

## *ESTADISTICAS VITALES Y DE SALUD*

### S E R I E S

- Serie 1: Programas y procedimientos de recolección de datos.
- Serie 2: Evaluación de datos y métodos de investigación.
- Serie 3: Conclusiones y recomendaciones de congresos y comités de expertos.
- Serie 4: Estadísticas hospitalarias (Recursos y atenciones).
- Serie 5: Estadísticas vitales.
- Serie 6: Enfermedades transmisibles.
- Serie 7: Encuestas de salud. Estudios de mortalidad.
- Serie 8: Análisis de datos.
- Serie 9: Material de enseñanza.
- Serie 10: Metodología estadística aplicada a investigación biomédica.



**SECRETARIA DE ESTADO  
DE SALUD PUBLICA**

**DEPARTAMENTO DE  
ESTADISTICAS DE SALUD**

## **ESTADISTICAS VITALES Y DE SALUD**

**Serie 1 PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS Número 2  
DE RECOLECCION DE DATOS**

---



# **FORMULARIOS DE ESTADISTICA PARA ESTABLECIMIENTOS**

**MANUAL DE INSTRUCCIONES  
PARA SU LLENADO Y MANEJO**

REIMPRESION CON LAS MODIFICACIONES SURGIDAS DE LA  
V REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

Ministro: SR. FRANCISCO GUILLERMO MANRIQUE

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA

Secretario: DR. HORACIO RODRIGUEZ CASTELLS

Subsecretario: DR. ROBINSON EUGENIO HOLMES D'AIUTOLO

DIRECCION NACIONAL DE INFORMACION TECNICA

Director Nacional(Int.): DR. SIMON FELD

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS DE SALUD

Jefe: DR. JOSE CARLOS ESCUDERO

División Análisis: LIC. ELBA ALFARO

Div. Producción: TEC. EST. ANA MARIA VAKKIBERE de CUADRA

División Promoción: LIC. HEBE GIACOMINI

FLORENTINO GARCIA SCARPONI; MYRIAM GERSENOVIC;  
HECTOR ALBERTO KOTLIAR; CARLOS HORACIO RIZZI

El presente trabajo ha sido elaborado  
por la División Promoción

## CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION .....	4
CENSO DIARIO .....	5
RESUMEN MENSUAL DEL CENSO DIARIO .....	11
INFORME DE HOSPITALIZACION .....	16
INFORME DE CONSULTORIO EXTERNO .....	28
PERSONAL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LOS FORMULARIOS .....	31
FORMULARIOS PARA SERVICIOS GENERALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS .....	33

## INTRODUCCION

En el N° 1 de la Serie 1 "PROGRAMA Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS" fueron presentados los Conceptos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Este 2° número de la serie está destinado a difundir los formularios recomendados para la recolección de información de los establecimientos asistenciales y las instrucciones para su llenado. Un primer instructivo fué elaborado por este Departamento para los formularios recomendados en la "I REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD" (1967). Esta segunda publicación tiene como objetivo difundir las modificaciones a estos formularios según las recomendaciones de la "V REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD".

## CENSO DIARIO

### 1.- OBJETIVO

Obtener información diaria acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurrido en cada sector de internación.

### 2.- CONSIDERACIONES GENERALES

- 2.1. Para obtener los datos necesarios a efectos de realizar el Censo Diario de cada sector de internación y tener la plena certeza de su exactitud, es imprescindible que la persona encargada de realizarlo los obtenga personalmente y recorriendo el sector de internación "cama por cama todos los días".
- 2.2. Debe llenarse un formulario para cada día, inclusive sábados, domingos y feriados. En los días en que no se haya producido ningún movimiento en el sector de internación, se llenarán igualmente en el formulario del censo, los rubros "Servicio", "Sector de internación", "Fecha", "Camas disponibles", "Existencia a las 0 horas" y "Existencia a las 24 horas".
- 2.3. Deben registrarse "todos" los "Ingresos", "Egresos", (Altas y Defunciones) y "Pases" ocurridos en el sector de internación que se esté censando, pero "sólo cuando se han concretado". Es decir, el "Ingreso" se contará desde el momento en que el paciente "ocupe la cama" y el "egreso" desde que la "desocupe". Aunque el paciente haya realizado el trámite de internación, o el médico haya autorizado su egreso o pase, el hecho no debe consignarse en el censo hasta que haya ocurrido realmente.
- 2.4. "El día censal" se considera igual al día calendario, es decir que abarca el período comprendido entre "las 0 y las 24 horas".
- 2.5. El sector de internación debe remitir el formulario debidamente completado a la Oficina Central "antes de las 8,30 horas" del primer día hábil siguiente al día censado. Por ejemplo, el censo del día martes 9 de noviembre se entregará antes de las 8,30 horas del día miércoles 10 de noviembre; los censos del sábado 13 y domingo 14 de noviembre, se entregarán antes de las 8,30 horas del día lunes 15 de noviembre.

### 3. PROCEDIMIENTO

- 3.1. A primera hora del día, la persona encargada de realizar el censo debe recorrer el sector de internación "cama por cama" controlando si hubo o no movimiento el día anterior; es decir si se produjeron "Ingresos", "Egresos" o "Pases" en el sector de internación, entre "las 0 y las 24 horas del día anterior".
- 3.2. Es conveniente registrar estos datos en la Lista de Recorrida de Sala (ver Manual para la Organización de Departamentos y Oficinas de Estadísticas Hospitalarias: Anexo 2, Formularios de Uso Interno), que se actualizará diariamente.-

- 3.3. Sobre la base de esta Lista se registrará el movimiento producido en el formulario del Censo Diario, según las instrucciones para su llenado (Punto 4 de este Manual).  
El cambio de un paciente de una cama a otra del mismo sector de internación, no deberá registrarse en el censo, por ser movimiento interno de dicho sector.-

- 3.4. A continuación debe hacer el control de los Informes de Hospitalización en la forma siguiente:

**Ingresos.** Comprobar si los Informes de Hospitalización enviados por la Oficina de Admisión coinciden con los ingresos registrados en el sector internación; controlar además que los datos de identificación de los Informes de Hospitalización coincidan con los datos dados por el paciente en el momento de realizarse el censo.

En caso que faltare el Informe de Hospitalización de alguno de los pacientes ingresados, comunicar a la Oficina de Admisión para que se confeccione "inmediatamente" el Informe de Hospitalización correspondiente.

En el caso que un Informe de Hospitalización no correspondiera a ninguno de los pacientes ingresados, "luego de comprobar si efectivamente no se hospitalizó en ese sector de internación", se le devolverá a la Oficina de Admisión, indicando que ese paciente no se encuentra ocupando cama en ese sector.

**Pase de.** Se comprobará que por cada entrada por "Pase de" a otro sector de internación el sector de donde proviene el paciente haya remitido el Informe de Hospitalización correspondiente; en caso contrario, deberá reclamárselo inmediatamente.

**Egresos.** Controlar si los Informes de Hospitalización de los pacientes egresados coinciden con los "Egresos" registrados en el censo. Estos informes habrán sido previamente completados de acuerdo con las "Instrucciones para el llenado de los rubros" (Punto 4 del instructivo para Informe de Hospitalización).

- 3.5. Finalizado el control, enviar el Censo Diario a la Oficina Central "antes de la 8,30 horas" junto con los Informes de Hospitalización de los pacientes egresados que correspondan al día censado.

#### 4. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS RUBROS

PARTE A. Esta parte está destinada a identificar el "Servicio", el "Sector de internación", la "Fecha" a la que corresponde el censo y el número de camas disponibles.

1. Fecha. Anotar el día, mes y año correspondiente al "día censado" y no la del día en que se realiza el censo. Por ejemplo, si el censo corresponde al día 9 de noviembre de 1966 se realiza el día 10 de noviembre, en el formulario del censo se anotará 9-11-66.
2. Servicio. Anotar el nombre del servicio al cual pertenece el sector de internación que se está censando, por ejemplo: Servicio de Clínica, Cirugía, Urología, etc.
3. Sector de internación. Anotar el nombre o número del sector de internación. Por ejemplo:

Sector hombres, Sector mujeres, etc.

Definición de Sector de Internación. Es un sector del hospital destinado a la hospitalización de pacientes, es decir que cuenta con camas de hospital. A los fines del Censo Diario y otros requerimientos estadísticos se lo individualizará como un conjunto de camas dependientes de un jefe, que puede abarcar una o más salas o parte de ellas o bien un conjunto de piezas anexas o no a una sala.

4. Camas disponibles. Anotar el número de camas disponibles (ocupadas + desocupadas) que había a las 24 horas, en ese sector de internación.

Definición de Camas Disponibles. Es el número de camas realmente instaladas en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a: 1) que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc.; 2) que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporaria del servicio, etc.

Deben contarse como camas disponibles las camas oscilantes, los pulmotores, las de pre-parto y de post-operatorio "solamente en el caso de que estén ocupadas por pacientes que no tengan reservada una cama en el sector correspondiente". Las incubadoras se contarán como camas disponibles, se hallen ocupadas o no, siempre que estén instaladas.

PARTE B. Esta parte está destinada a registrar "Apellido y Nombres", "Cama" y "N° de Historia Clínica" de cada paciente que entre o salga del sector de internación y además marcar con una cruz en el espacio que corresponda -según se trate de ingreso, egreso o pase- de acuerdo con las siguientes instrucciones.

