[2]/@value

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	


ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
						<ul style="list-style-type: none"> • Usuario • "@" • Dominio 	
179	Nombre del responsable legal del documento	Nombre de la persona que firma el documento y que es el responsable legal del documento	Texto	Sí	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedPerson/name/given
180	Primer apellido del responsable legal del documento	Primer apellido de la persona que firma el documento y que es el responsable legal del documento	Texto	Sí	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedPerson/name/family[1]
181	Segundo Apellido del responsable legal del documento	Segundo apellido de la persona que firma el documento y que es el responsable legal del documento	Texto	No	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedPerson/name/family[2]
<p align="center">Episodios de salud</p> <p><i>Un episodio comprende uno o más encuentros, es decir, es un conjunto de atenciones brindadas al paciente en un periodo de tiempo dado, para resolver uno o más problemas de salud específicos.</i></p>							
182	OID del identificador del episodio	Valor del identificador del episodio que se está tratando en el documento.	OID	Sí	Sí	Registrado de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación del episodio al interior de cada organización. Este identificador debe tener un OID asociado, mismo que debe estar registrado ante la SS o HL7 internacional.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/id/@root
183	Valor de identificador único del episodio	Valor de identificador único del episodio que se está tratando en el documento.	ID	Sí	Sí	Describe el valor del identificador en base a la variable de referencia "OID del identificador del episodio"	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/id/@extension
184	Clave del tipo de episodio	Valor de la clave del tipo de episodio que se documenta en el CDA	Catálogo	Sí	No	Debe contener el valor del identificador y el nombre del encuentro de acuerdo al catálogo de HL7: <ul style="list-style-type: none"> • ACUTE - Cuidados intensivos / Hospitalización aguda • AMB - Ambulatorio • EMER - Urgencias • FLD - Fuera del establecimiento de salud • HH – Cuidados caseros • IMP - Hospitalización • SS - Corta Estancia • VR – Virtual (Telesalud) 	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/code/@code
185	Nombre del tipo de episodio	Describe el nombre del tipo de episodio que se documenta en el CDA	Catálogo	No	No	De acuerdo al catálogo de HL7, con base a la variable de referencia "Clave del tipo de episodio"	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/code/@displayName
186	Periodo inicial del episodio	Periodo inicial de tiempo que comprende el episodio	Fecha	Sí	No	De acuerdo al formato establecido para fecha y hora.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/effectiveTime/low/@value
187	Periodo final del episodio	Periodo final de tiempo que comprende el episodio	Fecha	No	No	De acuerdo al formato establecido para fecha y hora.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/effectiveTime/high/@value
188	Cédula profesional del médico responsable del episodio	Número de cédula profesional del médico responsable del episodio proporcionado por el registro nacional de profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	Entero	Sí	No	Las cédulas enviadas deberán ser validadas con la SEP. El número debe estar registrado ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/id[@root='2.16.840.1.113883.3.215.12.18']/@extension
189	Nombre del médico responsable del episodio	Nombre del médico responsable del episodio	Texto	Sí	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/given
190	Primer apellido del médico responsable del episodio	Primer apellido del médico responsable del episodio	Texto	Sí	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[1]
191	Segundo apellido del médico responsable del episodio	Segundo apellido del médico responsable del episodio	Texto	No	No	De acuerdo a la documentación oficial de la persona, que soporte la asignación de un usuario del sistema por parte de la institución.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[2]
192	CLUES del establecimiento responsable del	Valor del identificador único del prestador de servicios de salud del responsable del episodio.	Catálogo	Sí	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/id[@root='

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	



ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	episodio						2.16.840.1.113883.4.631'j'@extension
193	Licencia sanitaria del establecimiento responsable del episodio	Numero de licencia sanitaria proporcionada por la COFEPRIS.	Texto	Si	No	La licencia sanitaria deberá estar validada por la COFEPRIS.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/id[@root=2.16.840.1.113883.3.215.1.1'j'@extension]
194	Nombre del establecimiento responsable del episodio	Nombre del establecimiento responsable del episodio	Texto	Si	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS. De acuerdo al valor de la variable "CLUES de la organización del responsable del episodio"	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/name
195	Teléfono del establecimiento responsable del episodio	Número de teléfono para contactar al establecimiento responsable del episodio	Teléfono	Si	No	Debe utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono. Debe incluir la clave LADA completa, en formato "LADA Internacional + LADA Nacional + Número".	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom[1]@value
196	Correo electrónico del establecimiento responsable del episodio	Cuenta de correo electrónico para contactar al establecimiento responsable del episodio	E-Mail	Si	No	Debe utilizar el prefijo "mailto:" para indicar correo electrónico. Debe aceptarse correos electrónicos válidos, considerando las características generales: • Usuario • "@" • Dominio	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom[2]@value
197	Domicilio del establecimiento responsable del episodio	Domicilio del establecimiento responsable del episodio	Texto	Si	No	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/text() [2]
198	Tipo de vialidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Tipo de vialidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/streetNameType
199	Nombre de la vialidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Nombre de la vialidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/streetName
200	Número exterior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Número exterior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/houseNumberNumeric
201	Parte alfanumérica del número exterior del establecimiento responsable del episodio.	Parte alfanumérica del número exterior del establecimiento responsable del episodio.	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/houseNumber
202	Número interior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Número interior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Numérico	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/unitID
203	Parte alfanumérica del número interior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Parte alfanumérica del número interior del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/unitType
204	Tipo de asentamiento del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Tipo de asentamiento del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/deliveryInstallationType
205	Asentamiento del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Asentamiento del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y el nombre correspondiente.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/deliveryInstallationArea
206	Localidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Localidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/precinct
207	Municipio del domicilio del establecimiento	Municipio del domicilio del establecimiento responsable del	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/repres

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	responsable del episodio.	episodio.				de "Municipios" de INEGI.	sentedOrganization/addr/county
208	Entidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Entidad del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/state
209	Código postal del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Código postal del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/postalCode
210	País del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	País del domicilio del establecimiento responsable del episodio.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/country
<p align="center">Encuentro médico</p> <p><i>Esta sección deberá incluirse si este CDA documenta una sola atención o parte de una atención y los datos son diferentes a los del episodio completo. Por ejemplo, si esta es la nota resultante de una interconsulta o contra referencia.</i></p>							
211	OID del identificador del encuentro	Valor del identificador del encuentro que se está tratando en el documento.	OID	Si	Si	Registrado de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación del encuentro al interior de cada organización. Este identificador debe tener un OID asociado, mismo que debe estar registrado ante HL7 internacional.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/id/@root
212	Valor del identificador del encuentro	Valor del encuentro que se está tratando en el documento.	ID	Si	No	Registrado de acuerdo a las reglas y lineamientos de "identificación del encuentro" al interior de cada organización.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/id/@extension
213	Clave del tipo de encuentro	Valor de la clave del tipo de encuentro que se documenta en el CDA	Catálogo	Si	No	Debe contener el valor del identificador y el nombre del encuentro de acuerdo al catálogo de HL7: <ul style="list-style-type: none"> • ACUTE - Cuidados intensivos / Hospitalización aguda • AMB - Ambulatorio • EMER - Urgencias • FLD - Fuera del establecimiento de salud • HH - Cuidados caseros • IMP - Hospitalización • SS - Corta Estancia • VR - Virtual (TeleSalud) 	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/code/@code
214	Nombre tipo de encuentro	Nombre con que se identifica el tipo de encuentro.	Catálogo	No	No	Debe proporcionar el nombre del tipo de encuentro. De acuerdo al catálogo de la variable "Clave del tipo de encuentro"	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/code/@displayName
215	Inicio del encuentro	Periodo inicial de tiempo que comprende el encuentro	Fecha	Si	No	Debe proporcionar la fecha de inicio del episodio, conforme al formato "aaaammddhhiiss"	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/effectiveTime/low/@value
216	Final del encuentro	Periodo final de tiempo que comprende el encuentro	Fecha	No	No	Debe proporcionar la fecha fin del episodio, conforme al formato "aaaammddhhiiss"	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/effectiveTime/high/@value
217	Cédula profesional del médico consultado, responsable del encuentro	Número de cédula profesional del responsable del episodio proporcionado por el registro nacional de profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	Entero	Si	Si	Las cédulas enviadas deberán ser validadas con la SEP. El número debe estar registrado ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/responsibleParty/assignedEntity/id[@root='2.16.840.1.113883.3.215.12.18']/@extension
218	Nombre del médico consultado, responsable del encuentro	Nombre del médico consultado, responsable del encuentro	Texto	Si	Si	De acuerdo a la documentación presentada por el profesional ante la institución.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/responsibleParty/assignedEntity/assignedPerson/name/given
219	Primer Apellido del médico consultado, responsable del encuentro	Primer apellido del médico consultado, responsable del encuentro	Texto	Si	Si	De acuerdo a la documentación presentada por el profesional ante la institución.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/responsibleParty/assignedEntity/assignedPerson/name/family[1]
220	Segundo Apellido del médico consultado, responsable del encuentro	Segundo apellido del médico consultado, responsable del encuentro	Texto	No	Si	De acuerdo a la documentación presentada por el profesional ante la institución.	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/responsibleParty/assignedEntity/assignedPerson/name/family[2]
221	OID de la organización consultada.	Valor del identificador único de la Organización de salud	OID	Si	No	La organización debe contar con un OID asociado y registrado ante la	/ClinicalDocument/componentOf/encounter/assignedEncounter/responsibleParty/assigned


 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
		consultada, responsable del encuentro.				SS o HL7 Internacional de acuerdo a sus lineamientos para la expedición de OID.	nedEntity/representedOrganization/id/@root
222	Nombre de la Organización consultada.	Nombre completo de la Organización de salud consultada, responsable del encuentro.	Texto	Si	No	Valor de acuerdo a la variable de referencia "OID de la organización consultada"	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/responsibleParty/assignedEntity/representedOrganization/name
223	Clave del motivo del egreso en el encuentro	Clave que describe el motivo por el cual el paciente fue dado de alta durante el encuentro.	Catálogo	Si	No	Debe registrarse el valor de acuerdo al catálogo: 1 - Curación 2 - Mejoría 3 - Voluntario 4 - Pase a otro hospital 5 - Defunción 6 - Otro motivo	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/dischargeDispositionCode/@code
224	Descripción del motivo del egreso en el encuentro	Descripción textual del motivo por el cual el paciente fue dado de alta durante el encuentro.	Catálogo	No	No	Descripción de acuerdo al valor de la variable "Clave del motivo del egreso en el encuentro".	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/dischargeDispositionCode/@displayName
225	CLUES del establecimiento de salud responsable del encuentro	CLUES del establecimiento de salud responsable del encuentro	Catálogo	Si	No	Registrarla de acuerdo al catálogo de "CLUES" de la DGIS.	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/id/@root='2.16.840.1.113883.4.631'/@extension
226	Licencia sanitaria del establecimiento consultado	Numero de licencia sanitaria proporcionada por la COFEPRIS.	Texto	No	No	La licencia sanitaria deberá estar validada por la COFEPRIS.	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/id/@root='2.16.840.1.113883.3.215.1.1'/@extension
227	Código del área/lugar donde se llevó a cabo el encuentro	Código o clave del área en la que se llevó a cabo el encuentro	Catálogo	No	No	De acuerdo al catálogo RoleCode : ACC - Lugar del accidente AMB - Ambulancia ER - Sala de emergencias HOSP - Hospitalización MOBL - Unidad Móvil OF - Servicios Ambulatorios PROFF - Consultorio médico PTRES - Hogar del paciente	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/code/@code
228	Área/lugar donde se llevó a cabo el encuentro	Descripción del área de servicio donde se llevó a cabo el encuentro.	Catálogo	No		Descripción correspondiente a la "Clave del área donde se llevó a cabo el encuentro".	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/code/@displayName
229	Nombre del establecimiento responsable del encuentro	Nombre del establecimiento de salud responsable del encuentro de acuerdo al catálogo CLUES	Catálogo	Si	No	Registrar de acuerdo al catálogo de CLUES, con respecto a la variable "CLUES del establecimiento consultado"	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/name
230	Domicilio del establecimiento responsable del encuentro.	Domicilio del establecimiento responsable del encuentro.	Texto	Si	Si	Elemento que es de texto libre, debe ser completo y sin abreviaciones preferentemente.	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/text()[2]
231	Tipo de vialidad de la organización consultada.	Tipo de vialidad de la organización consultada.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo "Vialidad" de INEGI.	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/streetNameType
232	Nombre de la vialidad de la organización consultada.	Nombre de la vialidad de la organización consultada.	Texto	No	Si	Texto libre que describe el nombre de la vialidad donde reside el paciente.	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/streetName
233	Número exterior del domicilio de la organización consultada.	Número exterior del domicilio de la organización consultada.	Numérico	No	Si	Número exterior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/houseNumberNumeric
234	Parte alfanumérica del número exterior de la organización consultada de la organización consultada.	Parte alfanumérica del número exterior de la organización consultada de la organización consultada.	Texto	No	Si	Número exterior del domicilio (parte alfanumérica). Cuando no exista dato del número exterior debe registrarse SN (Sin número).	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/houseNumber
235	Número interior del domicilio de la organización consultada.	Número interior del domicilio de la organización consultada.	Numérico	No	Si	Número interior del domicilio (parte numérica)	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/unitID
236	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización consultada.	Parte alfanumérica del número interior del domicilio de la organización consultada.	Texto	No	Si	Número interior del domicilio (parte alfanumérica)	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/unitType
237	Tipo de asentamiento del domicilio de la organización consultada.	Tipo de asentamiento del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Tipo de Asentamiento Humano".	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/deliveryInstallationType
238	Asentamiento del domicilio de la organización	Asentamiento del domicilio de la organización consultada.	Texto	No	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de INEGI "Asentamiento Humano" y	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/location/addr/deliveryInstallationArea


