

Antes de llenar este Informe, lea las instrucciones escritas al reverso.

# INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Año 201.....

Mes .....



Nombre del Establecimiento

Ciudad o Parroquia Rural

Provincia Cantón Parroquia

Mes Año

Secuencial

Registros Completos

Clase Tipo Entidad Sector

Total de Registros Mes

Nº Formulario

DATOS PERSONALES										DEL INGRESO		DEL EGRESO								
1	2	3	4	5			6	7	8			9	10	11			12	13	14	
USO DEL INEC	Nº INFORME	Nº HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	EDAD CUMPLIDA AL INGRESO			SEXO H=1 M=2	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL Ciudad o Parroquia Rural	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		DÍAS DE ESTADA	CONDICIÓN AL EGRESO			DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y SECUNDARIOS DEL EGRESO  INDIQUE EL (LOS) DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S) Y SECUNDARIOS SI LOS HUBIERE	SERVICIO DEL QUE EGRESO  (O tratamiento que recibió)	USO DEL INEC  Código CIE-10
				DÍAS	MESES	AÑOS			Día	Mes	Año	Día	Mes		Alta	Fallecido				
				Hasta 28 Días	Hasta 11 meses	Cumplidos									1	Menos de 2 Días	2 Días y más			
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				