5. APELLIDO Y NOMBRE. Anotar el apellido y luego los nombres del paciente que haya entrado o salido del sector de internación. En el caso de mujeres casadas, el apellido de casada y luego los nombres. Es muy importante que este dato se registre correctamente y con letra clara y legible.
6. CAMA. Anotar el número de la cama ocupada por el paciente.
7. HISTORIO CLINICA N°. Anotar el número de la Historia Clínica del paciente registrado en ese renglón.
8. INGRESOS. Marcar con una cruz en el espacio que corresponda solamente cuando se trata de un ingreso en el hospital. La entrada de un paciente por pase desde otro sector de internación del mismo hospital no debe anotarse en la columna de ingresos.
9. PASES DE. Esta columna está destinada a registrar los traslados de pacientes provenientes de otro sector de internación, dentro del mismo establecimiento. Se registrará en el espacio que corresponda poniendo el número o nombre del sector del cual proviene.
10. EGRESOS. Marcar con una cruz en el espacio que corresponda solamente cuando se trate de

egreso por alta o defunción. Las defunciones están discriminadas en defunciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más, según hayan ocurrido antes de transcurridas 48 hs. desde el ingreso del paciente al hospital o 48 hs. o más.

El pase de un paciente a otro sector dentro del mismo establecimiento no debe anotarse entre los egresos.

### CENSO DIARIO

1. Fecha		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
día	mes	año

A	2. Servicio:	3. Sector de internación:	4. Camas disponibles:										
PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD	B	5. Apellido y Nombres:	6. Cama	7. Historia Clínica Nº	8. Ingresos	9. Pases de:	10. Egresos	11. Pases a:					
							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALTAS</td> <td style="width: 50%;">DEFUNCIONES</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48 hs. + 48hs</td> <td style="text-align: center;">48 hs. + 48hs</td> </tr> </table>	ALTAS	DEFUNCIONES	48 hs. + 48hs	48 hs. + 48hs		
	ALTAS	DEFUNCIONES											
	48 hs. + 48hs	48 hs. + 48hs											
		12. Total.	/	/									
C	13. Existencia a las 0 hs.	14. Ingresos	15. Pases de:	16. Egresos	17. Pases a:	18. Existencia a las 24 hs.	19. Ingresos y egresos en el día	20. Pacientes días	21. Camas disponibles				
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALTAS</td> <td style="width: 50%;">DEFUNCIONES</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48hs</td> <td style="text-align: center;">+ 48hs</td> </tr> </table>	ALTAS	DEFUNCIONES	48hs	+ 48hs						
ALTAS	DEFUNCIONES												
48hs	+ 48hs												

11. PASES A. Esta columna está destinada a registrar los traslados de pacientes a otro sector de internación dentro del mismo establecimiento. Se anotará en el espacio que corresponda el número o nombre del sector al cual se traslada.

NOTA. Puede ocurrir que un paciente entre y salga del sector de internación en el mismo día; en este caso se anotarán el apellido y los nombres del paciente una sola vez y se marcarán en el mismo renglón "dos cruces", una indicando la entrada ("Ingresos" o "Pase de") y otro indicando la salida ("Alta", "Defunción" o "Pase a").

12. Total. Anotar en este renglón los totales que resulten de sumar los "Ingresos", "Egresos" y "Pases" marcados en cada una de las columnas.

PARTE C. Esta parte está destinada a resumir y controlar el movimiento registrado en la Parte B del formulario.

13. Existencia a las 0 horas. Anotar el número de pacientes que se encontraban ocupando una cama a la hora 0 del día censado. Esta cantidad tiene que ser igual a la "Existencia a las 24 horas" que figura en el censo del día anterior; por ejemplo: si el número de pacientes a las 24 horas del día 8 de noviembre era diez, el número de pacientes a la 0 hora del día 9 de noviembre debe ser también diez.
14. Ingresos. Copiar el total de la columna 8 de "Ingresos".
15. Pases de. Copiar el total de la columna 9 de "Pases de"
16. Egresos. (Altas, defunciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más): copiar el total de las columnas correspondientes.
17. Pases a. Copiar el total de la columna 11 de "Pases a".
18. Existencia a las 24 hs. Anotar el número de pacientes que se encontraban ocupando una cama a las 24 horas del día censado. Esta cifra es igual a la "Existencia a las 0 horas" más las entradas ("Ingresos" y "Pases de") menos las salidas ("Altas", "Defunciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más" y "Pases a"). Por ejemplo:

Existencia a las 0 horas	Ingresos	Pases de	EGRESOS			Pases a	Existencia a las 24 horas
			Altas	Defunciones			
				+ 48 hs	48 hs y +		
11	2	1	3	1	1	1	7

19. Los rubros 19, 20 y 21 deben ser llenados por la Oficina Central del establecimiento. Las instrucciones correspondientes se dan en el "Resumen Mensual del Censo Diario".

Se da a continuación un ejemplo sobre la forma en que debe realizarse el censo diario:

El día 10 de noviembre, a las 7 horas, la persona encargada de hacer el censo del Servicio de Ortopedia Sector de Internación, Hombres, recorre el sector observando, cama por cama, el movimiento producido entre las 0 y las 24 horas del día anterior (9 de noviembre), comprobando lo siguiente:

Cama 1: está desocupada, pues Claudio Romero, historia clínica N° 9.863 que ocupaba esa cama fue trasladado a otro establecimiento durante la tarde del día 9. Este movimiento se anotará en el censo como "Alta".

Cama 2: está desocupada pues Carlos Fernández, historia clínica N° 11.332 fue dado de alta por el médico tratante y se retiró a su domicilio a las 15 horas del día 9. Se anotará en el censo como "Alta".

Cama 3: está ocupada por Raúl Alejandro Pérez, historia clínica N° 10.903 que ingresó al sector el día 9 a las 10 horas. Se anotará el censo como "Ingreso".

Cama 4: continúa ocupada por el mismo paciente que estaba el día anterior.

Cama 5: ocupada por Alberto Villarreal, historia clínica N° 9.351, quien fue trasladado el día 9 a las 11 horas desde otro sector donde se encontraba internado. Se anotará en el censo como "Pase de".

Cama 6: ocupada por el paciente Carlos Ramírez, quien ingresó a las 3 horas del día 10; este ingreso corresponde al día 10 y por lo tanto "no figurará" en el censo del día 9.

Cama 7: ocupada por el paciente Roberto Alvarado, que el día anterior estaba en la cama 10 del mismo sector de internación. Como esto constituye un pase de una cama a otra dentro del mismo sector, no debe registrarse en el Censo por ser un movimiento interno del sector de internación.

Cama 8: ocupada.

Cama 9: Continúa ocupada.

Cama 10: desocupada por haber sido cambiado de cama el paciente Roberto Alvarado.

Cama 11: ocupada hasta el día 8 por Oscar Alvarez, historia clínica N° 2.000 está desocupada porque el paciente se retiró por propia voluntad a las 11 horas del día 9. Figurará en el censo como "Alta".

Cama 12: continúa ocupada

Cama 13: se encuentra desocupada, pues Oscar García, H.C. 11.243, que ocupaba esta cama falleció el día 9 de noviembre a las 17 hs. El paciente había ingresado al hospital el día 5 de noviembre. Es decir que se registrará en el Censo como una defunción de 48 hs. y más.

Cama 14: se encuentra desocupada pues José Ramírez, historia clínica N° 10.437, que ocupaba esa cama, fue trasladado al sector de internación 5 el día 9; figurará en censo como "Pase a"

Cama 15: continúa ocupada por el mismo paciente.

Cama 16: desocupada el día 8. Fue ocupada a las 4 horas del día 9 por Francisco López, historia clínica N° 7.024, quien falleció a las 18 horas del mismo día, es decir que el pa-

ciente Ingresó y Egresó en el mismo día, se anotará en el censo una sola vez y se marcarán dos cruces, una para el "Ingreso" y otra para la "Defunción de menos 48 hs. y de 48 hs y más en el mismo renglón.

**CENSO DIARIO**

1. Fecha					
—	9	1	1	6	6
Día		Mes		Año	

A 2. SERVICIO: <b>ORTOPEDIA</b>		3. SECTOR DE INTERNACION: <b>HOMBRES</b>			4. CAMAS DISPONIBLES: <b>16</b>				
B 5. APELLIDO Y NOMBRES:	6. Cama	7. Historia Clínica No.	8. Ingresos	9. Pases de:	10. Egresos		11. Pases a:		
	Pérez, Raúl Alejandro .....	3	10.903	x					
	Villareal, Alberto .....	5	9.351		S. 2				
	López, Francisco .....	16	7.024	x		x			
	Fernández, Carlos .....	2	11.332			x			
	Ramírez, José .....	14	10.437				S. 5		
	Alvarez, Oscar .....	11	10.001			x			
	Romero, Claudio .....	1	9.863			x			
	García, Oscar .....	13	11.243				x		
	12. Total: .....			2	1	3	1	1	
C 13. Existencia a las 0 hs.	14. Ingresos	15. Pases de:	16. Egresos		17. Pases a:	18. Existencia a las 24 hs.	19. Ingresos y Egresos en el día	20. Pacientes días	21. Camas disponibles
11	2	1	3	1	1	8			

**RESUMEN MENSUAL DEL CENSO DIARIO**

**1. OBJETIVO**

Proporcionar un resumen mensual del movimiento de pacientes y de la utilización de las camas de cada sector de internación.