 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	 GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	consultada.					el nombre correspondiente.	
239	Localidad del domicilio de la organización consultada.	Localidad del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Localidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/componentOf/encomp assingEncounter/location/healthCareFac ility/location/addr/precinct
240	Municipio del domicilio de la organización consultada.	Municipio del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Municipios" de INEGI.	/ClinicalDocument/componentOf/encomp assingEncounter/location/healthCareFac ility/location/addr/county
241	Entidad del domicilio de la organización consultada.	Entidad del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Entidades" de INEGI.	/ClinicalDocument/componentOf/encomp assingEncounter/location/healthCareFac ility/location/addr/state
242	Código postal del domicilio de la organización consultada.	Código postal del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Códigos Postales" de SEPOMEX.	/ClinicalDocument/componentOf/encomp assingEncounter/location/healthCareFac ility/location/addr/postalCode
243	País del domicilio de la organización consultada.	País del domicilio de la organización consultada.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Nacionalidades" de RENAPO.	/ClinicalDocument/componentOf/encomp assingEncounter/location/healthCareFac ility/location/addr/country
Cuerpo estructurado del documento <i>El cuerpo del CDA deberá ser estructuro, compuesto por las secciones descritas a continuación.¹</i>							
Motivo de la referencia / contra referencia <i>Esta sección se deberá incluir si este resumen corresponde a una referencia médica.</i>							
244	Motivo de la referencia	Descripción del motivo de la referencia	Texto	Si	Si	De acuerdo a la solicitud o motivo mediante el cual se generó el resumen clínico.	//section[code/@code="42349-1"]/text
Datos de afiliaciones o planes de aseguramiento del paciente <i>Deberán repetirse las variables con ID sombreado para cada plan de aseguramiento.</i>							
245	Descripción de las afiliaciones / planes de aseguramiento del paciente	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	Si	Debe mostrar al menos para cada afiliación/plan: • Inicio de vigencia (fecha-hora) • Fin de vigencia (fecha-hora) • Programa • Póliza • Folio • Tipo de beneficiario	//section[code/@code="48768-6"]/text
246	Identificador del programa afiliado	Valor de la clave de identificación del programa al cual se encuentra afiliado el paciente.	OID	No	Si	El OID correspondiente debe estar registrado de acuerdo a la GII-S-A003-01-04.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/code/@code
247	Nombre del programa afiliado	Nombre del programa al cual se encuentra afiliado el paciente.	Texto	Si	Si	De acuerdo al OID de la variable "Identificador del programa afiliado" .	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/code/@displayName
248	OID de la dependencia u organización aseguradora	Valor del identificador único de la dependencia u organización aseguradora.	OID	Si	Si	Correspondiente al "Nombre de la dependencia u organización aseguradora" Debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/perfor mer/assignedEntity[code/@code="PAYOR"]/id/@root
249	Nombre de la dependencia u organización aseguradora	Describe el nombre con el cual se identifica a la dependencia u organización aseguradora que soporta el Programa al que está afiliado el paciente	Texto	Si	Si	Nombre de la dependencia en texto libre, sin abreviaciones.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/perfor mer/assignedEntity[code/@code="PAYOR"]/representedOrganization/name
250	Fecha de inicio de vigencia de la afiliación / aseguramiento	Fechas de inicio de vigencia de la afiliación / aseguramiento del paciente.	Fecha	Si	Si	En el formato de fecha y hora establecido.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/partici pant[@typeCode="COV"]/time/low/@val ue
251	Fecha final de vigencia de la afiliación / aseguramiento	Fechas fin de vigencia de la afiliación / aseguramiento del paciente.	Fecha	Si	Si	En el formato de fecha y hora establecido.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/partici pant[@typeCode="COV"]/time/high/@val ue
252	OID del identificador de personas del programa dentro de la dependencia	Valor del Identificador único mediante el cual se identifica a las personas afiliadas al programa dentro de la dependencia.	OID	Si	Si	Debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/partici pant[@typeCode="COV"]/participantRole /id/@root


¹ La ubicación XPath de cada sección del cuerpo estructurado también puede leerse como: /ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section... en lugar de //section...

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	


ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
253	Identificador del beneficiario dentro del programa	Número o clave de identificación de la persona dentro del programa.	Texto	No	Si	Valor de identificación del beneficiario de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación al interior de cada organización. De acuerdo al tipo de identificador definido en la variable "OID del identificador del programa dentro de la dependencia" .	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/participant[@typeCode="COV"]/participantRole/id/@extension
254	Clave del tipo de beneficiario	Valor de la clave del tipo de beneficiario que tiene el paciente en el programa.	Catálogo	Si	Si	Debe utilizar el valor del identificador de acuerdo al catálogo de "Tipo de Beneficiario" de DGIS.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/participant[@typeCode="COV"]/participantRole/code/@code
255	Tipo de beneficiario	Descripción del tipo de beneficiario de las afiliaciones / planes de aseguramiento que tiene el paciente.	Catálogo	No	Si	Descripción correspondiente a la "Clave del tipo de beneficiario"	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/participant[@typeCode="COV"]/participantRole/code/@displayName
256	OID del tipo de póliza	Valor del identificador único de identificadores de pólizas dentro de la dependencia.	OID	No	Si	Debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/participant[@typeCode="HLD"]/participantRole/id/@root
257	Clave de identificación de la póliza.	Valor de la clave de identificación de una póliza de afiliación / aseguramiento. A diferencia del "Folio del beneficiario", puede ocurrir que varias personas (tales como miembros de una familia) compartan el mismo número de póliza	Texto	No	Si	Puede comprender a varias personas, por lo que no necesariamente es único. Debe estar de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación al interior de cada organización.	//section[code/@code="48768-6"]/entry/act/entryRelationship/act/participant[@typeCode="HLD"]/participantRole/id/@extension
Alergias							
258	Alergias	Tabla o listado en texto libre que muestre en forma legible las alergias y reacciones adversas del paciente.	Texto	Si	No	Debe mostrar al menos para cada alérgeno registrado para el paciente: <ul style="list-style-type: none"> Nombre del alérgeno Fecha inicial Médico Observaciones Se recomienda mostrar para cada alérgeno también: <ul style="list-style-type: none"> Fecha inicial Médico Reacción Estado actual En caso de que no se tengan registradas alergias, se deberá mostrar "Sin alergias registradas".	//section[code/@code="48765-2"]/text
<p align="center">Antecedentes heredofamiliares del paciente</p> <p><i>Deberán incluirse al menos las entradas correspondientes a Hipertensión, Dislipidemias y Diabetes. Es opcional que el sistema presente y codifique el resto de los antecedentes del paciente.</i></p>							
259	Descripción de los antecedentes heredofamiliares del paciente.	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	No	Debe mostrar al menos "si", "no", "sin información" para cada uno de los siguientes padecimientos: <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión Dislipidemias Diabetes El usuario debe ser capaz de especificar en el SIREs explícitamente dichos valores. Se recomienda mostrar todos los antecedentes registrados para el paciente y para cada uno de ellos la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> Clave CIE-10 Padecimiento Parentesco Si fue o no causa de muerte Edad en la que se presentó Observaciones 	//section[code/@code="10157-6"]/text
260	Presencia de antecedente	Indica si está registrado o no que algún familiar del paciente	Si/No	Si	No	Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al	Si: //section[code/@code="10157-

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	heredofamiliar de hipertensión	ha tenido hipertensión.				<p>menos una entrada con clave CIE que comience I1.</p> <p>Si se tiene registrado que el paciente NO tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada negativa (negationInd=true) con claves I10 a I15.</p> <p>Si no se sabe si el paciente tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada de ausencia de información.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el parentesco), pero deberán cumplirse siempre las reglas arriba descritas.</p>	<p>6"/entry/organizer/component/observatio n[starts-with(value/@code,"I1") and string-length(@nullFlavor)=0 and not(@negationInd=true)]</p> <p>No: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="I10X" and @negationInd=true]</p> <p>Ausencia de información: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="I10X" and string-length(@nullFlavor)>0]</p>
261	Presencia de antecedente heredofamiliar de dislipidemias	Indica si está registrado o no que algún familiar del paciente ha tenido alguna dislipidemia.	Si/No	Sí	No	<p>Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al menos una entrada con clave CIE que comience E78.</p> <p>Si se tiene registrado que el paciente NO tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada negativa (negationInd=true) con clave E78.</p> <p>Si no se sabe si el paciente tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada de ausencia de información.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el parentesco), pero deberán cumplirse siempre las reglas arriba descritas.</p>	<p>Si: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[starts-with(value/@code,"E7") and string-length(@nullFlavor)=0 and not(@negationInd=true)]</p> <p>No: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="E78" and @negationInd=true]</p> <p>Ausencia de información: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="E78" and string-length(@nullFlavor)>0]</p>
262	Presencia de antecedente heredofamiliar de diabetes	Indica si está registrado o no que algún familiar del paciente ha tenido diabetes.	Si/No	Sí	No	<p>Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al menos una entrada con clave CIE que comience E1.</p> <p>Si se tiene registrado que el paciente NO tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada negativa (negationInd=true) con claves E10 a E14.</p> <p>Si no se sabe si el paciente tiene este antecedente, entonces deberá existir la entrada de ausencia de información.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el parentesco), pero deberán cumplirse siempre las reglas arriba descritas.</p>	<p>Si: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[starts-with(value/@code,"E1") and string-length(@nullFlavor)=0 and not(@negationInd=true)]</p> <p>No: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="E14" and @negationInd=true]</p> <p>Ausencia de información: //section[code/@code="10157-6"/entry/organizer/component/observatio n[value/@code="E14" and string-length(@nullFlavor)>0]</p>

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
<p>Antecedentes personales no patológicos del paciente</p> <p><i>Deberán incluirse al menos las entradas correspondientes al tipo de sangre y consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias. Es opcional que el sistema presente y codifique el resto de los antecedentes del paciente. Los campos con ID sombreado, podrán repetirse tantas veces como se requiera tanto para tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas.</i></p>							
263	Descripción de los antecedentes personales no patológicos del paciente.	Texto, tabla o listado que presente en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	Si	<p>Debe mostrar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de sangre del paciente (clasificación ABO+) Tabaquismo: si/no Alcoholismo: si/no Consumo de otras sustancias: si/no <p>Se recomienda presentar para cada consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sustancia Fecha de inicio Fecha de fin Consumo (cantidad y detalle) 	//section[code/@code="29762-2"]/text
264	Fecha de identificación del tipo de sangre	Fecha en la cual se conoció el tipo de sangre del paciente.	Fecha	No	No	De acuerdo al formato de fecha establecido.	//section[code/@code="29762-2"]/entry/observation[code/@code="882-1"]/effectiveTime/@value
265	Tipo de sangre y factor RH	Datos de identificación del tipo de sangre y el factor Rh de la misma.	Catálogo	Si	No	O, A, B, AB seguido del signo + ó -	//section[code/@code="29762-2"]/entry/observation[code/@code="882-1"]/value/@code
266	Identificador único de antecedente de tabaquismo	Identificador por cada periodo de consumo de tabaco	Si/No	No	No	<p>Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al menos una entrada que cumpla la expresión.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el consumo).</p>	<p>//section/entry[2]/observation[id[1...n]]</p> <p>Para la entry[2] esta podría ir incrementándose si existe más de un periodo de tabaquismo, lo que altera el resto de los xpaths dentro de la sección.</p>
267	Fecha inicio de periodo de tabaquismo	Fecha en la que se inició el consumo de tabaco.	Fecha	No	No	Fecha de inicio de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[2]/observation/effectiveTime/low/@value
268	Fecha fin de periodo de tabaquismo	Fecha en la que se terminó el consumo de tabaco.	Fecha	No	No	Fecha final de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[2]/observation/effectiveTime/high/@value
269	Cajetillas de cigarro al día	Consumo en número de cajetillas de cigarro al día	N Numérico	No	No	Valor entero	// section[code/@code="29762-2"]/entry[2]/observation/value
270	Identificador único de antecedente de alcoholismo	Identificador por cada periodo de consumo de alcoholismo	Si/No	No	No	<p>Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al menos una entrada que cumpla la expresión.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el consumo).</p>	<p>//section/entry[3]/observation[id[1...n]]</p> <p>/default:ClinicalDocument/default:component[1]/default:structuredBody[1]/default:component[5]/default:section[1]/default:entry[3]/default:observation[1]/default:id[1]</p> <p>Para la entry[3] esta podría ir incrementándose si existe más de un periodo de tabaquismo, lo que altera el resto de los xpaths dentro de la sección.</p>
271	Fecha inicio de periodo de alcoholismo	Fecha en la que se inició el consumo de alcoholismo.	Fecha	No	No	Fecha de inicio de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[3]/observation/effectiveTime/low/@value
272	Fecha fin de periodo de alcoholismo	Fecha en la que se terminó el consumo de alcoholismo.	Fecha	No	No	Fecha final de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[3]/observation/effectiveTime/high/@value
273	Consumo de alcohol por día	Consumo de alcohol por día	Texto	No	No	De acuerdo a la unidad de medida que se determine para el consumo de alcohol	// section[code/@code="29762-2"]/entry[3]/observation/value
274	Identificador único de consumo de drogas	Identificador por cada periodo de consumo de consumo de drogas	Si/No	No	No	<p>Si el paciente tiene este antecedente, deberá existir al menos una entrada que cumpla la expresión.</p> <p>Podrán existir más entradas o entradas más detalladas (ej. especificando el consumo).</p>	<p>//section/entry[4]/observation[id[1...n]]</p> <p>/default:ClinicalDocument/default:component[1]/default:structuredBody[1]/default:component[5]/default:section[1]/default:entry[3]/default:observation[1]/default:id[1]</p> <p>Para la entry[4] esta podría ir incrementándose si existe más de un periodo de tabaquismo o alcoholismo, lo que altera el resto de los xpaths dentro</p>

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
							de la sección.
275	Fecha inicio de periodo de consumo de drogas	Fecha en la que se inició el consumo de consumo de drogas.	Fecha	No	No	Fecha de inicio de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[4]/observation/effectiveTime/low/@value
276	Fecha fin de periodo de consumo de drogas	Fecha en la que se terminó el consumo de consumo de drogas.	Fecha	No	No	Fecha final de consumo de tabaco de acuerdo al formato de fecha establecido.	// section[code/@code="29762-2"]/entry[4]/observation/effectiveTime/high/@value
277	Consumo de drogas por día	Consumo de drogas por día	Texto	No	No	De acuerdo a la unidad de medida que se determine para el consumo de alcohol	// section[code/@code="29762-2"]/entry[4]/observation/value

Antecedentes patológicos del paciente


Deberán incluirse al menos las entradas correspondientes a Hipertensión, Dislipidemias y Diabetes. Es opcional que el sistema presente y codifique el resto de los antecedentes del paciente.

278	Descripción de los antecedentes patológicos del paciente.	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Sí	No	<p>Debe presentar, al menos, el tiempo en años que el paciente lleva con cada uno de los siguientes padecimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Dislipidemias • Diabetes <p>Se recomienda mostrar todos los antecedentes registrados para el paciente y para cada uno de ellos la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha • Clave CIE-10 • Enfermedad • Observaciones <p>En caso de que no se cuente con información referente a los antecedentes patológicos del paciente reportar "Sin información".</p>	//section[code/@code="11348-0"]/text
279	Antecedente personal de diabetes	Año en que el paciente fue diagnosticado con diabetes	Fecha	No	No	Si el paciente ha presentado este padecimiento, entonces deberá registrarse al menos una entrada con clave CIE correspondiente.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[1]/observation/effectiveTime/low/@value
280	Antecedente personal de hipertensión	Año en que el paciente fue diagnosticado con hipertensión	Fecha	No	No	Si el paciente ha presentado este padecimiento, entonces deberá registrarse al menos una entrada con clave CIE correspondiente.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[2]/observation/effectiveTime/low/@value
281	Antecedente personal de hipertiroidismo	Año en que el paciente fue diagnosticado con hipertiroidismo	Fecha	No	No	Si el paciente ha presentado este padecimiento, entonces deberá registrarse al menos una entrada con clave CIE correspondiente.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[3]/observation/effectiveTime/low/@value
282	Otro antecedente personal patológico	Registro de otro padecimiento/problema/enfermedad como antecedente patológico del paciente	Texto	No	No	Registrar en texto libre sin abreviaciones el padecimiento.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[4]/observation/text/text()
283	Fecha de otro antecedente personal patológico	Fecha de identificación de otro padecimiento/problema/enfermedad como antecedente patológico del paciente	Fecha	No	No	En el formato de fecha establecido	// section[code/@code="11348-0"]/entry[4]/observation/effectiveTime/low/@value
284	Código de otro antecedente personal patológico	Código CIE-10 de otro padecimiento/problema/enfermedad como antecedente patológico del paciente	Catálogo	No	No	Si el paciente ha presentado otro padecimiento, entonces deberá registrarse la entrada con la clave CIE-10 correspondiente.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[4]/observation/value/@code
285	Descripción del código de otro antecedente personal patológico	Descripción del código CIE-10 de otro padecimiento/problema/enfermedad como antecedente patológico del paciente	Catálogo	No	No	Si el paciente ha presentado otro padecimiento, entonces deberá registrarse la entrada con la clave CIE-10 correspondiente.	// section[code/@code="11348-0"]/entry[4]/observation/value/@displayName


Discapacidades del paciente

*En caso de que el paciente presente uno o más discapacidades, se deberá incluir esta sección y una entrada con las variables con **ID sombreado** para cada discapacidad que presente.*


286	Descripción de las discapacidades del paciente	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Sí	Sí	<p>Debe mostrar al menos el nombre de cada una de las discapacidades que presente el paciente.</p> <p>Puede incluir texto más detallado</p>	//section[code/@code="21134002"]/text/text()
-----	--	--	-------	----	----	---	--

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
						acerca del estado de funcionamiento del paciente.	
287	Identificador único de la discapacidad del paciente	Identificador único que se utiliza cuando el paciente tiene más de una discapacidad	ID	No	Si	Registrado de acuerdo a las reglas y lineamientos de identificación de discapacidades al interior de cada organización.	//section[code/@code="21134002"]/entry/observation/id/@root
288	Clave de la discapacidad del paciente	Valor de la clave de identificación de la discapacidad del paciente de acuerdo a CIF.	Catálogo	No	Si	De acuerdo al catálogo de "CIF" publicado por CEMECE en México.	//section[code/@code="21134002"]/entry/observation/value/@code
289	Nombre de la discapacidad del paciente	Nombre de la discapacidad del paciente.	Catálogo	No	Si	Nombre de la discapacidad del paciente de acuerdo al valor de la variable "Clave de la discapacidad del paciente".	//section[code/@code="21134002"]/entry/observation/value/@displayName
<p>Medicamentos previos y actuales del paciente</p> <p><i>Incluir una entrada con las variables con ID sombreado para cada medicamento que el paciente consuma o haya consumido que sea relevante con el episodio documentado.</i></p>							
290	Descripción de medicamentos previos y actuales del paciente	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	Si	Debe presentar al menos la siguiente información para cada medicamento: <ul style="list-style-type: none"> Nombre del medicamento / sustancia activa Vía de administración Dosis Inicio de administración (fecha-hora) Fin de administración (fecha-hora) Observaciones acerca de la prescripción. 	//section[code/@code="10160-0"]/text
291	Clave del medicamento administrado	Valor de la clave del medicamento y sustancia activa, de acuerdo al Cuadro Básico de Medicamentos	Catálogo	Si	Si	De acuerdo al "Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos" emitido por el Consejo de Salubridad General.	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/@code
292	Medicamento administrado	Nombre del medicamento y sustancia activa.	Texto	Si	Si	Nombre del medicamento, refiriendo la sustancia activa y presentación, de acuerdo al valor de la variable "Clave del medicamento administrado".	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/@displayName
293	Clave de la vía de administración farmacológica	Valor de la clave de la vía de administración del medicamento.	Catálogo	No	Si	Vía de administración del medicamento de acuerdo al catálogo Vías de Administración de la NOM-024-SSA3-2012.	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/routeCode/@code
294	Nombre de la vía de administración farmacológica	Nombre de la vía de administración de medicamentos actuales y anteriores que haya consumido el paciente.	Catálogo	Si	Si	Nombre de la vía de administración de acuerdo al valor de la variable "Clave de la vía de administración farmacológica".	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/routeCode/@displayName
295	Dosis administrada	Dosis farmacológica suministrada de los medicamentos actuales y anteriores que haya consumido el paciente.	Texto	Si	Si	Dosis del medicamento y sustancia activa. Se debe indicar al menos la cantidad y unidad de medida.	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/doseQuantity/center/@value
296	Fecha de inicio del uso del medicamento	Momento en el que comenzó la administración del medicamento.	Fecha	No	Si	Debe indicarse al menos la fecha. Se recomienda indicar la hora en caso de conocerla.	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/effectiveTime/low/@value
297	Fecha final del uso del medicamento	Momento en el que concluyó la administración del medicamento.	Fecha	No	Si	Debe indicarse al menos la fecha. Se recomienda indicar la hora en caso de conocerla.	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/effectiveTime/high/@value
298	Observaciones de la prescripción	Observaciones de prescripción del medicamento actual o anterior que haya consumido el paciente.	Texto	No	Si	Texto libre introducido por el médico usuario del SIRES sobre el medicamento. Debe aparecer exactamente igual en la "Descripción de medicamentos previos y actuales del paciente".	//section[code/@code="10160-0"]/entry/substanceAdministration/text/text()
<p>Sintomatología del paciente</p>							
299	Manifestaciones Iniciales	Narrativa de la sintomatología descrita por el paciente y evolución del padecimiento actual desde su aparición y hasta la atención inicial.	Texto	No	No	Se debe capturar la descripción de las manifestaciones que generan el episodio del paciente en texto libre y sin abreviaciones.	//section[code/@code="10154-3"]/text
<p>Impresión diagnóstica</p>							
300	Impresión diagnóstica	Narrativa breve de la primera impresión del médico acerca del padecimiento del paciente.	Texto	No	No	Se debe capturar la descripción de la impresión diagnóstica del padecimiento del paciente, en texto	//section[code/@code="51848-0"]/text


	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
						libre y sin abreviaciones.	
Diagnósticos y problemas de salud <i>Incluir una entrada con las variables con ID sombreado para cada problema de salud diagnosticado al paciente durante el episodio que documenta este CDA.</i>							
301	Descripción de los diagnósticos.	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Sí	No	Debe presentar para cada diagnóstico al menos la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> Fecha Descripción del diagnóstico Se recomienda mostrar para cada diagnóstico también: <ul style="list-style-type: none"> Tipo Fecha de término Clave CIE-10 Observaciones 	//section[code/@code="11450-4"]/text
302	Fecha de inicio del problema diagnosticado	Fecha en que se presentó el problema diagnosticado.	Fecha	Sí	No	De acuerdo al formato de fecha y hora establecido.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/effectiveTime/low/@value
303	Fecha de término del problema diagnosticado	Fecha en que el problema diagnosticado dejó de estar activo.	Fecha	No	No	De acuerdo al formato de fecha y hora establecido.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/effectiveTime/high/@value
304	Identificador único por cada afección del paciente.	Valor del identificador único por cada afección del paciente asociada al evento.	ID	No	No	Identificador (aleatorio o consecutivo) asignado al registro de cada afección del paciente dentro del SIRE.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/id/@root
305	Número de la afección	Número consecutivo de cada afección del paciente por episodio.	Número	No	No	Valor consecutivo de la afección del paciente de conformidad a la normatividad en Información en Salud.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/id/@extension
306	Clave del Tipo de diagnóstico	Valor de la clave que distingue si el diagnóstico se refiere a una afección, comorbilidad, re selección, causa externa, etc...	Catálogo	No	No	Código SNOMED correspondiente al tipo de diagnóstico. Indicar "282291009" si es un diagnóstico sin especificar su tipo.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/code/@code
307	Nombre del Tipo de diagnóstico	Descripción que distingue si el diagnóstico se refiere a una afección, comorbilidad, re selección, causa externa, etc...	Texto	No	No	Valor correspondiente a la "Clave del tipo de diagnóstico".	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/code/@displayName
308	Descripción del problema diagnosticado	Narrativa registrada por el médico de forma libre.	Texto	Sí	No	Redacción clara en texto libre, sin abreviaciones. Debe aparecer exactamente igual en la "Descripción de los diagnósticos".	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/text/text()
309	Clave CIE 10 del problema diagnosticado	Clave CIE10 del problema diagnosticado asignada por un codificador experto en el SIRE.	Catálogo	No	No	Clave de acuerdo a la CIE-10, clasificación de las enfermedades a 4 dígitos de acuerdo a los criterios del CEMECE.	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/value/@code
310	Nombre del problema diagnosticado	Enfermedad correspondiente a la clave CIE10 del problema diagnosticado.	Catálogo	No	No	Enfermedad correspondiente a la "Clave CIE 10 del problema diagnosticado".	//section[code/@code="11450-4"]/entry/act/entryRelationship/observatio n/value/@displayName
Procedimientos realizados al paciente <i>Incluir esta sección si se realizaron procedimientos quirúrgicos o terapéuticos al paciente durante el episodio que documenta este CDA. Incluir una entrada con las variables con ID sombreado para cada procedimiento.</i>							
311	Descripción de los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Sí	No	Debe presentar para cada procedimiento al menos la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> Descripción del procedimiento Se recomienda mostrar para cada diagnóstico también: <ul style="list-style-type: none"> Fecha y hora Clave CIE-9MC Médico y su cédula Servicio (ubicación) Observaciones 	//section[code/@code="11450-4"]/text
312	Clave CIE-9MC del procedimiento realizado	Clave CIE-9 MC del procedimiento realizado, introducida por un codificador experto en el SIRE.	Catálogo	No	No	Clave de acuerdo a la CIE-9 MC de acuerdo a los criterios del CEMECE.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/code/@code
313	Nombre del procedimiento	Descripción correspondiente a la clave CIE9 MC del	Catálogo	No	No	Descripción correspondiente a la "Clave CIE 9 MC del	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/code/@displayName


 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
	realizado	procedimiento realizado.				procedimiento realizado .	
314	Descripción del procedimiento realizado	Narrativa registrada por el médico de forma libre.	Texto	Si	No	Redacción clara en texto libre, sin abreviaciones. Debe aparecer exactamente igual en la "Descripción de los procedimientos" .	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/code/originalText/text()
315	Fecha realización del procedimiento	Fecha en que se realizó el procedimiento.	Fecha	No	No	De acuerdo al formato de fecha y hora establecido.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/effectiveTime/@value
316	Cédula profesional del médico responsable del procedimiento	Número de cédula profesional del médico responsable del procedimiento proporcionado por el registro nacional de profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	Entero	No	No	Las cédulas enviadas deberán ser validadas con la SEP. El número debe estar registrado ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/performer/assignedEntity/id/@root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18"/@extension
317	Nombre del médico responsable del procedimiento	Nombre del médico responsable del procedimiento	Texto	No	No	De acuerdo al registro en obra del establecimiento de salud.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/given
318	Primer apellido del médico responsable del procedimiento	Nombre del médico responsable del procedimiento	Texto	No	No	De acuerdo al registro en obra del establecimiento de salud.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[1]
319	Segundo apellido del médico responsable del procedimiento	Nombre del médico responsable del procedimiento	Texto	No	No	De acuerdo al registro en obra del establecimiento de salud.	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/performer/assignedEntity/assignedPerson/name/family[2]
320	Clave del servicio donde se realizó el procedimiento	Identificador del área de servicio donde se realizó el procedimiento.	Catálogo	No	No	De acuerdo al catálogo asociado de áreas de servicio HL7 ² (2.16.840.1.113883.6.259 ²): <ul style="list-style-type: none"> • 1096-7: Quirófano • 1024-9: Unidad de cuidados intensivos. • 1059-5: Sala de trabajo, parto, recuperación y postparto (LDRP), • 1060-3: Pabellón de hospitalización. • 1166-8: Centro de cirugía ambulatoria. • 1174-2: Servicios móviles de urgencia. • 1108-0: Urgencias. • 1171-8: Hospitalización en penal. • 1192-4: Cuidados en casa. • 1204-7: Ubicación fuera del establecimiento de salud. 	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/participant/Role[@classCode="SDLOC"/]/code/@code
321	Nombre del servicio donde se realizó el procedimiento	Nombre del área de servicio donde se realizó el procedimiento.	Texto	No	No	Nombre de la ubicación donde se realizó la atención, de acuerdo al valor de la variable "Clave del servicio donde se realizó el procedimiento" .	//section[code/@code="47519-4"]/entry/procedure/participant/Role[@classCode="SDLOC"/]/code/@displayName
<p align="center">Medicamentos administrados al paciente durante la atención</p> <p><i>Incluir esta sección si se administraron medicamentos al paciente durante el episodio que documenta este CDA. Incluir una entrada con las variables con ID sombreado para cada medicamento administrado.</i></p>							
322	Descripción de los medicamentos administrados	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	Si	En caso de que haya existido una atención previa y se hayan prescrito medicamentos, se debe presentar al menos la siguiente información para cada medicamento: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del medicamento / sustancia activa • Vía de administración • Dosis • Inicio de administración (fecha-hora) • Fin de administración (fecha-hora) • Observaciones acerca de la prescripción. 	//section[code/@code="29549-3"]/text/text()


² Se puede consultar el catálogo detallado en inglés en: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/CDA/Table%2062%20Healthcare%20Service%20Location%20Codes.pdf>