**2. CONSIDERACIONES GENERALES**

La Oficina Central debe controlar la información contenida en el Censo Diario de cada sector de internación y volcarla en el "Resumen Mensual del Censo Diario" que corresponda a ese sector.



Confeccionará por duplicado un formulario para cada sector de internación. El original se enviará al nivel central provincial (Departamento de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública o similar) dentro de los cinco primeros días del mes siguiente al que corresponda el resumen. El duplicado se archivará en el establecimiento.

### 3. PROCEDIMIENTO

Diariamente la persona encargada de realizar el Resumen Mensual del Censo Diario deberá:

- 3.1. Recibir los formularios del Censo Diario de cada sector de internación debidamente completados "antes de las 8,30 horas".
- 3.2. Reclamar los formularios que falten a los sectores correspondientes a partir de las 8,30 horas.
- 3.3. Controlar el censo de cada sector antes de volcar los censos de cada uno de los sectores de internación al Resumen Mensual de Censo Diario.

Controlar:

-Las sumas de la parte B (Rubro 12: Totales)

-Que la existencia a la hora 0 sea la misma que la existencia a las 24 hs. que figura en el censo del día anterior.

-Que el número de ingresos, egresos y pases que figuran en la parte B del formulario sean iguales a las anotadas en la parte C.

-Que la existencia a las 0 hs. más los ingresos y pases de, menos los egresos (altas, defunciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más) y pases a, sea igual a la existencia a las 24 horas.

Además deberá controlar:

-Que haya tantos duplicados de Informes de Hospitalización iniciados por la Oficina de Admisión como ingresos figuren en el Censo.

-Que en ambos casos, los apellidos y nombres que figuran en los Informes de Hospitalización sean iguales a los que figuran en el censo del sector correspondiente.

-Que un paciente que figure en el censo de un sector como "Pase a" figure en el censo del sector que corresponda como "Pase de". Ejemplo: si el paciente José Ramírez es trasladado del Servicio de Clínica Médica al Servicio de Cirugía deberá figurar en el censo del "Sector Varones de Clínica Médica" como "Pase a" y en el censo del "Sector Varones de Cirugía" como "Pase de". En caso de que los datos no coincidan, se deberá consultar a los sectores correspondientes para determinar si el error se debe a que el paciente dado como "Pase de" en realidad era un "Ingreso" o que el paciente dado como "Pase a" en realidad era un "Egreso" del Establecimiento; o bien que una de las secretarías omitió anotar en el censo el pase que efectivamente se había realizado.

3.4. Completar los rubros 19,20 y 21 del Censo Diario;

19. Ingresos y egresos en el dfa. Todo paciente que haya entrado y salido del sector de internación en el mismo dfa se computará como un "Ingreso y Egreso en el dfa". Este paciente figurará en la parte B del formulario del Censo diario con dos cruces en el mismo renglón, una indicando la entrada y otra la salida.

Se contará el número de "Ingresos y Egresos en el dfa" y se anotará en el espacio correspondiente.

20. Pacientes dfa. Para obtener los "Pacientes Dfa" deberá sumarse a la existencia a las 24 horas, los "Ingresos y Egresos del Día" (rubro 18 más rubro 19). Cuando no se produzcan "Ingresos y Egresos en el dfa", el número de "Pacientes dfa" será igual a la "Existencia a las 24 horas".

21. Camas disponibles. Anotar el número de camas disponibles que figuran en el rubro 4 del mismo formulario.

3.5. Es imprescindible que el volcado de los datos del Censo Diario se realice dfa por dfa.

4. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS RUBROS

1. Establecimiento: anotar el nombre del establecimiento.

Dejar en blanco las casillas correspondientes al código por ser para uso del nivel central de elaboración (Departamento de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública o similar).

2. Servicio: Anotar el nombre del Servicio al que pertenece el sector de internación censado, por ejemplo:

Clínica Médica, Cirugía, Pediatría, etc.

3. Sector de Internación: Anotar el nombre del sector de internación al que corresponda el censo.

4. Fecha: Anotar el mes y el año a que corresponde el Resumen del Censo Diario.

5. Dfa: Esta columna indica el renglón en el que deberán volcarse los datos del censo del dfa correspondiente (rubros 13 a 21 de la parte C, del formulario del Censo Diario).

Ejemplo:

Siguiendo con el ejemplo de las instrucciones para el llenado del Censo Diario, el volcado de los datos correspondientes a ese sector de internación y a ese dfa, se realizará de la siguiente manera:

1. Establecimiento:											
<input type="text"/>											
2. Servicio:				3. Sector		4. Fecha					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Día	Existencia a las 0 hs.	Ingresos	Pases de:	Egresos			Pases a:	Existencia a las 24 hs.	Ingresos y Egresos en el día	Pacientes día	Camas disponib.
				ALTA	DEFINICIÓN	EXTERNO					
1											
9	11	2	1	3	1	1	1	8	1	9	16

15. Total: sumar verticalmente las cifras anotadas en las columnas 7 a 14 inclusive.
16. Observaciones: el establecimiento utilizará este rubro en caso de que sea necesario agregar alguna observación; por ejemplo si el sector de internación o parte del mismo ha sido clausurado por desinfección, reparaciones etc, durante algunos días, o bien si el número de camas disponibles ha aumentado o disminuido notablemente con respecto a las camas de dotación, o cualquier otra observación que se juzgue de interés.
17. Camas de dotación: anotar el número de camas de dotación asignadas al sector de internación (ver definición de camas de dotación).
18. Promedio de pacientes días: Se obtiene dividiendo el total de la columna 13 (pacientes días), por el número de egresos del mes.

Se obtiene de la siguiente manera:

Total de pacientes días del mes

Total de egresos del mes

19. Porcentaje ocupacional: Es el cociente que resulta de dividir los "Pacientes día" por los "Días cama disponibles" del mes. Se obtiene de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Total Pacientes-días del mes}}{\text{Días-cama disponibles}} \times 100$$

20. Giro de camas: Es el cociente entre el total de egresos (Rubro 9, suma de las 3 columnas) y el promedio diario de camas disponibles.

Se obtiene así:

$$\frac{\text{Total de egresos del mes}}{\text{Promedio diario de camas disponibles}}$$

El promedio diario de camas disponibles se obtiene dividiendo el total de camas disponibles (rubro 14) por el total de días del período

Se obtiene de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Total de camas disponibles del mes}}{\text{Total de días del mes}}$$

21. Tasa de mortalidad de 48 hs. y más : Es el cociente que resulta de dividir el total de defunciones de 48 hs. y más (rubro 9 columna 3) por el total de egresos (rubro 9, suma de las 3 columnas)

Se obtienen así:

$$\frac{\text{Total de defunciones de 48 hs. y más del mes}}{\text{Total de egresos del mes}} \times 100$$

### INFORME DE HOSPITALIZACIÓN

#### 1. OBJETIVO

El Informe de Hospitalización tiene por objeto principal obtener información, con fines estadísticos acerca de los pacientes hospitalizados.

Una parte del Informe está destinada a recoger datos de identificación del paciente y la otra permite conocer las principales características en relación con el período de internación.

#### 2. CONSIDERACIONES GENERALES

2.1. Participan en el llenado de este formulario la "Oficina de Admisión" y el "Sector de Internación" donde se hospitalizó el paciente.

2.2. Este informe es individual, es decir que debe iniciarse uno por cada paciente que se interne y en el momento de la hospitalización.

La falta de cumplimiento de este requisito afecta a la integridad de la información que se está recogiendo y al control de los formularios.

- 2.3. La responsabilidad del control de los informes en cuanto a número y calidad de los datos y su remisión mensual a nivel central provincial)Oficina Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud Pública o similar provincial o municipal) corresponde a la Oficina central.
- 2.4. Es importante que el Informe de Hospitalización se llene con letra "clara y legible" sin omitir ninguno de los datos que se solicitan. Si por algún motivo especial no pudieran obtenerse uno o más datos, debe cruzarse el lugar correspondiente con una raya; de esta manera al efectuarse el control en la Oficina Central "se entenderá que no se trata de una omisión".

### 3. PROCEDIMIENTO

Se describe a continuación el procedimiento a seguir en las distintas secciones que participan en el manejo del Informe de Hospitalización.

#### 3.1. Oficina de Admisión

-Iniciar por duplicado un informe de hospitalización para cada paciente que ingrese al establecimiento -incluso cuando se trate de un reingreso- completando los rubros 1 a 13 inclusive.

-Remitir el original al sector de internación donde se hospitaliza el paciente y el duplicado a la Oficina Central.

#### 3.2. Sector donde se hospitaliza el paciente.

-Recibir el original remitido por la Oficina de Admisión y retenerlo hasta el egreso del paciente.

-Completar el Informe de Hospitalización a la salida del paciente del sector de internación

a) "Si el paciente es trasladado a otro sector de internación dentro del mismo establecimiento", debe completar los datos correspondientes al pase, (rubros 14 a 16) y enviar el original del informe al sector de internación donde es trasladado el paciente.

b) "Si el paciente egresa del establecimiento", debe completar los rubros 17 a 30 inclusive y devolver el original a la Oficina Central al día siguiente del egreso.