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
323	Observaciones de la administración del medicamento	Observaciones de prescripción del medicamento actual o anterior que haya consumido el paciente.	Texto	No	Si	Texto libre introducido por el médico usuario del SIRES sobre el medicamento. Debe aparecer exactamente igual en la "Descripción de medicamentos previos y actuales del paciente" .	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/text/text()
324	Clave de la vía de administración farmacológica	Valor de la clave de la vía de administración del medicamento.	Catálogo	No	Si	Vía de administración del medicamento de acuerdo al catálogo Vías de Administración de la NOM-024-SSA3-2012.	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/routeCode/@code
325	Nombre de la vía de administración farmacológica	Nombre de la vía de administración de medicamentos actuales y anteriores que haya consumido el paciente.	Catálogo	Si	Si	Nombre de la vía de administración de acuerdo al valor de la variable "Clave de la vía de administración farmacológica" .	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/routeCode/@displayName
326	Dosis administrada	Dosis farmacológica suministrada de los medicamentos actuales y anteriores que haya consumido el paciente.	Texto	Si	Si	Dosis del medicamento y sustancia activa. Se debe indicar al menos la cantidad y unidad de medida.	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/doseQuantity/@value
327	Fecha de inicio de la administración del medicamento	Momento en el que comenzó la administración del medicamento.	Fecha	No	Si	Debe indicarse al menos la fecha. Se recomienda indicar la hora en caso de conocerla.	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/effectiveTime/low/@value
328	Fecha final de la administración del medicamento	Momento en el que concluyó la administración del medicamento.	Fecha	No	Si	Debe indicarse al menos la fecha. Se recomienda indicar la hora en caso de conocerla.	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/effectiveTime/high/@value
329	Clave del medicamento administrado	Valor de la clave del medicamento y sustancia activa, de acuerdo al Cuadro Básico de Medicamentos	Catálogo	Si	Si	De acuerdo al "Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos" emitido por el Consejo de Salubridad General.	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/@code
330	Medicamento administrado	Nombre del medicamento y sustancia activa.	Texto	Si	Si	Nombre del medicamento, refiriendo la sustancia activa y presentación, de acuerdo al valor de la variable "Clave del medicamento administrado" .	//section[code]/@code="29549-3"/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/@displayName
Evolución del paciente durante la atención							
331	Evolución del paciente	Narrativa que describe brevemente la evolución que el paciente ha tenido durante su atención médica.	Texto	Si	No	Redacción clara en texto libre, sin abreviaciones.	//section[code]/@code="8648-8"/text/text()
Signos vitales							
<i>Incluir una entrada para la primera y última medición de cada signo vital durante el episodio. Para cada entrada registrar las variables con ID sombreado.</i>							
332	Descripción de los signos vitales	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	No	Debe presentar al menos la siguiente información para cada signo vital: <ul style="list-style-type: none"> Nombre del signo vital Valor y unidad Fecha-hora de medición Observaciones 	//section[code]/@code="8716-3"/text/text()
333	Clave de identificación del signo vital	Valor de la clave de identificación del tipo de signo vital del que se presenta el resultado.	Catálogo	No	No	Considerar el siguiente catálogo para "Signos vitales" de: <ul style="list-style-type: none"> 8302-2 = Talla 3141-9 = Peso 8480-6 = Tensión arterial (Sistólica) 8462-4 = Tensión arterial (Diastólica) 8886-4 = Frecuencia cardiaca 9275-9 = Frecuencia respiratoria 8310-5 = Temperatura Debe registrarse el valor de la clave del identificador del tipo de signo vital.	//section[code]/@code="8716-3"/entry/organizer/component/observation/code/@code
334	Nombre del signo vital	Nombre del signo vital del que se presenta el resultado.	Texto	Si	No	Debe registrarse el nombre del tipo de signo vital de acuerdo con la variable "Clave de identificación del signo vital" .	//section[code]/@code="8716-3"/entry/organizer/component/observation/code/@displayName
335	Fecha del signo vital	Fecha en la que fue tomado el signo vital del paciente.	Fecha	Si	No	De acuerdo al formato de fecha y hora establecido.	//section[code]/@code="8716-3"/entry/organizer/component/observation/effectiveTime/@value
336	Resultado de la medición del signo vital	Valor resultante de la medición del signo vital del paciente.	Texto	Si	No	Valor de la medición en texto libre de acuerdo a la unidad de medida de cada signo vital	//section[code]/@code="8716-3"/entry/organizer/component/observation/value/@value

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO</p>		
<p>CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05</p>	<p>VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05</p>	<p>FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014</p>	



ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
337	Unidad de expresión del resultado del signo vital	Tipo de unidad de la medición del signo vital del paciente	Texto	Si	No	Unidad de medida mediante la cual se cuantifica o mide el signo vital correspondiente	//section[code]/@code="8716-3"/entry/organizer/component/observation/value/@unit
<p align="center">Resultados de estudios de laboratorio</p> <p><i>Incluir un grupo (*) para cada batería de estudios de laboratorio, gabinete y auxiliares de diagnóstico registrados en el episodio; registrar dentro de cada batería las variables de cada uno de los resultados (**). Incluir una entrada con las variables con ID sombreado para cada estudio.</i></p>							
338	Descripción de los resultados de estudios	Tabla o listado que muestre en forma legible la información codificada a continuación.	Texto	Si	No	Debe presentar una tabla o listado para cada batería de pruebas o estudios de laboratorio realizados durante el episodio. La tabla de cada batería deberá contar al menos con la siguiente información para cada resultado: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba (analito) • Fecha y hora del resultado • Valor y unidad del resultado Se recomienda que adicionalmente se incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Rango de referencia para cada resultado. 	//section[code]/@code="30954-2"/text/text()
339	Identificador del sistema de codificación de estudios	OID del sistema de codificación utilizado para codificar la batería de estudios	OID	No	Si	Puede ser un sistema de codificación internacional como SNOMED CT ó LOINC, o bien, el sistema de codificación acordado por los prestadores de servicios de salud involucrados. Debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/code/@codeSystem
340	Nombre del sistema de codificación de estudios	Nombre del sistema de codificación utilizado para codificar la batería de estudios	Texto	No	Si	Nombre correspondiente al "Identificador del sistema de codificación de estudios" registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/code/@codeSystemName
341	Clave del tipo de batería de estudios	Valor que identifica al tipo de batería de acuerdo al "Sistema de codificación de estudios" utilizado.	Catálogo	No	Si	De acuerdo los lineamientos del "Sistema de codificación de estudios" utilizado.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/code/@code
342	Nombre del tipo de batería de estudios	Nombre que identifica al tipo de batería de acuerdo al "Sistema de codificación de estudios" utilizado.	Catálogo	No	Si	Nombre correspondiente al "Clave del tipo de batería de estudios" en el "Sistema de codificación de estudios" utilizado.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/code/@displayName
343	Identificador del sistema de codificación de resultados	OID del sistema de codificación utilizado para codificar resultados (analitos) de las pruebas diagnósticas	OID	No	Si	Puede ser un sistema de codificación internacional como SNOMED CT ó LOINC, o bien, el sistema de codificación acordado por los prestadores de servicios de salud involucrados. Debe contar con un OID asociado y registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/code/@codeSystem
344	Nombre del sistema de codificación de resultados	Nombre del sistema de codificación utilizado para codificar resultados (analitos) de las pruebas diagnósticas	Texto	No	Si	Nombre correspondiente al "Identificador del sistema de codificación de resultados" registrado ante la SS o HL7 internacional.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/code/@codeSystemName
345	Clave del tipo de resultado	Valor que identifica al tipo de resultado (analito) de la prueba de acuerdo al "Sistema de codificación de resultados" utilizado.	Catálogo	No	Si	De acuerdo los lineamientos del "Sistema de codificación de resultados" utilizado.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/code/@code
346	Nombre del tipo de resultado	Nombre que identifica al tipo de resultado (analito) de la prueba de acuerdo al "Sistema de codificación de resultados" utilizado.	Catálogo	No	Si	Nombre correspondiente al "Clave del tipo de resultado" en el "Sistema de codificación de resultados" utilizado.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/code/@displayName
347	Fecha y hora del resultado	Fecha y hora registrada por el sistema de laboratorio o auxiliar de diagnóstico en que se obtuvo el resultado de la prueba	Fecha	No	Si	De acuerdo al formato establecido para fecha y hora.	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/effectiveTime/@value
348	Valor del resultado	Valor resultante de la medición del estudio de laboratorio o prueba.	Texto	No	Si	Valor resultante de la medición dentro de la prueba o estudio de laboratorio	//section[code]/@code="30954-2"/entry/organizer/component/observation/value/@value

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

ID	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación	Ruta
349	Unidad de expresión del resultado	Tipo de unidad de la medición del "Valor del resultado"	Texto	No	Sí	Unidad de medida que corresponda, mediante la cual se cuantifica el resultado del estudio de laboratorio o prueba.	//section[code/@code="30954-2"]/entry/organizer/component/observation/value/@unit
350	Rango de referencia para el resultado	Especificación de los valores mínimos y máximos para la prueba de acuerdo al perfil del paciente	Texto	No	Sí	Si está presente, debe incluir entre otros valores: el rango de valores, unidades y en su caso, el sexo y grupo de edad correspondientes.	//section[code/@code="30954-2"]/entry/organizer/component/observation/referenceRange/observationRange/text/text()
Plan de tratamiento y recomendaciones terapéuticas							
351	Plan de tratamiento y recomendaciones terapéuticas	Narrativa con las indicaciones generales que deben seguir el paciente y/o equipo de atención, así como un listado de los medicamentos prescritos al alta del paciente.	Texto	Sí	No	Texto libre y sin abreviaciones.	//section[code/@code="18776-5"]/text/text()
Pronóstico de salud del paciente							
352	Pronóstico de salud del paciente	Narrativa del pronóstico que el médico determina para el paciente tras el egreso o fin del episodio documentado.	Texto	Sí	Sí	Pronóstico redactado por el profesional de la salud respecto de la salud del paciente.	//section[code/@code="47420-5"]/text/text()

Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente	Observaciones
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud	DGIS	La versión más actual se publica en la página de internet de la DGIS: http://www.dgis.salud.gob.mx
MEDICAMENTOS	Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos	Consejo de Salubridad General	
ENTIDADES	Entidades Federativas de la República Mexicana	INEGI	
MUNICIPIOS	Municipios de la República Mexicana	INEGI	
LOCALIDADES	Localidades de la República Mexicana	INEGI	
CÓDIGOS POSTALES	Códigos Postales de la República Mexicana	SEPOMEX	
NACIONALIDADES	Nacionalidades	RENAPO	
RELIGIONES	Clasificación de religiones	INEGI	
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	Vías de administración de los medicamentos	Consejo de Salubridad General	
DIAGNÓSTICOS	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, versión oficial vigente (CIE-10).	CEMECE	
PROCEDIMIENTOS	Clasificación Estadística Internacional de Procedimientos de la Codificación Clínica, versión oficial vigente para procedimientos (CIE-9-MC, Capítulo de Procedimientos).	CEMECE	
DISCAPACIDADES	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), versión oficial vigente.	CEMECE	

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014	

Reglas de validación adicionales

A continuación se presentan las validaciones que deberán considerarse durante la generación del documento clínico. Todos los documentos que se elaboren a partir de esta guía deberán cumplir con estas validaciones de estructura y contenido de acuerdo a lo que se establece a continuación:

- Las variables de la sección “Responsable del Paciente”, son obligatorias para cuando el paciente sobre el cual se elabora el resumen clínico es:
 - o Menor de edad
 - o Discapacitado
 - o Hospitalizado
 - o Trasladado
- Las variables de la sección de “Signos Vitales” tanto en la atención inicial como al egreso son obligatorias para pacientes menores de 18 años.
- Los OID que cada SIREs utilice para identificar vocabularios, sistemas, aplicaciones, documentos, etc. deberán ser identificadores registrados ante HL7 o la SS de acuerdo a lo establecido en la GIIS-A003-01-04.
- El registro de fecha y hora se debe llevar de acuerdo a la siguiente nomenclatura:
 - o 4 dígitos para el año: aaaa
 - o 2 dígitos para el mes: mm
 - o 2 dígitos para el día: dd
 - o 2 dígitos para la hora: hh
 - o 2 dígitos para los minutos: ii
 - o 2 dígitos para los segundos: ss
 - o Especificación de horario:
 - Verano: -0500
 - Invierno: -0600


De esta manera la fecha 15 de septiembre de 2014 a las 5:30 pm, quedaría expresada de la siguiente manera: 20140915173000-0500

CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

Definición de la estructura

El documento clínico que se genere a partir de la presente guía deberá estar contenido en un archivo XML de conformidad con la estructura que se describe en las siguientes secciones y de acuerdo con el estándar HL7 CDA R2.0.

El documento está dividido en 2 principales apartados: cabecera (header) y contenido estructurado (structured body). En el primer apartado se encuentran los datos de identificación del documento y los participantes asociados con su contenido, objeto y

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014

elaboración. Dentro del segundo apartado se ubican los datos asociados con el contenido clínico del resumen en cuestión.

El documento que se genere debe cumplir con la estructura descrita a continuación. Dentro de este documento se identifican a los valores que deberán sustituirse en el mismo dentro de la etiqueta "--VALOR--", de manera que entre dos guiones medios (--) se puede identificar el valor que debe ser colocado por el usuario.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="cda/CDAMX.xsl"?>
<ClinicalDocument xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 cda/CDA.xsd" xmlns:mif="urn:hl7-org:v3/mif" xmlns="urn:hl7-org:v3">
  <!--
    Referirse a la "Guía de Intercambio de Información en Salud para Documentos Clínicos Electrónicos GII-A001-CDAMX-01-01" para las definiciones de
    variables y normatividad a cumplir.

    Para conocer más detalle y los derechos de autor de los estándares favor de revisar dicha referencia en www.hl7.org
  -->

  <!-- Código para realm de México-->
  <realmCode code="MX"/>

  <!-- OID para documentos estándar "HL7 Registered RIMs"-->
  <typed root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>

  <!-- Template para Documentos Clínicos en México [*]-->
  <templateId root="2.16.840.1.113883.3.215.11.1.1"/>

  <!-- ***** ENCABEZADO DEL DOCUMENTO ***** -->

  <!-- Identificador único de este documento generado
    - root: OID del sistema que genera el documento, o bien, del mecanismo de identificación de documentos que ocupe.
    - extension: UUID o identificador único del documento generado por el sistema emisor.
    - assigningAuthorityName: Nombre (corto) del sistema que está generado el documento (para mayor detalle ver <author>)
  -->
  <id root="--OID del identificador o sistema generador del documento--" extension="-- Valor del identificador único del documento --"
  assigningAuthorityName="--Nombre del Sistema--"/>

  <!-- Tipo de documento (tomar de valores seleccionados para México de LOINC) -->
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="34133-9" displayName="Nota Resumen de Episodio"/>

  <!-- Título de acuerdo al tipo de CDA que se está generando -->
  <title>Resumen Clínico</title>

  <!-- Momento de generación del CDA en formato aaaammddhhiiss-->
  <effectiveTime value="--aaaammddhhiiss--"/>

  <!-- Nivel de confidencialidad de acuerdo al catálogo de HL7. Posibles códigos y valores:
    L - Bajo
    M - Moderado
    N - Normal
    R - Restringido
    U - Irrestringido
    V - Muy restringido
  -->
  <confidentialityCode codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25" codeSystemName="Confidentiality" code="--Valor del Nivel de confidencialidad de acuerdo al
  catálogo--" displayName="--Nombre del Nivel de confidencialidad de acuerdo al catálogo--"/>

  <!-- Código del lenguaje en el que se genera el contenido del documento -->
  <languageCode code="es-MX"/>

  <!-- Identificador del documento base (igual al id del documento en caso de la primera versión del mismo) -->
  <setId root="--OID de identificación del documento base del sistema--" extension="--Identificador único del documento base--" assigningAuthorityName="--
  Nombre del sistema generador del documento base--"/>

  <!-- Versión del documento -->
  <versionNumber value="--Número de versión del documento--"/>

  <!-- Datos del paciente -->
  <recordTarget>
    <patientRole>
```

```

<!-- Identificador ÚNICO del paciente en el sistema que genera el documento.
- root: OID del sistema de identificación.
- extension: identificador del paciente.
- assigningAuthorityName: descripción legible del identificador-->
<id root="---OID del Identificador único de paciente--" extension="--Valor único del identificador de paciente--" assigningAuthorityName="--Nombre del
identificador usado por el sistema--"/>

<!-- extension: CURP del paciente -->
<id root="2.16.840.1.113883.3.215" extension="--Clave Unica de Registro de Población (CURP) del paciente--" assigningAuthorityName="CURP"/>

<!-- Otros identificadores relevantes-->
<id root="--OID Identificador adicional de paciente--" extension="--Identificador adicional de paciente--" assigningAuthorityName="--Nombre del
identificador adicional de paciente--"/>

<!-- Nacionalidad del paciente de acuerdo al catálogo de RENAPO-->
<id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.15" extension="--Valor de nacionalidad de acuerdo a catálogo--" assigningAuthorityName="Nacionalidad" />

<!-- Edad del paciente en años en el momento de la atención -->
<id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.501" extension="--Edad del paciente--" assigningAuthorityName="Edad"/>

<!-- Domicilio de residencia del paciente. En caso de definirse más de un domicilio para el paciente, el de residencia debe ser el primero y con
@use="HP"-->
<addr>
  <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
  -- Domicilio completo en texto libre--

  <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
  <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
  <!--Nombre de la vialidad -->
  <streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
  <!--Número exterior (parte numérica)-->
  <houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
  <!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
  <houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
  <!--Número interior (parte numérica) -->
  <unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
  <!--Número interior (parte alfanumérica) -->
  <unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
  <!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
  <deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
  <!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
  <deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
  <!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
  <precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
  <!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
  <county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
  <!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
  <state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
  <!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
  <postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
  <!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
  <country>--País--</country>
</addr>

<!--Medios de contacto del paciente, esto es, teléfonos, correos electrónicos.
- value: utilizar el prefijo "tel:" para indicar que es un teléfono, "mailto:" para indicar e-mail.
-->
<telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
<telecom value="mailto:--ejemplo@correo.com--"/>

<patient>
  <!-- Nombre completo del paciente (nombre y primer apellido)-->
  <name>
    <!--Nombre(s) del paciente-->
    <given>--Nombre(s)--</given>
    <!--Primer apellido del paciente-->
    <family>--Primer apellido--</family>
    <!--Segundo apellido del paciente-->
    <family>--Segundo apellido--</family>
  </name>

  <!-- Sexo del paciente de acuerdo a catálogo de HL7 referido en el OID. Posibles valores: (F, M, U) o UNK si se desconoce-->
  <administrativeGenderCode codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1" codeSystemName="Administrative Gender" code="--Valor del Sexo de acuerdo a
catálogo--" displayName="--Nombre del Sexo de acuerdo a catálogo--"/>

```



```

<!-- Fecha o fecha-hora de nacimiento del paciente en formato aaaammddhhiiss-->
<birthTime value="--aaaammddhhiiss--"/>

<!-- Estado civil de acuerdo al catálogo estándar de HL7
D - Divorciado(a)
M - Casado(a)
U - Soltero(a)
W - Viudo(a)
T - Unión Libre
L - Separado(a)
-->
<maritalStatusCode codeSystem="2.16.840.1.113883.5.2" codeSystemName="MaritalStatus" code="--Valor del Estado civil de acuerdo a catálogo--"
displayName="--Nombre del Estado civil de acuerdo a catálogo--"/>

<!-- Religión de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<religiousAffiliationCode codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.11" codeSystemName="Religiones INEGI" code="--Valor de la Religión de
acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre de la Religión de acuerdo a catálogo--"/>

<!-- Grupo étnico / lengua indígena de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<ethnicGroupCode codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.10" codeSystemName="Lenguas Indígenas INEGI" code="--Valor de Lengua indígena
de acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre de Lengua indígena de acuerdo a catálogo--"/>
<birthplace>
  <place>
    <addr>
      <!-- Clave de la Entidad federativa de nacimiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <state>--Valor de la Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
    </addr>
  </place>
</birthplace>

<!-- Datos del responsable legal del paciente (Padre, Tutor, Representante legal, etc.)-->
<guardian>
  <!-- Parentesco o relación con el paciente ver catálogo HL7: http://wiki.hl7.de/index.php/2.16.840.1.113883.5.111 -->
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="Role Code" code="--Valor del Parentesco de acuerdo al catálogo--"
displayName="--Nombre del Parentesco de acuerdo al catálogo--"/>

  <!-- Domicilio del responsable del paciente -->
  <addr>
    <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
    -- Domicilio completo en texto libre--

    <!-- Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
    <!-- Nombre de la vialidad -->
    <streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
    <!-- Número exterior (parte numérica)-->
    <houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
    <!-- Número exterior (parte alfanumérica) -->
    <houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
    <!-- Número interior (parte numérica) -->
    <unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
    <!-- Número interior (parte alfanumérica) -->
    <unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
    <!-- Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
    <!-- Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
    <!-- Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
    <!-- Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
    <county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
    <!-- Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
    <!-- Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
    <postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
    <!-- Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
    <country>--País--</country>
  </addr>

  <!-- Medios de contacto del responsable del paciente (1:N): teléfono, correo, etc. -->
  <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
  <telecom value="mailto:--Correo electrónico--"/>

  <guardianPerson>
    <!-- Nombre completo del responsable legal del paciente -->

```

```

<name>
  <!--Nombre(s) del responsable del paciente-->
  <given>--Nombre(s)--</given>
  <!--Primer apellido del responsable del paciente-->
  <family>--Primer apellido--</family>
  <!--Segundo apellido del responsable del paciente-->
  <family>--Segundo apellido--</family>
</name>
</guardianPerson>
</guardian>
</patient>

<!-- Datos de la unidad a la que pertenece el paciente-->
<providerOrganization>
  <!-- Clave Única de Establecimiento de Salud de atención de acuerdo al catálogo de CLUES de la SS/DGIS-->
  <id root="2.16.840.1.113883.4.631" extension="--Valor de la CLUES de acuerdo al catálogo--" assigningAuthorityName="CLUES"/>
  <!-- Nombre del establecimiento de atención-->
  <name>--Nombre del Establecimiento de salud de acuerdo al catálogo de CLUES--</name>

  <!-- Medios de contacto del establecimiento -->
  <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
  <telecom value="mailto:--Correo electrónico--"/>

  <!-- Domicilio del establecimiento -->
  <addr>
    <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
    -- Domicilio completo en texto libre--

    <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
    <!--Nombre de la vialidad -->
    <streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
    <!--Número exterior (parte numérica)-->
    <houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
    <!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
    <houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
    <!--Número interior (parte numérica) -->
    <unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
    <!--Número interior (parte alfanumérica) -->
    <unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
    <!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
    <!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
    <!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
    <!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
    <county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
    <!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
    <!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
    <postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
    <!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
    <country>--País--</country>
  </addr>

</providerOrganization>
</patientRole>
</recordTarget>

<!-- Datos del destinatario del documento-->
<informationRecipient>
  <intendedRecipient>
    <!--extension: Cédula profesional del médico destinatario-->
    <id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18" extension="--Número de cédula profesional--"/>
    <!-- Medios de contacto del destinatario del documento -->
    <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
    <telecom value="mailto:--Correo Electrónico--"/>
    <!-- Ubicación del destinatario del documento -->
    <addr>
      <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
      -- Domicilio completo en texto libre--

      <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>

```



```

<!--Nombre de la vialidad -->
<streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
<!--Número exterior (parte numérica)-->
<houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
<!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
<houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
<!--Número interior (parte numérica) -->
<unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
<!--Número interior (parte alfanumérica) -->
<unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
<!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
<!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
<!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
<!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
<!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
<!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
<postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
<!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
<country>--País--</country>
</addr>
<informationRecipient>
  <!-- Nombre completo del destinatario (i.e. médico consultado) al que se dirige este CDA -->
  <name>
    <!--Nombre(s) del destinatario del documento-->
    <given>--Nombre(s)--</given>
    <!--Primer apellido del destinatario del documento-->
    <family>--Primer apellido--</family>
    <!--Segundo apellido del destinatario del documento-->
    <family>--Segundo apellido--</family>
  </name>
</informationRecipient>
<receivedOrganization>
  <!-- OID de la institución a la que pertenece el destinatario -->
  <id root="---OID de la institución/organización/dependencia a la que pertenece el destinatario"/>
  <!-- Clave Única de Establecimiento de Salud donde se encuentra el destinatario de acuerdo al catálogo de CLUES de la SS/DGIS-->
  <id root="2.16.840.1.113883.4.631" extension="---Valor de la CLUES de acuerdo al catálogo---" assigningAuthorityName="CLUES"/>
  <!-- Nombre de la institución a la que pertenece el destinatario -->
  <name>--Nombre de la institución/organización/dependencia a la que pertenece el destinatario--</name>
</receivedOrganization>
</intendedRecipient>
</informationRecipient>

<!-- Autor (Sistema que genera el CDA e institución) -->
<author>
  <!-- Momento de generación del CDA, o bien, momento en el que se obtienen los datos para generarlo -->
  <time value="aaaammddhhiiss"/>
  <assignedAuthor>
    <!-- OID del sistema que genera el CDA -->
    <id root="---OID del sistema que genera el CDA--"/>
    <assignedAuthoringDevice>
      <!-- Nombre del sistema (Fabricante, Producto, Versión) que genera el documento electrónico -->
      <softwareName>--Software, Dispositivo,Producto--</softwareName>
      <!-- Descripción (fabricante, modelo) del dispositivo que genera el documento electrónico -->
      <manufacturerModelName>--Versión del software, modelo del dispositivo o producto--</manufacturerModelName>
    </assignedAuthoringDevice>
    <!-- Medios de contacto de la institución responsable de la autoría del documento electrónico -->
    <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
    <telecom value="mailto:--Correo Electrónico--"/>
    <!-- Domicilio "legible" de la institución responsable de la autoría del documento electrónico -->
    <addr>
      <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
      -- Domicilio completo en texto libre--

      <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
      <!--Nombre de la vialidad -->
      <streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
      <!--Número exterior (parte numérica)-->
      <houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
      <!--Número exterior (parte alfanumérica) -->

```

```

<houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
<!--Número interior (parte numérica) -->
<unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
<!--Número interior (parte alfanumérica) -->
<unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
<!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
<!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
<!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
<!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
<!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
<!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
<postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
<!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
<country>--País--</country>
</addr>
<representedOrganization>
<!-- OID de la institución responsable de la autoría del documento electrónico -->
<id root="OID de la Institución responsable de la autoría del documento electrónico --"/>
<!-- Nombre de la institución responsable de la autoría del documento -->
<name>-- Nombre de la Institución responsable de la autoría del documento electrónico --</name>
</representedOrganization>
</assignedAuthor>
</author>

<!-- Datos de identificación del Capturista de los datos del documento electrónico -->
<dataEnterer>
<!-- Momento en que el usuario introdujo los datos del documento en el software. Formato de fecha aaaammddhiiss-->
<time value="aaaammddhiiss--"/>
<assignedEntity>
<!-- Identificador único del usuario que introduce los datos en el software
- root: OID del sistema de identificación de usuarios, puede ser uno propio o uno estándar como la cédula profesional
- extension: Valor del identificador del usuario-->
<id root="OID del sistema de identificador único del usuario capturista-" extension="Valor del identificador único del usuario capturista--"/>
<assignedPerson>
<!-- Nombre completo del usuario capturista de este documento -->
<name>
<!--Nombre(s) del Capturista del documento-->
<given>--Nombre(s)--</given>
<!--Primer apellido del Capturista del documento-->
<family>--Primer apellido--</family>
<!--Segundo apellido del Capturista del documento-->
<family>--Segundo apellido--</family>
</name>
</assignedPerson>
</assignedEntity>
</dataEnterer>

<!-- Responsable del archivamiento, esto es, resguardo del CDA y su documentación original -->
<custodian>
<assignedCustodian>
<representedCustodianOrganization>
<!-- Clave Única del Establecimiento de Salud de acuerdo al catálogo CLUES de la SS/DGIS donde se encuentra la documentación física respaldo de este documento electrónico -->
<id root="2.16.840.1.113883.4.631" extension="Valor de la CLUES de acuerdo al catálogo--" assigningAuthorityName="CLUES"/>
<!-- Nombre del establecimiento donde se encuentra la documentación física respaldo de este documento electrónico -->
<name>--Nombre del Establecimiento de salud de acuerdo al catálogo de CLUES--</name>
<!-- Medios de contacto del establecimiento donde se encuentra la documentación física respaldo de este documento electrónico -->
<telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
<telecom value="mailto:--Correo Electrónico--"/>

<!-- Domicilio del establecimiento que resguarda la información -->
<addr>
<!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
-- Domicilio completo en texto libre--

<!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
<!--Nombre de la vialidad -->
<streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
<!--Número exterior (parte numérica)-->

```

```

<houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
<!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
<houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
<!--Número interior (parte numérica) -->
<unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
<!--Número interior (parte alfanumérica) -->
<unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
<!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
<!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
<!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
<!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
<!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
<state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
<!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
<postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
<!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
<country>--País--</country>
</addr>
</representedCustodianOrganization>
</assignedCustodian>
</custodian>

<!-- Responsable legal "firmante" de este documento -->
<legalAuthenticator>
  <!-- Momento de firma del documento en formato "aaaammddhhiiss"-->
  <time value="--aaaammddhhiiss--"/>
  <!--Código para determinar si el documento fué firmado y puede tener los siguientes valores:
    S = Firmado.
    X = Se requiere la firma
  -->
  <signatureCode code="--Valor del código para determinar si la firma fue plasmada en el documento--"/>
  <assignedEntity>
    <!-- extension: Cédula profesional del médico responsable legal del documento -->
    <id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18" extension="--Número de cédula profesional--"/>
    <!-- Domicilio del responsable legal del documento -->
    <addr>
      <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
      -- Domicilio completo en texto libre--

    <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
    <!--Nombre de la vialidad -->
    <streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
    <!--Número exterior (parte numérica)-->
    <houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
    <!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
    <houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
    <!--Número interior (parte numérica) -->
    <unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
    <!--Número interior (parte alfanumérica) -->
    <unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
    <!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
    <!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
    <!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
    <!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
    <county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
    <!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
    <state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
    <!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
    <postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
    <!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
    <country>--País--</country>
  </addr>
  <!-- Medios de contacto del responsable legal del documento -->
  <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
  <telecom value="mailto:--Correo Electrónico--"/>
</assignedPerson>
<!-- Nombre completo del responsable legal que firma el documento -->

```

```

<name>
  <!--Nombre(s) del Responsable legal del documento-->
  <given>--Nombre(s)--</given>
  <!--Primer apellido del Responsable legal del documento-->
  <family>--Primer apellido--</family>
  <!--Segundo apellido del Responsable legal del documento-->
  <family>--Segundo apellido--</family>
</name>
</assignedPerson>
</assignedEntity>
</legalAuthenticator>