#### 3.3. Oficina Central

-Si el paciente ingresa al establecimiento

a) Controlar con el Censo Diario que la Oficina de Admisión haya remitido los duplicados de los Informes de Hospitalización de los pacientes que ingresan; en caso de faltar algún informe, reclamarlo de inmediato.

b) Archivar los duplicados por sector de internación, según fecha de ingreso.

-Si el paciente egresa del establecimiento

a) Recibir el original del Informe de Hospitalización que remita el sector de internación en el que fue hospitalizado el paciente.



- d) Revisar cada Informe de Hospitalización para verificar que se hayan completado correctamente todos los rubros y solicitar las correcciones necesarias, en caso de que faltara algún dato o estuviera mal llenado.
- e) Archivar separadamente los originales y los duplicados, por sector de internación, según fecha de egreso.
- f) Verificar al finalizar el mes que el número de Informes de Hospitalización (separando altas, defunciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más coincidan con el total de altas) de funciones de menos de 48 hs. y de 48 hs. y más que figuran en el Resumen Mensual del Censo Diario de Cada sector de internación.
- g) Enviar mensualmente los originales de los Informes de Hospitalización de los pacientes egresados al nivel central de elaboración (Dirección, departamento u oficina, regional, provincial, municipal, etc.). Los duplicados de los Informes de Hospitalización quedarán en el hospital para uso interno del establecimiento.

-Si el paciente es trasladado a otro sector de internación dentro del mismo establecimiento

- a) Establecer con el Censo Diario, el sector de internación donde fue trasladado el paciente
- b) Retirar del archivo de duplicados del sector de internación, donde el paciente fue trasladado el Informe de Hospitalización correspondiente.
- c) Anotar en el Informe los datos del "Pase" (fecha del pase, Servicio y Sector de Internación a donde el paciente fue trasladado, rubros 14 a 16).
- d) Archivar el Informe por fecha de ingreso al hospital.

#### 4. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS RUBROS

Las casillas del extremo superior derecho del formulario (paquete e Informe N°) deben dejarse en blanco para uso del nivel central de elaboración (Dirección, departamento u oficina regional, provincial, municipal, etc.)

1. Establecimiento. Anotar el nombre completo del establecimiento y el número de código asignado.
2. Apellido y nombres. Anotar el apellido y los nombres del paciente. Para completar ese rubro, se solicitará el documento de identidad; si el paciente no presenta o no dispone de documentos, se le solicitará que verifique si su nombre y apellido están escritos correctamente. Anotar en el siguiente orden: 1) apellido paterno; 2) nombres. Si se trata de mujeres casadas anotar: 1) apellido de soltera seguido de la preposición "de"; 2) apellido de casada; 3) nombres, por ejemplo: María Angélica Pérez de López, anotar, "Pérez de López María Angélica".
3. Historia Clínica N°. Este rubro será llenado por la Oficina de Admisión en los establecimientos donde funcione un archivo centralizado de historias clínicas; en caso contrario

este rubro será llenado en el sector de internación. En caso de producirse "Pases", cuando el hospital no cuente con historia clínica única, quedará anotado el número de historia clínica del sector de internación donde ingresó el paciente, no teniéndose en cuenta los números de historia clínica de los sectores de internación donde el paciente fue trasladado posteriormente.

4. Documento Unico, Libreta de Enrolamiento, Libreta Cívica o Cédula de Identidad: Marcar con una cruz en la casilla que corresponda según se trate de Documento Unico, Libreta de Enrolamiento, Libreta Cívica o Cédula de Identidad, y luego anotar el número de documento colocando una cifra en cada casilla. Cuando el paciente no presente el documento en el momento de la internación se le indicará que lo presente a la brevedad en el sector de internación. En el caso de pacientes que "no posean" documento de identidad (menores de 18 años, extranjeros, etc), se cruzarán las casillas con una raya.
5. Fecha de nacimiento. Anotar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento del paciente (no usar números romanos). Este dato se copiará del documento en caso de que lo presente.

Para día y mes, cuando el número sea de una sola cifra (1 al 9) se dejará en blanco la primera casilla y se colocará el número en la segunda. En los casilleros correspondientes al año se consignarán las dos últimas cifras de la fecha.

Ejemplo: Si un paciente nació el 8 de febrero de 1897, anotar:

	83
--	----

	2
--	---

9	7
---	---

6. Edad al ingreso. Indicar la edad en números y poner una cruz en la casilla que corresponda. Si se trata de menores de un día se colocarán las horas y se cruzará la casilla de horas. Si se trata de menores de un mes se colocarán los días y se cruzará la casilla de días; si se trata de menores de un año se colocarán los meses y se cruzará la casilla de meses; si se trata de mayores de un año, se anotarán los años y se cruzará la casilla de años. Ejemplos:

Pacientes de 18 hs.: Edad  
al  
Ingreso

1	8
---	---

años   
meses   
días   
horas

Pacientes de 26 hs.: Edad

al 

	1
--	---

  
Ingreso

años

meses

días

horas

Pacientes de 7 días: Edad

al 

	7
--	---

  
Ingreso

años

meses

días

horas

Paciente de 8 meses: Edad

al 

	8
--	---

  
Ingreso

años

meses

días

horas

Paciente de 18 meses: Edad

al 

	1
--	---

  
Ingreso

años

meses

días

horas

Pacientes de 25 años: Edad

al 

2	5
---	---

  
Ingreso

años

meses

días

horas

TABLA PARA CALCULAR LOS DIAS DE ESTADA

		PRIMER AÑO												
		(Ingreso)											(Alta)	
Día del mes	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Día del mes	
1	1	32	60	91	121	152	182	213	244	274	305	335	1	
2	2	33	61	92	122	153	183	214	245	275	306	336	2	
3	3	34	62	93	123	154	184	215	246	276	307	337	3	
4	4	35	63	94	124	155	185	216	247	277	308	338	4	
5	5	36	64	95	125	156	186	217	248	278	309	339	5	
6	6	37	65	96	126	157	187	218	249	279	310	340	6	
7	7	38	66	97	127	158	188	219	250	280	311	341	7	
8	8	39	67	98	128	159	189	220	251	281	312	342	8	
9	9	40	68	99	129	160	190	221	252	282	313	343	9	
10	10	41	69	100	130	161	191	222	253	283	314	344	10	
11	11	42	70	101	131	162	192	223	254	284	315	345	11	
12	12	43	71	102	132	163	193	224	255	285	316	346	12	
13	13	44	72	103	133	164	194	225	256	286	317	347	13	
14	14	45	73	104	134	165	195	226	257	287	318	348	14	
15	15	46	74	105	135	166	196	227	258	288	319	349	15	
16	16	47	75	106	136	167	197	228	259	289	320	350	16	
17	17	48	76	107	137	168	198	229	260	290	321	351	17	
18	18	49	77	108	138	169	199	230	261	291	322	352	18	
19	19	50	78	109	139	170	200	231	262	292	323	353	19	
20	20	51	79	110	140	171	201	232	263	293	324	354	20	
21	21	52	80	111	141	172	202	233	264	294	325	355	21	
22	22	53	81	112	142	173	203	234	265	295	326	356	22	
23	23	54	82	113	143	174	204	235	266	296	327	357	23	
24	24	55	83	114	144	175	205	236	267	297	328	358	24	
25	25	56	84	115	145	176	206	237	268	298	329	359	25	
26	26	57	85	116	146	177	207	238	269	299	330	360	26	
27	27	58	86	117	147	178	208	239	270	300	331	361	27	
28	28	59	87	118	148	179	209	240	271	301	332	362	28	
29	29	—	88	119	149	180	210	241	272	302	333	363	29	
30	30	—	89	120	150	181	211	242	273	303	334	364	30	
31	31	—	90	—	151	—	212	243	—	304	—	365	31	

NOTA: Para los años bisiestos, deberá agregarse en el total de los cálculos un día más, pasando el mes de febrero.

TABLA PARA CALCULAR LOS DIAS DE ESTADA

SEGUNDO AÑO

(Ingresos)		SEGUNDO AÑO										(Altas)	
Día del mes	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Día	Día del mes
1	366	397	425	456	486	517	547	578	609	639	670	700	1
2	367	398	426	457	487	518	548	579	610	640	671	701	2
3	368	399	427	458	488	519	549	580	611	641	672	702	3
4	369	400	428	459	489	520	550	581	612	642	673	703	4
5	370	401	429	460	490	521	551	582	613	643	674	704	5
6	371	402	430	461	491	522	552	583	614	644	675	705	6
7	372	403	431	462	492	523	553	584	615	645	676	706	7
8	373	404	432	463	493	524	554	585	616	646	677	707	8
9	374	405	433	464	494	525	555	586	617	647	678	708	9
10	375	406	434	465	495	526	556	587	618	648	679	709	10
11	376	407	435	466	496	527	557	588	619	649	680	710	11
12	377	408	436	467	497	528	558	589	620	650	681	711	12
13	378	409	437	468	498	529	559	590	621	651	682	712	13
14	379	410	438	469	499	530	560	591	622	652	683	713	14
15	380	411	439	470	500	531	561	592	623	653	684	714	15
16	381	412	440	471	501	532	562	593	624	654	685	715	16
17	382	413	441	472	502	533	563	594	625	655	686	716	17
18	383	414	442	473	503	534	564	595	626	656	687	717	18
19	384	415	443	474	504	535	565	596	627	657	688	718	19
20	385	416	444	475	505	536	566	597	628	658	689	719	20
21	386	417	445	476	506	537	567	598	629	659	690	720	21
22	387	418	446	477	507	538	568	599	630	660	691	721	22
23	388	419	447	478	508	539	569	600	631	661	692	722	23
24	389	420	448	479	509	540	570	601	632	662	693	723	24
25	390	421	449	480	510	541	571	602	633	663	694	724	25
26	391	422	450	481	511	542	572	603	634	664	695	725	26
27	392	423	451	482	512	543	573	604	635	665	696	726	27
28	393	424	452	483	513	544	574	605	636	666	697	727	28
29	394	—	453	484	514	545	575	606	637	667	698	728	29
30	395	—	454	485	515	546	576	607	638	668	699	729	30
31	396	—	455	—	516	—	577	608	—	669	—	730	31

NOTA: Para los años bisiestos, deberá agregarse en el total de los cómputos un día más pasando el mes de febrero.

7. Sexo. Marcar con una cruz la casilla que corresponda. Si es de sexo masculino cruzar la casilla 1; si es de sexo femenino, cruzar la casilla 2.
8. Domicilio habitual. Anotar calle, número, localidad, departamento y provincia donde al paciente tiene su residencia permanente o habitual. Se entiende por residencia habitual el lugar donde el paciente vive permanente y "no ocasionalmente".

Ejemplo: si un paciente que reside habitualmente en la ciudad de Córdoba y está residiendo temporariamente en la ciudad de Buenos Aires, concurre a atenderse a un hospital de esta última ciudad, deberá anotársela como residencia habitual la de la ciudad de Córdoba.

Dejar en blanco las casillas que figuran en este rubro para codificación.

9. Hospitalizado por. Marcar con una cruz en la casilla que corresponda, según se trate de un paciente que ha sido hospitalizado por el consultorio externo del hospital, el servicio de emergencia, trasladado desde otro establecimiento o por otra causa que no pueda incluirse entre las anteriores.

Ejemplo: si un médico particular o una institución no asistencial (Policía, Asilo) solicita la internación de un paciente, ésta se considerará en "Hospitalizado por "Otros".

10. Hora de ingreso. Colocar la hora en que el paciente ingresó al sector de internación.
11. Fecha de ingreso. Colocar en las casillas correspondientes, día, mes y año del ingreso. Si los números son de una sola cifra, dejar la primera casilla en blanco y colocar el número en la segunda.

Ejemplo: si un paciente ingresa el 4 de octubre de 1966 a las 7 horas anotar:

	4
día	

1	0
mes	

6	6
año	

12. Servicio. Anotar el nombre del servicio a que pertenece el sector de internación donde se hospitaliza el paciente.
13. Sector de internación. Anotar el nombre o número del sector de internación donde se hospitaliza el paciente.
- No deben llenarse las casillas que figuran al final del renglón por estar reservadas para codificación.
14. Fecha de traslado. En el caso de que el paciente sea trasladado a otro sector de internación dentro del mismo establecimiento, anotar en las casillas correspondientes, día, mes y año en que se efectuó el "Pase" (en la forma indicada para fecha de ingreso).
15. Servicio. Anotar el nombre del servicio donde fue trasladado el paciente.
16. Sector de internación. Anotar el sector de internación al que fue trasladado el paciente.

En caso de no haberse producido ningún "Pase" dejar en blanco los rubros 14, 15 y 16.

No deben llenarse las casillas que figuran al final de este renglón por estar reservadas para codificación.

17. Fue operado. Marcar con una cruz la casilla 1 si el paciente fue operado y la casilla 2 si el paciente no fue operado. Solo se registrarán las operaciones practicadas durante el período de internación al que corresponde el Informe de Hospitalización.
18. Fecha de operación. Este rubro se llenará solamente si el paciente fue operado; se anotará día, mes y año de la operación. En caso de que el paciente haya tenido varias operaciones en el período de hospitalización que se informa se anotará la fecha de la primera operación. Cuando en el rubro 17 figure la casilla 2 cruzada, indicará que el paciente no fue operado, el rubro 18 "se dejará completamente en blanco".
19. Tiempo de preoperatorio. Este rubro se llenará solamente si el paciente fue operado. En tal caso deberá anotarse el tiempo que el paciente ha permanecido hospitalizado antes de la operación en la siguiente forma: marcar con una cruz, en la casilla correspondiente, según hayan sido horas o días de hospitalización preoperatorios y luego indicar la cantidad correspondiente en números.
20. Egreso por. Se marcará con una cruz la casilla correspondiente según se trate de:

Alta médica definitiva. Es la autorización médica de egreso que implica la finalización del tratamiento de hospitalización (sin indicación de reingreso por el mismo proceso o episodio).

Alta médica transitoria. Es la autorización médica de egreso que implica la finalización del tratamiento de hospitalización, con indicación de reinternación dentro de un período determinado, para continuar con el tratamiento por el mismo proceso. No incluir entre las altas transitorias los permisos de salida por tiempo breve; por ejemplo: permiso de salida durante el cual se le haya reservado la cama al paciente, fin de semana, fiestas de fin de año, etc.

Traslado a otro establecimiento. Es la derivación de un paciente a otro establecimiento asistencial para continuar el tratamiento de internación. Se considerará traslado únicamente el caso en que la derivación sea indicada por el establecimiento; cuando el traslado se realice por voluntad del paciente y/o familiares, se marcará en Otros.

Defunción de menos de 48 hs.: Marcar en la casilla correspondiente si el egreso se produjo por defunción antes de transcurridas las 48 hs. desde el ingreso del paciente al hospital.

Las defunciones de menos de 48 hs. se contarán desde el momento del ingreso del paciente al hospital. Es decir que si un paciente es trasladado de un servicio a otro dentro del mismo hospital, y fallece antes de transcurridas las 48 hs. de permanencia en el úl-

timo servicio, el tiempo previo a la defunción se contará desde la fecha de ingreso al hospital y no al último servicio donde estuvo internado.

Ejemplo: El día 3 de octubre de 1970 Juana Ramirez ingresa por Consultorio Externo al Servicio de Clínica Médica. El 8 de octubre es trasladada al Servicio de Cirugía donde fallece el día 9 de octubre. Esta defunción se contará como de 48 hs. y más.

Defunción de 48 hs. y más: Se marcará con una cruz este rubro cuando el paciente falleciera transcurridas 48 hs. o más desde su ingreso al hospital. Ejemplo: Esther Gomez ingresó al Servicio de Traumatología el día 5 de febrero a las 17 hs. y falleció el día 7 de febrero a las 20 hs. Se anotará como una defunción de 48 hs. y más.

Otros. Se marcará en Otros todos los egresos que no puedan incluirse en las cinco alternativas anteriores: Alta médica definitiva; Alta médica transitoria; Traslado a otro establecimiento, Defunciones de menos de 48 hs. y defunciones de 48 hs. y más.

Por ejemplo, retiro o traslado voluntario, fuga, alta disciplinaria, etc., se considerarán en "Otros".

21. Hora de egreso: Se anotará la hora en que el paciente desocupa la cama.
22. Fecha de egreso. Anotar en las casillas correspondientes, día, mes y año de egreso.
23. Días de estada. Anotar el número de días de estada que el paciente ha permanecido hospitalizado.

-Procedimiento para el cálculo de días de estada: se computará el día de ingreso pero "No" el día de egreso. Ejemplo: a un paciente ingresado el 10 de marzo y egresado el 15 de marzo le corresponden cinco días de estada (ya que no se computa el día 15, es decir el día de egreso).

-Cuándo el ingreso y el egreso se producen dentro del mismo mes, los días de estada pueden obtenerse también restando a la fecha de egreso la fecha de ingreso.

Ejemplo: si el paciente ingresó el 10 de marzo y egresó el 31 de marzo, le corresponden 21 días de estada (lo que se obtiene restando 31 menos 10).

-Cuando el paciente egresa en un mes distinto al del ingreso, el cálculo se realizará sumando los días de estada de los diferentes meses. Ejemplo: si ingresó el 29 de agosto y egresó el 10 de setiembre le corresponden 3 días de agosto y nueve días de setiembre (no se computa el día del egreso) lo que en total suma 12 días de estada. (Se incluye tabla para calcular días de estada.)

-Cuando un paciente ingresa y egresa en el mismo día, se computará un día de estada.

Ejemplo: ingresa el día 10 de agosto a las 8 horas y fallece el mismo día a las 15 horas, se computará un día de estada.

24. Autopsia. Este rubro se llenará solamente en caso de defunción, marcando con una cruz la

casilla que corresponda. Cuando el paciente egrese vivo, este rubro se dejará "completamente en blanco". Para llenar este rubro no basta la solicitud de autopsia, deberá confirmarse que ésta se haya realizado.

25. Diagnóstico principal. Colocar el que a juicio del médico tratante requirió mayor esfuerzo de estudio y tratamiento durante el período de internación al que corresponde el informe.