<!-- Datos del "episodio" (periodo de tiempo con una o más atenciones relacionadas con un problema) que documenta este CDA -->
<documentationOf typeCode="DOC">
  <serviceEvent classCode="PCPR">
    <!-- Identificador único del "episodio" dentro del sistema que genera este documento
    - root: OID del identificador de episodios que se esté ocupando
    - extension: Valor del identificador -->
    <id root="-- OID del identificador de episodios que se esté ocupando --" extension="--Valor del Identificador único del episodio--"/>
    <!-- Tipo de episodio que está documentando este CDA de acuerdo al catálogo de HL7
    - Clave - Descripción del tipo de episodio:
      EMER - Emergencias
      IMP - Hospitalización
      AMB - Ambulatorio
      HH - Cuidados caseros
      ACUTE - Cuidados intensivos / Hospitalización aguda
    -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="actCode" code="--Valor del Tipo de episodio de acuerdo al catálogo--"
    displayName="Nombre del Tipo de episodio de acuerdo al catálogo"/>
    <!-- Periodo de tiempo que comprende el episodio -->
    <effectiveTime>
      <!-- Fecha (hora) en el formato "aaaammddhhiiss" de inicio del episodio comprendido por este documento -->
      <low value="--aaaammddhhiiss--"/>
      <!-- Fecha (hora) en el formato "aaaammddhhiiss" de fin del episodio comprendido por este documento -->
      <high value="--aaaammddhhiiss--"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Datos del médico responsable
    (En caso de que se deseen incluir responsables adicionales al principal, modificar functionCode ='PP')
    Solo se tienen 3 valores permitidos:
    PP - Médico Responsable
    CP - Médico Consultado
    RP - Médico Referido.
    -->
    <performer typeCode="PRF">
      <functionCode codeSystem="2.16.840.1.113883.12.443" codeSystemName="Provider Role" code="PP" displayName="Primary Care Provider"/>
      <assignedEntity>
        <!-- extension: Cédula profesional del médico responsable -->
        <id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18" extension="--Valor de la Cédula profesional del médico responsable--"/>
        <assignedPerson>
          <name>
            <!-- Nombre completo del médico responsable-->
            <given>--Nombre(s)--</given>
            <!--Primer apellido del médico responsable-->
            <family>--Primer apellido--</family>
            <!--Segundo apellido del médico responsable-->
            <family>--Segundo apellido--</family>
          </name>
        </assignedPerson>
        <representedOrganization>
          <!-- extension: Clave Única del Establecimiento de Salud responsable del episodio, de acuerdo al catálogo de CLUES de la SS/DGIS -->
          <id root="2.16.840.1.113883.4.631" extension="--Clave CLUES de acuerdo al catálogo--" assigningAuthorityName="CLUES"/>
          <!-- extension: Licencia sanitaria del establecimiento responsable del episodio -->
          <id root="2.16.840.1.113883.3.215.1.1" extension="--Valor de la Licencia Sanitaria--" assigningAuthorityName="Licencia Sanitaria"/>
          <!-- Nombre del establecimiento de salud responsable del episodio de acuerdo al catálogo de CLUES -->
          <name>--Nombre del establecimiento de salud responsable del episodio--</name>
          <!-- Medios de contacto del establecimiento responsable del episodio -->
          <telecom value="tel:--Número telefónico--"/>
          <telecom value="mailto:--Correo electrónico--"/>
          <!-- Dirección legible del establecimiento responsable del episodio -->
          <addr>
            <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
            -- Domicilio completo en texto libre--
          </addr>
          <!-- Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
          <streetNameType>--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
        </representedOrganization>
      </assignedEntity>
    </performer>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
  
```

```

<!-- Nombre de la vialidad -->
<streetName>--Nombre de la vialidad--</streetName>
<!-- Número exterior (parte numérica) -->
<houseNumberNumeric>--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
<!-- Número exterior (parte alfanumérica) -->
<houseNumber>--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
<!-- Número interior (parte numérica) -->
<unitID>--Número interior (numérico)--</unitID>
<!-- Número interior (parte alfanumérica) -->
<unitType>--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
<!-- Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<deliveryInstallationType>--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
<!-- Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<deliveryInstallationArea>--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
<!-- Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<precinct>--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
<!-- Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<county>--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
<!-- Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI -->
<state>--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
<!-- Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX -->
<postalCode>--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
<!-- Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades -->
<country>--País--</country>
</addr>
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</performer>
</serviceEvent>
</documentationOf>

<!-- Documentación del "encuentro".
Incluir si este CDA documenta únicamente una atención o parte de ella y los datos son diferentes a los del episodio completo.
Por ejemplo si esta es la nota RESULTANTE de una interconsulta o contrarreferencia. -->
<componentOf>
  <encompassingEncounter>
    <!-- Identificador único del "encuentro" dentro del sistema que genera este documento:
    - root OID del identificador de encuentros que se esté ocupando
    - extension Valor del identificador -->
    <id root="--OID del identificador de encuentros que se esté ocupando--" extension="--Valor del identificador de encuentros que se esté ocupando--"/>
    <!-- Tipo de encuentro que está documentando este CDA (ActEncounterCode):
    AMB - Ambulatorio
    EMER - Emergencia
    IMP - Hospitalización
    SS - Corta Estancia
    HH - Casero
    FLD - Fuera del establecimiento de salud
    VR - Virtual (Telesalud)
    -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="actCode" code="--Valor del Tipo de encuentro--" displayName="--Nombre del Tipo de
encuentro--"/>
    <!-- Período de tiempo en el cual ocurrió el encuentro clínico registrado en el documento -->
    <effectiveTime>
      <!-- Fecha (hora) de inicio del encuentro registrado en el documento en formato "aaaammddhhiiss" -->
      <low value="--aaaammddhhiiss--"/>
      <!-- Fecha (hora) de fin del encuentro registrado en el documento en formato "aaaammddhhiiss" -->
      <high value="--aaaammddhhiiss--"/>
    </effectiveTime>

    <!-- Datos del responsable del "encuentro", que pueden ser diferentes a los del episodio completo. -->
    <responsibleParty>
      <assignedEntity>
        <!-- extension: Cédula profesional del médico consultado -->
        <id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18" extension="--Valor de la cédula profesional del médico consultado--"/>
        <assignedPerson>
          <!-- Nombre completo del médico consultado (Requerido, si se incluye la sección de "encuentro") -->
          <name>
            <!-- Nombre completo del médico responsable del encuentro -->
            <given>--Nombre(s)--</given>
            <!-- Primer apellido del médico responsable del encuentro -->
            <family>--Primer apellido--</family>
            <!-- Segundo apellido del médico responsable del encuentro -->
            <family>--Segundo apellido--</family>
          </name>
        </assignedPerson>

```

```

<representedOrganization>
  <!-- root: OID de la organización consultada -->
  <id root="--OID de la organización consultada"/>
  <!-- Nombre de la organización consultada -->
  <name--Nombre de la organización consultada--</name>
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</responsibleParty>

<!-- Motivo del egreso del paciente para el encuentro en turno:
1 - Curación
2 - Mejoría
3 - Voluntario
4 - Pase a otro hospital
5 - Defunción
6 - Otro motivo
-->
<dischargeDispositionCode codeSystem="2.16.840.1.113883.12.112" codeSystemName="HL7 Discharge Disposition" code="--Código del motivo de
egreso--" displayName="--Descripción del motivo del egreso--"/>

<location>
  <healthCareFacility>
    <!-- extension: Clave Única del Establecimiento de Salud donde se llevó a cabo el encuentro, de acuerdo al catálogo de CLUES -->
    <id root="2.16.840.1.113883.4.631" extension="--Clave CLUES de acuerdo al catálogo--" assigningAuthorityName="CLUES"/>
    <!-- extension: Licencia sanitaria del establecimiento consultado -->
    <id root="2.16.840.1.113883.3.215.1.1" extension="--Valor de la Licencia Sanitaria--" assigningAuthorityName="Licencia Sanitaria"/>
    <!-- Área en la que se realizó el encuentro:
    ACC - Lugar del accidente
    AMB - Ambulancia
    ER - Sala de emergencias
    HOSP - Hospitalización
    MOBL - Unidad Móvil
    OF - Servicios Ambulatorios
    PROFF - Consultorio médico
    PTRES - Hogar del paciente
    -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName='RoleCode' code="--Código del área del encuentro--" displayName="--Nombre
del área del encuentro--"/>
  <location>
    <!-- Nombre del establecimiento consultado -->
    <name--Nombre del establecimiento de salud consultado--</name>
    <!-- Dirección legible del establecimiento responsable del episodio -->
    <addr>
      <!-- El texto del elemento tiene la dirección en formato legible-->
      -- Domicilio completo en texto libre--

      <!--Tipo de vialidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <streetNameType--Valor de tipo de vialidad de acuerdo al catálogo--</streetNameType>
      <!--Nombre de la vialidad -->
      <streetName--Nombre de la vialidad--</streetName>
      <!--Número exterior (parte numérica)-->
      <houseNumberNumeric--Número exterior (Numérico)--</houseNumberNumeric>
      <!--Número exterior (parte alfanumérica) -->
      <houseNumber--Número exterior parte alfanumérica--</houseNumber>
      <!--Número interior (parte numérica) -->
      <unitID--Número interior (numérico)--</unitID>
      <!--Número interior (parte alfanumérica) -->
      <unitType--Número interior (alfanumérico)--</unitType>
      <!--Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <deliveryInstallationType--Valor de Tipo de asentamiento de acuerdo al catálogo--</deliveryInstallationType>
      <!--Nombre de asentamiento de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <deliveryInstallationArea--Nombre del asentamiento--</deliveryInstallationArea>
      <!--Localidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <precinct--Valor de Localidad de acuerdo al catálogo--</precinct>
      <!--Municipio de acuerdo al catálogo de INEGI -->
      <county--Valor de Municipio de acuerdo al catálogo--</county>
      <!--Entidad de acuerdo al catálogo de INEGI-->
      <state--Valor de Entidad de acuerdo al catálogo--</state>
      <!--Código Postal de acuerdo al catálogo de SEPOMEX-->
      <postalCode--Valor de Código Postal de acuerdo al catálogo--</postalCode>
      <!--Clave del país de acuerdo al catálogo de nacionalidades-->
      <country--País--</country>
    </addr>
  </location>
</healthCareFacility>

```



```

</location>
</encompassingEncounter>
</componentOf>

<!-- ***** CUERPO DEL DOCUMENTO, ESTRUCTURADO EN SECCIONES ***** -->
<component>
  <structuredBody>

    <!-- ***** MOTIVO DEL ENVÍO ***** -->
    <component>
      <section>
        <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.1"/>
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="42349-1" displayName="Motivo de Referencia"/>
        <title>Motivo de la referencia</title>
        <!-- Descripción del motivo de la referencia del paciente a otro prestador de servicios -->
        <text>--Detalle del motivo de la referencia--</text>
      </section>
    </component>

    <!-- ***** AFILIACIONES / PLANES DE ASEGURAMIENTO ***** -->
    <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.18"/>
        <!-- Identificador único de Planes de aseguramiento de acuerdo al catálogo LOINC -->
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="48768-6" displayName="Pagador"/>
        <title>Afiliaciones / Planes de aseguramiento</title>
        <text>
          <table border="1" width="100%">
            <thead>
              <tr>
                <th>Inicio</th>
                <th>Fin</th>
                <th>Programa</th>
                <th>Póliza</th>
                <th>Folio</th>
                <th>Tipo de beneficiario</th>
              </tr>
            </thead>
            <tbody>
              <tr>
                <td>--Inicio de vigencia N--</td>
                <td>--Fin de vigencia N--</td>
                <td>--Nombre del programa N--</td>
                <td>--Valor del identificador de la póliza N--</td>
                <td>--Valor del identificador del beneficiario N--</td>
                <td>--Valor del identificador del tipo de beneficiario N--</td>
              </tr>
            </tbody>
          </table>
        </text>
        <!-- Datos para cada afiliación / plan de aseguramiento del paciente -->
        <entry>
          <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
            <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="48768-6" displayName="Fuentes de financiamiento"/>
            <statusCode code="completed"/>
            <entryRelationship typeCode="COMP">
              <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
                <!-- Programa / Plan de seguro
                 code: clave del programa
                 displayName: nombre del programa
                -->
                <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.110" codeSystemName="RoleClass" code="--Identificador/clave del programa--"
                displayName="--Nombre del programa--"/>
                <statusCode code="completed"/>
                <!-- Datos de la aseguradora -->
                <performer typeCode="PRF">
                  <time nullFlavor="NA"/>
                  <assignedEntity>
                    <!-- Identificador de la dependencia / aseguradora pública o privada -->
                    <id root="--OID de la dependencia--"/>
                    <code code="PAYOR" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.110" codeSystemName="HL7 RoleCode" />
                    <representedOrganization>
                      <name>-- Nombre de la dependencia u organización aseguradora --</name>
                    </representedOrganization>
                  </assignedEntity>
                </performer>
              </act>
            </entryRelationship>
          </act>
        </entry>
      </section>
    </component>
  </structuredBody>
</component>

```

```

</assignedEntity>
</performer>
<participant typeCode="COV">
  <time>
    <!-- Inicio de vigencia de cobertura en el formato "aaaammddhhiiss"-->
    <low value="--aaaammddhhiiss--"/>
    <!-- Fin de vigencia de cobertura en el formato "aaaammddhhiiss"-->
    <high value="--aaaammddhhiiss--"/>
  </time>
  <participantRole classCode="PAT">
    <!-- Folio o identificador único del beneficiario en el programa-->
    <id root="--OID del identificador de personas del programa dentro de la dependencia--" extension="--Identificador único de la
persona dentro del programa--"/>
    <!-- Tipo de beneficiario de acuerdo al catálogo de la DGIS -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.16" codeSystemName="Tipos de beneficiario" code="--Valor del identificador de
tipo de beneficiario de acuerdo a catálogo--" displayName="--Tipo de beneficiario de acuerdo a catálogo--"/>
  </participantRole>
</participant>
<participant typeCode="HLD">
  <participantRole>
    <!-- Identificador de la póliza de aseguramiento dentro de la organización aseguradora-->
    <id root="2.16.840.1.113883.3.215.1.2" extension="--Identificador único de la persona dentro de la póliza--"/>
  </participantRole>
</participant>
</act>
</entryRelationship>
</act>
</entry>
</section>
</component>

<!-- ***** ALERGIAS (REQUERIDA) ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.22"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="48765-2" displayName="Alergias"/>
    <title>Alergias y reacciones adversas</title>
    <text>
      <table width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>Alergeno</th>
            <th>Fecha inicial</th>
            <th>Médico</th>
            <th>Reacción</th>
            <th>Estado actual</th>
            <th>Observaciones</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr>
            <td>--Nombre del alergeno al que tiene reacción el paciente--</td>
            <td>--Fecha y hora en el cuál se realizó la detección en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
            <td>--Nombre del médico que realizó la detección--</td>
            <td>--Descripción de la reacción producida por el alergeno en el paciente--</td>
            <td>--Situación actual de la alergia--</td>
            <td>--Otros comentarios acerca de la reacción que presenta el paciente--</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
  </section>
</component>

<!-- ***** ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.4"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="10157-6" displayName="Antecedentes Familiares"/>
    <title>Antecedentes Heredo-Familiares</title>
    <text>
      <table width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>Hipertensión</th>

```