26. Otros diagnósticos. Colocar otras enfermedades que padezca el paciente durante el período de internación. Utilizar un renglón para cada diagnóstico (26.1, 26.2 y 26.3).

Deben evitarse términos imprecisos o síntomas tales como hemoptisis, deshidratación, céfaleas, etc.

27. Operación más importante. Colocar la que a juicio del médico requirió mayor esfuerzo.

28. Otras operaciones. Anotar otras operaciones que hayan sido practicadas al paciente durante el período de internación al que corresponde informe de hospitalización. Utilizar un renglón para cada operación.

NOTA. Dejar en blanco para codificación las casillas que figuran en los rubros 24, 25.1, 25.2, 25.3, 26.1 y 26.2.

29. En caso de lesiones. Este rubro sólo se llenará en caso de que el diagnóstico principal sea una lesión; de lo contrario deberá dejarse completamente en blanco.

29.1. Marcar con una cruz en la casilla que corresponda según que la lesión haya sido causada por un accidente, suicidio u homicidio.

29.2. Circunstancias en que ocurrió. Aclarar en que forma ocurrió el accidente, suicidio u homicidio. Ejemplo: fue atropellado por un vehículo, se hirió a sí mismo, fue golpeado por una máquina, fue golpeado por alguien con un objeto contundente, tuvo una caída, etc.

29.3. Lugar dónde ocurrió. Indicar el sitio donde ocurrió el accidente, suicidio u homicidio. Ejemplo: en la casa, calle, carretera, iglesia, playa, fábrica, hotel, rfo, etc.

30. -Datos del recién nacido. -Este rubro sólo se llenará en los casos en que el diagnóstico sea PARTO.-

30.1. Condición al Nacer. -Se marcará con una cruz el casillero n°1, si el niño nació vivo y el N° 2 si el niño nació muerto.-

30.2. -Sexo: Se marcará con una cruz el casillero 1 si el recién nacido es varón y el N°2 si es mujer.

30.3. -Peso al nacer.- Se indicará el peso del recién nacido en gr. En caso de que el peso fuera menor de 1000 gr., se dejará en blanco el primer casillero.

Ejemplo: un recién nacido que pesa 950 gr. se indicará así:  
30.3. Peso al nacer

	9	5	0
--	---	---	---

### INSTRUCCIONES PARA DETERMINAR LOS DIAS DE ESTADA

Para determinar los días de estada, proceder de acuerdo con los siguientes ejemplos:

- 1º) El ingreso y egreso ocurren en el mismo año: 7 de enero al 10 de agosto, réstese 7 a 222, días de estada 215.
- 2º) El egreso ocurre al año siguiente del ingreso: 11 de noviembre de 1959 al 14 de abril de 1960, réstese 315 de 469, días de estada 154,

A los pacientes que estaban hospitalizados el 29 de febrero (año bisiesto), agréguese un día a la diferencia entre la fecha de egreso y el ingreso.

### INFORME DE CONSULTORIO EXTERNO

#### 1. OBJETIVO

Este formulario permite recoger la información diaria de consultorio externo sobre número y tipo de consultas externas y algunas características de los consultantes (edad, sexo, residencia habitual y diagnóstico).

#### 2. CONSIDERACIONES GENERALES

- 2.1. Cada consultorio es el responsable del llenado de "Informe de Consultorio Externo".
- 2.2. Este formulario debe ser llenado por duplicado y con letra "clara y legible". Se deben dejar en blanco las casillas y columnas indicadas para código y las ubicadas en el extremo superior derecho del formulario con la denominación de "Paquete" y "Inf. N°" por ser de uso exclusivo del nivel central, provincial (Departamento de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública o similar).
- 2.3. El original se remitirá a la Oficina Central y el duplicado se archivará en cada consultorio por fecha.

### 3. PROCEDIMIENTO

- 3.1. Cada día, al comenzar la atención del consultorio externo, se iniciará un "Informe de Consultorio Externo", completando los rubros de encabezamiento, 1 a 4 inclusive (Establecimiento, Servicio, Consultorio y Fecha), en la forma indicada en las instrucciones para el llenado de los rubros. Si por cualquier motivo no funcionara el consultorio en uno de los días de atención habitual, se cruzará el informe indicando "no se atendió".
- 3.2. Antes de ser atendido por el médico, el paciente deberá ser registrado en el "Informe de Consultorio Externo": se anotarán los datos requeridos en los rubros 5, 6 y 7 (Apellido y nombres, edad, sexo y residencia habitual).
- 3.3. Al finalizar la consulta médica, se completarán los rubros 8 y 9 (tipo de consulta y diagnóstico); estos datos deberán ser "proporcionados" por el médico).
- 3.4. Si por cualquier motivo un paciente que ha sido inscripto no es atendido, se cruzará con una línea el renglón correspondiente; esto significará que no se efectuó la consulta.
- 3.5. Se utilizarán tantos formularios de "Informe de Consultorio Externo" como sean necesarios, de acuerdo con número de consultas efectuadas ese día. En tal caso deberán numerarse cada uno de los informes en el margen superior izquierdo.
- 3.6. Por cada día de atención, el consultorio deberá remitir el (o los) "Informe de Consultorio Externo" a la Oficina Central, luego de verificar que todos los rubros hayan sido debidamente completados.

### 4. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS RUBROS

- 4.1. Este formulario debe ser llenado con letra "clara y legible". Se deben dejar en blanco las casillas y columnas destinadas para códigos, y las ubicadas en el extremo superior derecho del formulario con la denominación de "Paquete" y "Hoja N°"; estas últimas son de uso exclusivo del nivel central provincial (Departamento de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública o similar).
- 4.2. Llenado de los rubros
  1. Establecimiento. Anotar el nombre completo del establecimiento.
  2. Servicio. Anotar el nombre del servicio (o especialidad) al que corresponde el consultorio, por ejemplo Clínica Médica.
  3. Consultorio. Anotar el número o nombre del consultorio, por ejemplo: Consultorio de Hombres.
  4. Fecha. Indicar en las casillas correspondientes la fecha a la que corresponden las atenciones que se informan, colocando una sola cifra por casilla. Cuando la fecha que deba anotarse -ya se trate de día o mes- tengan una sola cifra, colocar guión en la primera casilla y el número correspondiente en la segunda.

Ejemplo:

1) Fecha de atención: 3 de marzo de 1966.

-	3
día	

-	3
mes	

6	6
año	

2) Fecha de atención: 15 de noviembre de 1966.

1	5
día	

1	1
mes	

6	6
año	

5. Apellido y nombres. Para completar este rubro se solicitará el documento de identidad; si el paciente no presenta o no dispone de documentos, se solicitará que verifique si su nombre y apellido están escritos correctamente.

Anotar en el siguiente orden: 1) apellido paterno; 2) nombres. Si se trata de mujeres casadas anotar: 1) apellido de soltera seguido de la preposición "de"; 2) apellido de cada; 3) nombres.

Por ejemplo: Marfa Angélica Pérez de López anotar: Pérez de López, Marfa Angélica.

6. Edad y sexo. Anotar la edad en la columna del sexo que corresponda al paciente, seguida por la letra "d", "m", o "a", según se trate de edad en días, meses o años.

Ejemplo:

Niño de 8 meses, anotar .....

Mujer de 17 años, anotar .....

Una niña de 4 días, anotar .....

EDAD Y SEXO	
Masc.	Fem.
8 m.	
	17 a.
	4 d.

7. Domicilio habitual. Anotar la residencia permanente del paciente, indicando localidad, departamento y provincia.

8. Tipo de consulta. Marcar con una cruz en la casilla que corresponda, según se trate de consulta de primera vez o ulterior. Se considera "consulta de primera vez", a la consul-

ta formulada a un paciente que "concorre por primera vez al servicio en el año y por esa enfermedad".

Ejemplo: Ricardo López, afectado de diabetes concurre al Servicio de Clínica Médica el 29 de Diciembre, de 1966; el 4 de enero de 1967 vuelve al mismo servicio por la misma enfermedad. Por lo tanto Ricardo López, el 4 de enero de 1967, debe ser anotado como paciente de 1<sup>ra</sup> vez. Si este mismo paciente concurre posteriormente al mismo servicio por otra enfermedad, se le considerará nuevamente como primera vez.

9. Diagnóstico. Colocar el diagnóstico correspondiente a esa consulta.

#### PERSONAL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LOS FORMULARIOS

#### 1. CENSO DIARIO

- 1.1. La enfermera de guardia a las 24 horas, "si existe coordinación suficiente con Enfermería". En este caso el censo es entregado a la secretaria del sector a primera hora del día siguiente.
- 1.2. La secretaria del sector de internación a primera hora del día siguiente.
- 1.3. Personal de Enfermería (enfermera jefe, o enfermera que ésta designe para esta tarea) a primera hora del día siguiente.
- 1.4. Empleado de la Oficina Central encargado de esa tarea, a primera hora del día siguiente.
- 1.5. Empleado de Administración encargado de esa tarea (cuando no exista personal exclusivamente destinado a tareas de Estadística).

#### 2. RESUMEN MENSUAL DE CENSO DIARIO

- 2.1. Empleado de la Oficina Central encargado de esa tarea.
- 2.2. Jefe de Estadística.
- 2.3. Empleado de Administración (cuando no exista personal destinado exclusivamente a las tareas de Estadística).