```

<th>Dislipidemias</th>
<th>Diabetes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>--Sí/No/Sin información--</td>
<td>--Sí/No/Sin información--</td>
<td>--Sí/No/Sin información--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
</text>
<!-- Plantilla para registrar información mínima sobre padecimientos obligatorios -->
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
    <statusCode code="completed" />
    <subject>
      <relatedSubject classCode="PRS">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="HL7 FamilyMember" code="FAMMEMB" displayName="Familiar"/>
      </relatedSubject>
    </subject>
    <component>
      <!-- Debe haber una entrada para cada uno de los tres padecimientos -->

      <!-- PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN: Incluir si algún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="I10X" displayName="Hipertensión"/>
      </observation>

      <!-- AUSENCIA DE HIPERTENSIÓN: Incluir si se sabe que ningún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="true">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="I10X" displayName="Hipertensión"/>
      </observation>

      <!-- SIN INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN: Incluir si no se cuenta con información sobre si algún familiar del paciente ha tenido el
padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" nullFlavor="NI">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="I10X" displayName="Hipertensión"/>
      </observation>

      <!-- PRESENCIA DE DISLIPIDEMIAS: Incluir si algún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E78" displayName="Dislipidemias"/>
      </observation>

      <!-- AUSENCIA DE DISLIPIDEMIAS: Incluir si se sabe que ningún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="true">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E78" displayName="Dislipidemias"/>
      </observation>

      <!-- SIN INFORMACIÓN DE DISLIPIDEMIAS: Incluir si no se cuenta con información sobre si algún familiar del paciente ha tenido el
padecimiento.-->
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" nullFlavor="NI">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
        <statusCode code="completed" />
        <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E78" displayName="Dislipidemias"/>
      </observation>
    </component>
  </organizer>
</entry>

```

```

<!-- PRESENCIA DE DIABETES: Incluir si algún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E14" displayName="Diabetes"/>
</observation>

<!-- AUSENCIA DE DIABETES: Incluir si se sabe que ningún familiar del paciente ha tenido el padecimiento.-->
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="true">
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E14" displayName="Diabetes"/>
</observation>

<!-- SIN INFORMACIÓN DE DIABETES: Incluir si no se cuenta con información sobre si algún familiar del paciente ha tenido el
padecimiento.-->
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" nullFlavor="NI">
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E14" displayName="Diabetes"/>
</observation>

<!-- PLANTILLA PARA AGREGAR OTROS ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (opcional 0:N) -->
<!-- Repetir el elemento organizer para cada miembro familiar con el que se tenga antecedente patológico-->
<organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.4.45" />
  <statusCode code="completed" />
  <subject>
    <relatedSubject classCode="PRS">
      <!--
      Relación familiar
      code: clave de la relación. Si no se conoce "FAMMEMB" (ver 2.16.840.1.113883.1.11.19579 HL7V3 RoleCode dentro de
      FAMMEMB)
      displayName: descripción de la relación
      -->
      <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="HL7 FamilyMember" code="--Valor del identificador de la
      relación familiar con el paciente--" displayName="--Nombre de la relación familiar con el paciente--" />
    </relatedSubject>
  </subject>
  <component>
    <!-- Agregar una observación para cada antecedente observado con ese familiar (1:N) -->
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <!-- Grado de juicio médico sobre el antecedente.
      Es posible sustituir code y displayName por el ValueSet 2.16.840.1.113883.3.88.12.3221.7.2
      -->
      <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="64572001" displayName="Condition"/>
      <!-- Enfermedad a la que se refiere este antecedente -->
      <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="--Valor del identificador de
      diagnóstico de acuerdo a catálogo, codificado a 4 dígitos--" displayName="--Nombre de diagnóstico de acuerdo a catálogo--" />

      <!-- Especificación de que fue causa de muerte, omitir elemento completo si no causó muerte -->
      <entryRelationship typeCode="CAUS">
        <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
          <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="HL7ActCode" code="ASSERTION"/>
          <statusCode code="completed" />
          <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="419099009"
          displayName="Muerte"/>
        </observation>
      </entryRelationship>

      <!-- Especificación de edad en que el familiar presentó el padecimiento -->
      <entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
        <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
          <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="397659008" displayName="Edad"/>
          <statusCode code="completed" />
          <!-- value: Edad en años-->
          <value xsi:type="PQ" value="--Edad en años--" unit="a"/>
        </observation>
      </entryRelationship>
    </component>
  </organizer>
</component>

```

```

</organizer>
</entry>
</section>
</component>

<!-- ***** ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS ***** -->
<component>
<section>
<templated root="2.16.840.1.113883.10.20.22.4.38"/>
<code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="29762-2" displayName="Antecedentes no patológicos"/>
<title>Antecedentes personales no patológicos</title>
<text>
<paragraph>Tipo de Sangre: --Tipo de sangre--</paragraph>
<paragraph>

<table width="100%">
<thead>
<tr>
<th colspan="6">Tabaquismo</th>
</tr>
<tr>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de fin</th>
<th>Cigarros por día</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>--Fecha de inicio del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Fecha de termino del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Cantidad de cigarros consumido por día--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
<paragraph>
<table width="100%">
<thead>
<tr>
<th colspan="6">Alcoholismo</th>
</tr>
<tr>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de fin</th>
<th>Consumo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>--Fecha de inicio del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Fecha de termino del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Cantidad de alcohol consumido por día--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
<paragraph>
<table width="100%">
<thead>
<tr>
<th colspan="6">Consumo de otras sustancias</th>
</tr>
<tr>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de fin</th>
<th>Consumo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>--Fecha de inicio del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Fecha de termino del hábito en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
<td>--Sustancia y cantidad de consumo por día--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

```

```

<paragraph>--Otros antecedentes personales no patológicos en texto libre--</paragraph>
</text>

<!-- Tipo de sangre (una entrada)-->
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="882-1" displayName="GRUPO ABO+RH"/>
    <!-- Fecha-hora en que se conoció el tipo de sangre en formato "aaaammddhhiiss" -->
    <effectiveTime value="--aaaammddhhiiss--"/>
    <!-- code: clave del tipo de sangre -->
    <value xsi:type="CS" code="--Tipo de sangre y factor RH--"/>
  </observation>
</entry>

<!-- Fumador (0:N)
Incluir al menos una entrada si es o ha sido fumador. Es posible repetir para cada periodo de consumo.-->
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Identificador único por cada periodo -->
    <id root="--identificador único por cada periodo de consumo de tabaco--" />
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="229819007" displayName="Uso y exposición al
tabaco"/>
    <statusCode code="completed" />
    <effectiveTime>
      <!-- Año/fecha de inicio como fumador -->
      <low value="--Año de inicio como fumador--"/>
      <!-- Año/fecha de término como fumador-->
      <high value="--Año de término como fumador--"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Descripción del Consumo -->
    <value xsi:type="ST">--Cantidad de cajetillas por día--</value>
  </observation>
</entry>

<!-- Alcohol (0:N)
Incluir al menos una entrada si es o ha sido alcohólico. Es posible repetir para cada periodo de consumo.-->
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Identificador único por cada periodo -->
    <id root="--identificador único por cada periodo de consumo de alcohol--" />
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="160573003" displayName="Ingesta de Alcohol"/>
    <statusCode code="completed" />
    <effectiveTime>
      <!-- Año/fecha de inicio en el consumo de alcohol -->
      <low value="--Año de inicio en el consumo de alcohol--"/>
      <!-- Año/fecha de término/cambio en el consumo de alcohol -->
      <high value="--Año de término/cambio en el consumo de alcohol--"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Descripción del Consumo -->
    <value xsi:type="ST">--Cantidad de consumo de alcohol por día--</value>
  </observation>
</entry>

<!-- Otras sustancias (0:N)
Incluir al menos una entrada si es o ha consumido otras sustancias (e.g. drogas). Es posible repetir para cada periodo de consumo y sustancia.--
>
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Identificador único por cada periodo -->
    <id root="--identificador único por cada periodo de consumo de drogas--" />
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" code="363908000" displayName="Uso indebido de drogas"/>
    <statusCode code="completed" />
    <effectiveTime>
      <!-- Año/fecha de inicio en el consumo de drogas-->
      <low value="--Año de inicio en el consumo de drogas--"/>
      <!-- Año/fecha de término/cambio en el consumo de drogas-->
      <high value="--Año de término/cambio en el consumo de drogas--"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Descripción del consumo de drogas-->
    <value xsi:type="ST">--Descripción del consumo de la sustancia--</value>
  </observation>
</entry>
</section>
</component>

```



```

<!-- ***** ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.20"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="11348-0" displayName="Antecedentes patológicos"/>
    <title>Antecedentes personales patológicos</title>
    <text>
      <paragraph> --Relación de antecedentes personales patológicos del paciente --</paragraph>
      <table>
        <tbody>
          <tr>
            <th>Diabetes</th>
            <td>Hipertensión</td>
            <td>Hipertiroidismo</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>--Tiempo que el paciente lleva con Diabetes--</td>
            <td>--Tiempo que el paciente lleva con Hipertensión--</td>
            <td>--Tiempo que el paciente lleva con Hipertiroidismo--</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>

    <!-- PRESENCIA DE DIABETES: Incluir al menos esta entrada, si el paciente ha presentado el padecimiento.-->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="282291009" displayName="Diagnóstico"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime>
          <!-- Año en que fue diagnosticado-->
          <low value="--aaaa--"/>
        </effectiveTime>
        <value xsi:type="CE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E14" displayName="Diabetes"/>
      </observation>
    </entry>

    <!-- PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN: Incluir al menos esta entrada, si el paciente ha presentado el padecimiento.-->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="282291009" displayName="Diagnóstico"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime>
          <!-- Año en que fue diagnosticado-->
          <low value="aaaa"/>
        </effectiveTime>
        <value xsi:type="CE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="I10X" displayName="Hipertensión"/>
      </observation>
    </entry>

    <!-- PRESENCIA DE HIPERTIROIDISMO: Incluir al menos esta entrada, si el paciente ha presentado el padecimiento.-->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="282291009" displayName="Diagnóstico"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime>
          <!-- Año en que fue diagnosticado-->
          <low value="aaaa"/>
        </effectiveTime>
        <value xsi:type="CE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="E05" displayName="Hipertiroidismo"/>
      </observation>
    </entry>

    <!-- Repetir para cada padecimiento en la historia clínica del paciente previo al episodio actual (opcional, 0:N)-->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="282291009" displayName="Diagnóstico"/>
        <!-- Diagnóstico (texto libre introducido) -->
        <text>--Registro de diagnóstico en texto libre--</text>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime>
          <!-- Fecha de diagnóstico del antecedente patológico en formato "aaaammddhhiiss" -->

```

```

        <low value="aaaammddhiiss"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Enfermedad
    code: código cie-10 de la enfermedad de acuerdo al catálogo del CEMEC
    displayName: descripción de acuerdo a CIE-10 de la enfermedad
    -->
    <value xsi:type="CE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="--Valor del identificador del diagnóstico de
    acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre del diagnóstico de acuerdo a catálogo--"/>
    </observation>
</entry>

</section>
</component>

<!-- ***** DISCAPACIDADES ***** -->
<component>
    <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.14"/>
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="21134002" displayName="Discapacidades"/>
        <title>Discapacidades</title>
        <text>
            --Descripción de discapacidades y estado del funcionamiento--
        </text>

        <!-- Repetir para cada discapacidad que presente el paciente (0:n)-->
        <entry typeCode="DRIV">
            <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
                <id root="--Identificador único de la discapacidad del paciente--"/>
                <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="248536006" displayName="Discapacidades"/>
                <statusCode code="completed"/>
                <!-- Discapacidad
                code: clave de la discapacidad de acuerdo a CIF
                displayName: descripción de la discapacidad correspondiente a code
                -->
                <value xsi:type="CD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.254" codeSystemName="CIF" code="--Valor del identificador de discapacidad de
                acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre de discapacidad de acuerdo a catálogo--"/>
            </observation>
        </entry>
    </section>
</component>

<!-- ***** MEDICAMENTOS PREVIOS Y ACTUALES***** -->
<component>
    <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.1"/>
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="10160-0" displayName="Antecedentes de medicamentos"/>
        <title>Historial farmacológico</title>
        <text>
            <table >
                <thead>
                    <tr>
                        <th>Medicamento</th>
                        <th>Vía de administración</th>
                        <th>Dosis</th>
                        <th>Fecha de inicio</th>
                        <th>Fecha de fin</th>
                        <th>Obs. prescripción</th>
                    </tr>
                </thead>
                <tbody>
                    <tr>
                        <td>--Nombre del medicamento/sustancia activa--</td>
                        <td>--Vía de administración--</td>
                        <td>--Dosis por administrar--</td>
                        <td>--Fecha y hora de inicio de administración de medicamento--</td>
                        <td>--Fecha y hora de término de administración de medicamento--</td>
                        <td>--Observaciones adicionales acerca de la prescripción--</td>
                    </tr>
                </tbody>
            </table>
        </text>

        <!-- Para cada medicamento relevante al episodio actual que el paciente consume o haya consumido anteriormente (0:n)-->
    
```

```

<entry>
  <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN" negationInd="false">
    <!-- Observaciones generales sobre la medicación "debe aparecer textual en el texto de la sección o referenciarlo" -->
    <text>--Observaciones generales del medicamento relevante al episodio--</text>
    <statusCode code="completed"/>
    <!-- Vía de administración de acuerdo con el catálogo del Cuadro Básico de Medicamentos -->
    <routeCode codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.12" codeSystemName="Vía de Administración CBM" code="--Valor del identificador de Vía de administración--" displayName="--Nombre de Vía de administración--"/>
    <!-- Dosis y frecuencia-->
    <doseQuantity>
      <center value="--Cantidad administrada y frecuencia--"/>
    </doseQuantity>
    <effectiveTime>
      <!-- Fecha de inicio de administración de medicamento en formato "aaaammddhiiss"-->
      <low value="--aaaammddhiiss--"/>
      <!-- Fecha de término de administración de medicamento en formato "aaaammddhiiss"-->
      <high value="--aaaammddhiiss--"/>
    </effectiveTime>
    <consumable>
      <manufacturedProduct classCode="MANU">
        <manufacturedMaterial>
          <!-- Medicamento de acuerdo con catálogo del Cuadro Básico de Medicamentos
              code: clave en el Cuadro Básico
              displayName: descripción del medicamento-->
          <code codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.8" codeSystemName="Cuadro Básico de Medicamentos" code="--Valor del identificador del Medicamento de acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre del medicamento de acuerdo a catálogo--"/>
        </manufacturedMaterial>
      </manufacturedProduct>
    </consumable>
  </substanceAdministration>
</entry>
</section>
</component>

<!-- ***** Manifestaciones iniciales ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.13.2.1"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="10154-3" displayName="Manifestaciones Iniciales"/>
    <title>Manifestaciones iniciales</title>
    <!-- Sintomatología descrita por el paciente desde su aparición, por lo que se origina este episodio.-->
    <text>--Sintomatología que origina el episodio descrita por el paciente--</text>
  </section>
</component>