#### 3. INFORME DE CONSULTORIO EXTERNO

- 3.1. Secretaria de Consultorio Externo.
- 3.2. Enfermera de Consultorio Externo.
- 3.3. Médico tratante (cuando no exista personal de Estadística o de Enfermería en el consultorio)

#### 4. INFORME DE HOSPITALIZACION

Iniciar el Informe de Hospitalización:



- 4.1. Empleado de Admisión.
- 4.2. Otro personal de Estadística encargado de esta tarea.
- 4.3. Personal de Administración cuando no existe personal dedicado especialmente a tareas de Estadística.  
Completar el Informe de Hospitalización al egreso del paciente
- 4.4. Secretaria del sector internación.
- 4.5. Enfermera jefe u otro personal de Enfermería del sector de internación.

#### 5. INFORME DE SERVICIOS GENERALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- 5.1. Secretaria del servicio.
- 5.2. Personal auxiliar del servicio.
- 5.3. Profesional o técnico a cargo del servicio.

#### 6. RESUMEN MENSUAL DE SERVICIOS AUXILIARES

- 6.1. Empleado de la Oficina Central encargado de esta tarea.
- 6.2. Jefe de Estadística.
- 6.3. Personal administrativo responsable de esta tarea, cuando no haya personal de Estadística.

### FORMULARIOS PARA SERVICIOS GENERALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS

#### 1. OBJETIVOS

Recoger información diaria acerca de las actividades o prestaciones de los Servicios Generales de Diagnóstico y Tratamiento y otros Servicios (excluyendo los de Internación y Consultorio Externo) requerida para el cálculo de costos hospitalarios.

#### 2. CONSIDERACIONES GENERALES

- 2.1. Se ha preparado un conjunto de formularios teniendo en cuenta principalmente los datos que el Departamento u Oficina de Estadística debe proporcionar para el cálculo de costos en el hospital.  
Estos formularios serán utilizados sólo cuando en el hospital se implante un sistema para el cálculo de costos.
- 2.2. Con el fin de evitar tener que operar con un número grande de formularios distintos, se usa-

rá un modelo común para todos los servicios cuyo tipo de actividad lo permita. Solamente para algunos servicios tales como Quirófano, Alimentación, etc. se han preparado formularios especiales.

- 2.3. En todos los casos el registro de prestaciones en cada servicio se hará diariamente y se remitirá a la Oficina Central del Departamento de Estadística (u Oficina) en el mismo día, al finalizar las actividades del Servicio.
- 2.4. Cuando un Servicio esté formado por más de un sector -según la definición de sector que da en el punto 3- se remitirá un formulario por sector. Si en el Hospital existen dos laboratorios, por ejemplo, uno que realiza análisis de rutina y otro especializado, que funcionan in dependientemente constituyendo cada uno un sector según la definición dada, deberá informarse por separado las prestaciones de cada uno. Los laboratorios dependientes de las salas o consultorios no deberán remitir información a los fines de costos.
- 2.5. La persona encargada en la Oficina Central de la recepción de estos formularios deberá controlar diariamente que cada uno de los sectores (cuya lista proveerá la Oficina de Costos del Hospital) haya remitido el correspondiente formulario debidamente completado.

En caso de que faltara la información de algún sector o de que el formulario no estuviera correctamente llenado, deberá reclamar en el día su remisión o la corrección correspondiente.

- 2.6. En la Oficina Central la persona designada para esta tarea deberá volcar diariamente la información contenida en el informe diario de cada sector al Resumen Mensual del sector correspondiente.

### 3. SECTORES ACERCA DE LOS CUALES DEBE RECOGERSE INFORMACION

- 3.1. Definición de sector: "sub-unidad ejecutiva menor que realiza una determinada actividad, ya sea técnica o administrativa. Cuenta con un Jefe o responsable, tiene producción propia y gastos atribuibles al sector".
- 3.2. Se presenta en el punto 3.3. una lista de sectores de los cuales la Oficina Central debe recibir información para suministrar a la Oficina de Costos, el tipo de prestación a registrar y el tipo de formulario a usar por sector.

Esta lista no es fija, sino que varía de acuerdo con la estructura del hospital. En algunos hospitales puede no existir alguno de los sectores enumerados diferenciados como tales, aún cuando se realice la prestación correspondiente en algún servicio de internación o consultorio externo. Por ejemplo, puede no existir un Servicio de Endoscopías o de Electrodiagnósticos diferenciado como tal, aún cuando personal de una sala o consultorio externo efectúen endoscopías o electrocardiogramas. En tal caso no se considera como sector a los fines de costos y por lo tanto no deberá enviar el informe diario.

En última instancia, la delimitación y determinación de los sectores (para fines de costos) en cada

hospital corresponderá a la Oficina de Costos y/o Departamento de Estadística (u Oficina), que recogerá esta información de acuerdo con las directivas de dicha Oficina.

### 3.3. LISTA DE SECTORES

SECTOR	TIPO DE PRESTACION O ACTIVIDAD A REGISTRAR	FORMULARIO A UTILIZAR
Quirófano	Intervenciones quirúrgicas	Inf. diario de Quirófano
Sala de Partos	Partos	Inf. diario de Quirófano
Alimentación	Raciones	Inf. diario de Alimentación
Urgencia	Consultas y salidas de ambulancias y visitas domiciliarias	Inf. diario de Urgencia
Enfermería	Hora de Enfermería	Inf. diario de sector
Odontología	Prestaciones (personas atendidas por día).	Inf. diario de sector
Radiología	Radiografías y radioscopías	Inf. diario de sector
Laboratorio	Análisis	Inf. diario de sector
Anatomía Patológica	Exámenes	Inf. diario de sector
Hemoterapia	Litros de sangre, y plasma transfundidos.	Inf. diario de sector
Anestesiología	Anestесias	Inf. diario de sector
Fisiatría y Rehabilitación	Sesiones	Inf. diario de sector
Electrodiagnóstico	Exámenes	Inf. diario de sector
Radictерapia	Sesiones	Inf. diario de sector
Radioisótopos	Aplicaciones	Inf. diario de sector
Endoscopías	Exámenes (autopsias, biopsias u otros)	Inf. diario de sector
Banco de tejidos	Injertos	Inf. diario de sector
Servicio Social	Caso fichado	Inf. diario de sector
Inmunizaciones	Aplicaciones (inyecciones, vacunas)	Inf. diario de sector
Saneamiento ambiental	Inspecciones	Inf. diario de sector
Esterilización	Tambores, cajas o envoltorios	Inf. diario de sector
Lavadero	Piezas lavadas o Kilos de ropa lavada	Inf. diario de sector
Ropería	Piezas de ropa confeccionadas	Inf. diario de sector
Transporte	Horas de viaje o viajes para transporte de pacientes (ambulancias)	Inf. diario de sector
Residentes	Horas residentes	Inf. diario de sector





5. H.C.N°. Colocar el número de historia clínica correspondiente al paciente.
6. Servicio y sector. Colocar el nombre del servicio donde se encuentra internado el paciente y el número del sector (sala) correspondiente. Por ejemplo: Cirugía Plástica, sala 5.

Si se trata de un paciente ambulatorio colocar el nombre del servicio e individualizar el consultorio (sector).

7. N° de operaciones. En este rubro se anotarán las operaciones realizadas al paciente en ese día. En la mayoría de los casos se realizará una operación por paciente en cuyo caso se colocará un "1" en el espacio correspondiente.

Cuando se realizaran más de una operación simultáneamente al mismo paciente -por ejemplo, una herniorrafia y una apendicectomía- se colocará un "2".

En caso de que se tratara de un paciente de consultorio externo se colocará el nombre de la especialidad y el número de sector, por ejemplo: C.E. 1.

- 4.1.3. Se usará un formulario para cada día de actividad del quirófano. En caso de que el número de pacientes operados fuera mayor de 10 en un día en ese quirófano se utilizará otro formulario "no olvidando de llenar el encabezamiento" (rubros 1,2 y 3) y se colocará en el borde superior derecho un "1" al primero y un "2" al segundo, a fin de que la Oficina Central pueda tener un control del número de formularios que debe recibir.

- 4.1.4. Al finalizar la actividad del día en el quirófano, la persona encargada del mismo deberá remitir este formulario a la Oficina Central.

#### 4.2. Informe diario de Alimentación.

- 4.2.1. El servicio de Alimentación del Hospital deberá informar diariamente el número de raciones remitidas a los sectores de internación para la alimentación de pacientes hospitalizados, discriminadas por sector de destino.

Si existe una cocina de leche centralizada deberá remitir un informe similar informando el número de raciones diarias de leche. Para ello se utilizará el informe diario de Alimentación colocando en un lugar bien visible "cocina de leche".

#### 4.2.2. Instrucciones para el llenado de los rubros

1. Establecimiento. Colocar el nombre del establecimiento.
2. Fecha. Colocar el día, mes y año correspondiente a la fecha que se informa.
3. Destino a. Se colocará en cada renglón el nombre del Servicio y el sector de internación adonde se envíen las raciones para pacientes.
4. N° de raciones. Se anotarán separadamente para cada servicio y sector el número de desayunos, almuerzos, meriendas y cenas remitidas para pacientes. No se incluirán en este espacio las raciones destinadas al personal de servicio.

5. Total de raciones. Debe anotarse el total de raciones enviadas a cada uno de los servicios. Para obtener el total de raciones se procederá así:

Se multiplicará el N° de desayunos por 0,1.

Se multiplicará el N° de almuerzos por 0,5.

Se multiplicará el N° de meriendas por 0,1.

Se multiplicará el N° de cenas por 0,3.

y luego se suman los resultados obtenidos de estos productos y se anotan en el total que corresponde al Servicio.

Por Ejemplo:

N° DE RACIONES

Servicio.	Sector	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Total de Raciones
Clinica Médica .....	1	5	5	5	5	5
Clinica Médica .....	2	10	10	9	8	9,3
Cirugía .....	3	20	22	22	20	21,2

Al sector 1 de clínica médica corresponden en total 5 raciones ya que una ración completa está formada por "desayuno, almuerzo, merienda y cena".

Como en el sector 2 de clínica médica no se enviaron igual número de desayunos, almuerzos, meriendas, y cenas el total de raciones se calculó en la forma siguiente:

Desayunos .....	10 x 0,1	1	Cenas .....	8 x 0,3	2,4
Almuerzos .....	10 x 0,5	1			<hr/>
Meriendas .....	9 x 0,1	0,9	Total de raciones ...		9,3

Para el sector 3 de cirugía el cálculo del número de raciones se efectúa en la forma siguiente:

Desayunos .....	20 x 0,1	2,0	Cenas .....	20 x 0,3	6,0
Almuerzos .....	22 x 0,5	11,0			<hr/>
Meriendas .....	22 x 0,1	2,2	Total de raciones		21,2



#### 4.3. Informe diario de ....

4.3.1. En este modelo de formulario se informará el número de prestaciones por servicio de destino de los restantes sectores del hospital (lista de sectores, punto 3.3.).

Las instrucciones para su llenado es similar para todos los sectores con la única diferencia que en el rubro 6 se anotará el tipo de prestación y la unidad de medida correspondiente.

#### 4.3.2. Instrucciones para su llenado.

1. Establecimiento. Colocar el nombre del establecimiento.
2. Servicio. Colocar el nombre del servicio al cual corresponde.
3. Sector. En caso de que exista más de un servicio del mismo tipo (por ejemplo dos servicios distintos de Radiología, Hemoterapia, Laboratorio, etc.) se asignará un número a cada uno, a fin de individualizarlo. No se consideran como sectores independientes los laboratorios, equipos de rayos, etc., pertenecientes a una sala o consultorio; por lo tanto NO DEBERAN INFORMAR EN ESTOS FORMULARIOS, ya que sus actividades, a los fines de costo, se computarán dentro de la sala o consultorio.

4. Fecha. Colocar el día, mes y año que se informa.

5. Destino a. Se colocará el servicio y sector al cual la prestación ha sido destinada.

Así, si se trata del informe de Laboratorio Central se anotarán los servicios (de internación o Consultorio Externo) y los sectores dentro de cada servicio para los cuales se efectuaron los análisis.

6. N° de. En esta columna se anotará el número de prestaciones brindadas por el servicio de destino.

Previamente se completará el título del rubro colocando el tipo de prestación. Por ejemplo: si se trata del informe de laboratorio se colocará N° de análisis. Si se trata del servicio de fisioterapia se colocará N° de sesiones. En el caso del servicio de Hemoterapia: N° de litros de sangre y plasma transfundidos. Para el servicio de radiología se considerarán solamente las placas útiles (no se incluyen las placas veladas).

Si se trata de radiografías seriadas se contarán tantas unidades como placas compongan el estudio (por ejemplo, una seriada gastroduodenal puede estar compuesta por 4 ó 5 radiografías).

#### 4.4. Resumen mensual de producción de sectores intermedios y generales.

4.4.1. Este formulario se utiliza para volcar la información recogida en los informes diarios de los distintos servicios.





Se utilizará una hoja para cada servicio (quirófano, alimentación, enfermería, etc.

Se volcarán por día las actividades o prestaciones del servicio por sector de destino y al finalizar el mes se realizará la suma total de todos los sectores.

Dentro de los cinco primeros días del mes siguiente se remitirá a la Oficina de Costos.

#### 4.5. Resumen mensual de producción de internación y consultorio externo

(Para Oficina de Costos.)

En este formulario se volcará mensualmente la información por sector (de internación y/o consultorio externo) correspondiente a "paciente-día", "egresos" (altas y defunciones; no se incluyen los pases de sala) y "total de consultas externas" (de primera vez y ulteriores).

Dentro de los cinco días del mes siguiente, la Oficina o Departamento de Estadística deberá remitir a la Oficina de Costos el "Resumen Mensual de Producción de Internación y Consultorio Externo".

Los datos para completar este formulario se obtendrán:

- a) para internación: del "Resumen Mensual de Censo Diario";
- b) para consultorio externo: del "Informe de Consultorio Externo".

LISTA DE PUBLICACIONES

- SERIE 1:** NUMERO 1: Conceptos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Pública\*  
 NUMERO 2: Formularios de Estadística para Establecimientos.
- SERIE 2:** NUMERO 1: Clasificación de niveles ocupacionales para el estudio de la mortalidad diferencial.  
 NUMERO 2: Subregistro de la mortalidad infantil - Enfoque analítico aplicado a las provincias de Chaco, Formosa, Misiones y Santiago del Estero.
- SERIE 3:** NUMERO 1: IV Reunión de Estadísticas de Salud\*  
 NUMERO 2: Capacitación de Personal - IV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Córdoba - Agosto 1969  
 NUMERO 3: Normas para publicación.  
 Normas para el registro y recolección de información estadística correspondiente a prestaciones contratadas por Obras Sociales y Mutuales.  
 NUMERO 4: V Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Conclusiones  
 NUMERO 5: V Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Capacitación de Personal - Rendimientos, Omisiones, Rechazo y Distorsiones en el Registro de Hechos Vitales.  
 NUMERO 6: V Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Supervisión de Establecimientos Asistenciales de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferrovianos al Programa Nacional de Estadísticas de Salud.  
 NUMERO 7: V Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Sistema de Historia Clínica Única.  
 NUMERO 8: V Reunión Nacional de Estadísticas de Salud - Recomendaciones sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles.
- SERIE 4:** NUMERO 1: Estadísticas Hospitalarias - Región Sud - Año 1967.  
 NUMERO 2: Estadísticas Hospitalarias - Región Cuyo - Año 1967  
 NUMERO 3: Estadísticas Hospitalarias - Región Centro - Año 1967  
 NUMERO 4: Estadísticas Hospitalarias - Región Noroeste - Año 1967\*  
 NUMERO 5: Estadísticas Hospitalarias - Región Noreste - Año 1967  
 NUMERO 6: Estadísticas Hospitalarias - Región Pampeana - Año 1967.
- SERIE 5:** NUMERO 1: Mortalidad Infantil y Preescolar - República Argentina - Años 1960-1966\*.  
 NUMERO 2: Mortalidad Infantil - Regiones Patagonia y Comahue - Años 1960-1966  
 NUMERO 3: Mortalidad Infantil - Regiones Cuyo y Centro - Años 1960-1966  
 NUMERO 4: Mortalidad Infantil - Regiones Noroeste - Años 1960-1966  
 NUMERO 5: Mortalidad Infantil - Región Noreste - Años 1960-1966  
 NUMERO 6: Mortalidad Infantil - Regiones Pampeana y Metropolitana - Años 1960-1966.  
 NUMERO 13: Mortalidad - República Argentina - Años 1962-1965  
 NUMERO 14: Mortalidad por Causa, Edad y Sexo - República Argentina - Años 1962-1965.
- SERIE 6:** NUMERO 1: Síntesis Epidemiológica 1968
- SERIE 7:** NUMERO 1: Estudio Epidemiológico de cáncer de localizaciones seleccionadas en la Ciudad de Buenos Aires\*
- SERIE 8:** NUMERO 1: Tablas de Vida.  
 NUMERO 2: Indicadores de nivel de vida y de salud.
- EN PREPARACION**
- SERIE 5:** NUMERO 7: Mortalidad de Preescolares - Regiones Patagonia y Comahue - Años 1960-1966.  
 NUMERO 8: Mortalidad de Preescolares - Regiones Cuyo y Centro - Años 1960-1966.  
 NUMERO 9: Mortalidad de Preescolares - Región Noroeste - Años 1960-1966  
 NUMERO 10: Mortalidad de Preescolares - Región Noreste - Años 1960-1966.  
 NUMERO 11: Mortalidad de Preescolares - Regiones Pampeana y Metropolitana Años 1960-1966  
 NUMERO 12: Tendencia de la mortalidad - República Argentina - Años 1944-1966
- SERIE 6:** NUMERO 2: Síntesis Epidemiológica 1969
- SERIE 9:** NUMERO 1: Introducción a la Anatomía Fisiológica y Patológica Humana. Educación Programada para Técnicos y Licenciados en Estadísticas de Salud.

\* Agotada.

Fecha Ingresos: / /  
 Proceso S.  
 Proceso S.  
 Tipo de  
 Proceso S.  
 Proceso S.