<!-- ***** Impresión diagnóstica ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.8"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="51848-0" displayName="Impresión diagnóstica"/>
    <title>Impresión diagnóstica</title>
    <text>--Estado del paciente en evaluación inicial descrito por profesional de la salud que lo recibió--</text>
  </section>
</component>

<!-- ***** DIAGNÓSTICOS ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.5"/>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.5.1"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="11450-4" displayName="Lista de Problemas"/>
    <title>Diagnósticos y problemas de salud</title>
    <text>
      <table width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>Tipo</th>
            <th>Fecha</th>
            <th>CIE</th>
            <th>Diagnóstico</th>
            <th>Observaciones</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>

```

```

<tr>
  <td>--Tipo de diagnóstico--</td>
  <td>--Fecha y hora en el cual se presentó el problema diagnosticado--</td>
  <td>--Clave CIE 10 del diagnóstico de acuerdo a catálogo--</td>
  <td>--Descripción de la diagnóstico escrito por el médico--</td>
  <td>--Observaciones adicionales acerca del diagnóstico--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
</text>

<!-- Repetir para cada problema de salud registrado en el episodio que documenta este CDA (0:n) -->
<entry typeCode="DRIV">
  <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.6" code="CONC" displayName="Concern"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime>
      <low value="--Fecha y hora de inicio de la afección / problema--"/>
      <high value="--Fecha y hora de término de la afección / problema--"/>
    </effectiveTime>
    <entryRelationship typeCode="SUBJ">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- root: Identificador único
            extensión: Número de afección-->
        <id root="--Identificador único de la afección--" extension="--Número de la afección--"/>
        <!-- Tipo de diagnóstico. Indicar si se trata de la afección principal, comorbilidad, causa externa, etc. o diagnóstico en general.-->
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="282291009" displayName="Diagnóstico"/>
        <!-- Enfermedad (texto libre introducido) -->
        <text>--Descripción en texto libre del diagnóstico introducido por el médico--</text>
        <statusCode code="completed"/>
        <!-- La codificación debe realizarse a 4 dígitos de acuerdo al catálogo CIE-10 del CEMECE -->
        <value xsi:type="CE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="ICD-10" code="--Valor del identificador del diagnóstico
de acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre del diagnóstico de acuerdo a catálogo--"/>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </act>
</entry>

</section>
</component>

<!-- ***** PROCEDIMIENTOS ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.12"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="47519-4" displayName="Historial de procedimientos"/>
    <title>Procedimientos quirúrgicos y terapéuticos</title>
    <text>
      <table width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>CIE9-MC</th>
            <th>Procedimiento</th>
            <th>Estado</th>
            <th>Activo</th>
            <th>Observaciones</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr>
            <td>--Valor del identificador del procedimiento de acuerdo a catálogo CIE9-MC --</td>
            <td>--Nombre del procedimiento de acuerdo a catálogo CIE9-MC --</td>
            <td>--Situación actual en la que se encuentra el procedimiento--</td>
            <td>--Señalamiento si el procedimiento se encuentra activo (Si / No) --</td>
            <td>--Observaciones adicionales acerca del procedimiento--</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>

    <!-- Repetir para cada procedimiento realizado durante el episodio que documenta este CDA (0:n) -->
    <entry typeCode="DRIV">
      <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
        <!-- Procedimiento
            code= Código CIE-9MC

```

```

        displayName= descripción de acuerdo al catálogo -->
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" codeSystemName="ICD-9CM" code="--Valor del identificador del procedimiento de acuerdo a
catálogo--" displayName="--Nombre del procedimiento de acuerdo a catálogo--">
        <!-- Procedimiento en texto libre introducido por el médico -->
        <originalText--> Procedimiento en texto libre introducido por el médico --</originalText>
    </code>
    <statusCode code="completed"/>
    <!-- Fecha o fecha-hora de la realización del procedimiento en formato "aaaammddhhiiss"-->
    <effectiveTime value="--aaaammddhhiiss--"/>
    <performer>
        <assignedEntity>
            <!-- Cédula del médico responsable del procedimiento-->
            <id root="2.16.840.1.113883.3.215.12.18" extension="--Número de cédula profesional del médico responsable del procedimiento--"/>
            <assignedPerson>
                <!-- Nombre completo del médico responsable del procedimiento -->
                <name>
                    <given-->Nombre(s) del médico responsable del procedimiento--</given>
                    <family-->Primer apellido del médico responsable del procedimiento--</family>
                    <family-->Segundo apellido del médico responsable del procedimiento--</family>
                </name>
            </assignedPerson>
        </assignedEntity>
    </performer>
    <participant typeCode="LOC">
        <participantRole classCode="SDLOC">
            <!-- Ubicación/Servicio donde se realizó el procedimiento -->
            <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.259" codeSystemName="HealthcareServiceLocation" code="--Clave de la ubicación
(servicio) donde se realizó el procedimiento--" displayName="--ubicación (servicio) donde se realizó el procedimiento--"/>
        </participantRole>
    </participant>
</procedure>
</entry>
</section>
</component>

<!-- ***** MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE LA ATENCIÓN ***** -->
<component>
    <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.38"/>
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="29549-3" displayName="Medicamentos administrados"/>
        <title>Terapéutica empleada</title>
        <text>
            <table>
                <thead>
                    <tr>
                        <th>Medicamento</th>
                        <th>Vía de administración</th>
                        <th>Dosis</th>
                        <th>Fecha de inicio</th>
                        <th>Fecha de fin</th>
                        <th>Obs. prescripción</th>
                    </tr>
                </thead>
                <tbody>
                    <tr>
                        <td-->Nombre del medicamento/sustancia activa--</td>
                        <td-->Vía de administración--</td>
                        <td-->Dosis por administrar--</td>
                        <td-->Fecha y hora de inicio de administración de medicamento"--</td>
                        <td-->Fecha y hora de término de administración de medicamento"--</td>
                        <td-->Observaciones adicionales acerca de la prescripción--</td>
                    </tr>
                </tbody>
            </table>
        </text>

        <!-- Para cada medicamento administrado durante el episodio documentado en este CDA (0:n)-->
        <entry>
            <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN" negationInd="false">
                <!-- Observaciones generales sobre la medicación *debe aparecer textual en el texto de la sección o referenciarlo* -->
                <text-->Observaciones generales del medicamento administrado--</text>
                <statusCode code="completed"/>
                <!-- Vía de administración de acuerdo con el catálogo del Cuadro Básico de Medicamentos -->
                <routeCode codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.12" codeSystemName="Vía de Administración CBM" code="--Valor del identificador

```

```

de Vía de administración--" displayName="--Nombre de Vía de administración--"/>
  <!-- Dosis y frecuencia-->
  <doseQuantity>
    <center value="--Cantidad administrada y frecuencia--"/>
  </doseQuantity>
  <effectiveTime>
    <!-- Fecha de inicio de administración de medicamento en formato "aaaammddhhiiss"-->
    <low value="--aaaammddhhiiss--"/>
    <!-- Fecha de término de administración de medicamento en formato "aaaammddhhiiss"-->
    <high value="--aaaammddhhiiss--"/>
  </effectiveTime>
  <consumable>
    <manufacturedProduct classCode="MANU">
      <manufacturedMaterial>
        <!-- Medicamento de acuerdo con catálogo del Cuadro Básico de Medicamentos
        code: clave en el Cuadro Básico
        displayName: descripción del medicamento-->
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.3.215.12.8" codeSystemName="Cuadro Básico de Medicamentos" code="--Valor del
identificador del Medicamento de acuerdo a catálogo--" displayName="--Nombre del medicamento de acuerdo a catálogo--"/>
      </manufacturedMaterial>
    </manufacturedProduct>
  </consumable>
</substanceAdministration>
</entry>

</section>
</component>

<!-- ***** Evolución durante la atención ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.5"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="8648-8" displayName="Evolución"/>
    <title>Evolución durante la atención</title>
    <text>
      --Narrativa describiendo brevemente la evolución que el paciente ha tenido durante esta atención médica--
    </text>
  </section>
</component>

<!-- ***** Signos vitales ***** -->
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.4"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="8716-3" displayName="Signos Vitales"/>
    <title>Signos vitales</title>
    <text>
      <table width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>Fecha</th>
            <th>Signo</th>
            <th>Valor</th>
            <th>Observaciones</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr>
            <td>--Fecha y hora de la toma del signo vital en formato "aaaammddhhiiss"--</td>
            <td>--Nombre / descripción del signo vital--</td>
            <td>--Valor / resultado del signo vital--</td>
            <td>--Observaciones generales acerca del resultado del signo vital--</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
  </section>
  <entry>
    <organizer classCode="CLUSTER" moodCode="EVN">
      <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" code="46680005" displayName="Signos vitales"/>
      <statusCode code="completed"/>
    </organizer>
    <!-- Repetir para cada signo/medición -->
    <component>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

```



```

<!-- Signo vital
code: clave del signo vital
displayName: nombre del signo vital
-->
<code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="--Valor del identificador del signo vital a medir--"
displayName="--Nombre del signo vital a medir--"/>
<statusCode code="completed"/>
<!-- Fecha-hora de la toma del signo vital -->
<effectiveTime value="--aaaammddhiiss--"/>
<!-- Valor
value: medición física
unit: unidades
-->
<value xsi:type="PQ" value="--Resultado de la medición--" unit="--Unidad de expresión del resultado--"/>
</observation>
</component>
</organizer>
</entry>


</section>
</component>

<!-- ***** Resultados de laboratorio ***** -->
<component>
<section>
<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.3.1"/>
<code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="30954-2" displayName="Estudios de Laboratorio"/>
<title>Estudios de laboratorio</title>
<text>
<!-- Repetir para cada batería realizada en el episodio -->
<paragraph>--Identificación de la batería de pruebas o estudios de laboratorio realizados--</paragraph>
<table width="100%">
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Fecha de resultado</th>
<th>Resultado</th>
<th>Rango</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<!-- Agregar tantos renglones como sea necesario, de acuerdo a la totalidad de resultados -->
<tr>
<td>--Nombre de la prueba o analito--</td>
<td>--Fecha y hora del resultado--</td>
<td>--Valor y unidad del resultado--</td>
<td>--Rango de referencia para el resultado de acuerdo al perfil del paciente--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
<!-- (fin de repetición de cada batería) -->
</text>
</entry>

<!-- Repetir para cada batería realizada en el episodio (0:N) -->
<organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
<!-- Tipo de batería realizada -->
<code codeSystem="--OID del sistema de codificación--" codeSystemName="--Nombre del sistema de codificación--" code="--Clave de la
batería realizada--" displayName="--Nombre de la batería"/>
<statusCode code="completed"/>

<!-- Repetir para cada resultado obtenido de las pruebas o estudios de laboratorio de la batería (0:N) -->
<component>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!-- Tipo de prueba realizada -->
<code codeSystem="--OID del sistema de codificación--" codeSystemName="--Nombre del sistema de codificación--" code="--Clave de
la prueba realizada--" displayName="--Nombre de la prueba realizada--"/>
<statusCode code="completed"/>
<!-- Fecha-hora del resultado -->
<effectiveTime value="--aaaammddhiiss--"/>
<!-- Valor del resultado -->
<value xsi:type="PQ" value="--Resultado de la medición--" unit="--Unidad de expresión del resultado--"/>
<referenceRange>
<observationRange>
<text>--Rango de referencia para el resultado--</text>

```

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO:	VERSIÓN DEL DOCUMENTO:	FECHA DEL DOCUMENTO:
	GII-A001-01-05	00.05	15 de Septiembre de 2014

```

        </observationRange>
        </referenceRange>
        </observation>
        </component>

        </organizer>

        </entry>
        </section>
        </component>

        <!-- ***** Plan de tratamiento ***** -->
        <component>
          <section>
            <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.22.2.10"/>
            <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="18776-5" displayName="Plan de tratamiento"/>
            <title>Plan de tratamiento y recomendaciones terapéuticas</title>
            <text>
              -- Indicaciones generales que deben seguir el paciente y/o equipo de atención, así como un listado de los medicamentos prescritos al alta del
              paciente. --
            </text>
          </section>
        </component>

        <!-- ***** Pronóstico de salud ***** -->
        <component>
          <section>
            <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" code="47420-5" displayName="Evaluación del Estado Funcional"/>
            <title>Pronóstico de salud del paciente</title>
            <text>--Pronóstico de la salud del paciente en texto libre--</text>
          </section>
        </component>
      </structuredBody>
    </component>
  </ClinicalDocument>

```

Con todas estas secciones y elementos, es como se conforma el documento en su formato electrónico, cada una de ellas se debe elaborar observando los lineamientos del estándar para su conformación, así como las reglas de negocio y validaciones descritas dentro de cada sección y el diccionario de datos (para el caso de cada variable).

ESQUEMAS DE VALIDACIÓN - XSD

El anterior archivo, hace referencia a un esquema XML con el cual debe validarse la correcta estructura y contenido del documento clínico generado. Este esquema obedece a lo establecido por el estándar HL7 CDA R2. A continuación se presenta el esquema cuyo contenido se anexa a esta guía como CDA.xsd:


```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="no"?>
<!-- edited with XMLSPY v2004 rel. 3 U (http://www.xmlspy.com) by Bob Dolin (HL7 CDA TC) -->
<xs:schema targetNamespace="urn:hl7-org:v3" xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" xmlns="urn:hl7-org:v3" xmlns:mif="urn:hl7-org:v3/mif"
  elementFormDefault="qualified">
  <xs:include schemaLocation="POCD_MT000040.xsd"/>
  <xs:element name="ClinicalDocument" type="POCD_MT000040.ClinicalDocument"/>
</xs:schema>

```

A su vez, el esquema CDA.xsd hace referencia al esquema nombrado POCD_MT000040.xsd, que también se encuentra en el paquete de archivos anexos a esta GIIS.

Finalmente, como parte de la presentación de los documentos clínicos en diferentes

	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE RESÚMENES CLÍNICOS EN FORMATO ELECTRÓNICO		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-A001-01-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 00.05	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de Septiembre de 2014

aplicaciones o software para la visualización de archivos XML, se incluyen como anexo dos archivos que corresponden a hojas de estilo (XSL), la primera de ella obedece a una hoja de estilo estándar para CDA y la segunda una variación de la primera que da una presentación personalizada. El uso de estas hojas de estilo es opcional.

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

El SIREs debe permitir la generación automática del documento clínico electrónico descrito en la presente guía de intercambio de información en salud.

La comunicación entre SIREs para intercambiar el documento clínico electrónico objeto de la presente guía y los mecanismos de transporte a utilizar para la interconexión basada en estándares no forma parte de lo requerido por la presente guía, sin embargo aquellos que el SIREs implemente deben obedecer a lo establecido en la Arquitectura de Referencia.

VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA Y FORMATOS

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, deberá 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.
- Cumple con lo establecido en la Guía de Intercambio de información referente a la solicitud, registro y manejo de OID.
- La información contenida cumple con las validaciones establecidas por variable y reglas de negocio para la conformación del documento.
- El documento clínico generado se puede visualizar correctamente en un navegador web.
- Se hará uso de hojas de estilo para validar que se encuentran las secciones correspondientes.