

**Instructivo de llenado de la   
Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica y/o Asma**

**(SINBA-SIS-ASMA-EPOC-P)**

**VERSIÓN 2025**



**Dirección General de Información en Salud**

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# PREFACIO

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero #213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto “Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P) Versión 2025”.

Tabla de contenido

[1 PREFACIO 1](#_Toc184396412)

[1.1 Información de contacto 1](#_Toc184396413)

[2 PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO 4](#_Toc184396414)

[2.1 Introducción y Marco normativo 4](#_Toc184396415)

[2.2 Audiencia 5](#_Toc184396416)

[2.3 Alcance 5](#_Toc184396417)

[2.4 Justificación 5](#_Toc184396418)

[2.5 Términos y Definiciones 7](#_Toc184396419)

[3 Referencias 8](#_Toc184396420)

[3.1 Ligas Web 8](#_Toc184396421)

[3.2 Bibliografía 8](#_Toc184396422)

[3.3 Archivos anexos 8](#_Toc184396423)

[4 TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P) 9](#_Toc184396424)

[4.1 Formato 9](#_Toc184396425)

[4.1.1 ANVERSO 9](#_Toc184396426)

[4.1.2 REVERSO 10](#_Toc184396427)

[5 DESCRIPCIÓN DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA 11](#_Toc184396428)

[5.1 IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD 11](#_Toc184396429)

[5.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN 11](#_Toc184396430)

[5.3 FACTORES DE RIESGO 12](#_Toc184396431)

[5.4 SOMATOMETRÍA 13](#_Toc184396432)

[5.5 DATOS BASALES DEL(OS) DIAGNOSTICO(S) 13](#_Toc184396433)

[5.6 TRATAMIENTO 14](#_Toc184396434)

[5.7 DATOS DE CONTROL 15](#_Toc184396435)

[5.8 VISITAS DOMICILIARIAS 16](#_Toc184396436)

[5.9 BAJA 16](#_Toc184396437)

[6 INSTRUCCIONES LLENADO DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P) 17](#_Toc184396438)

[6.1 INSTRUCCIONES GENERALES 17](#_Toc184396439)

[6.2 IDENTIFICACION DE LA UNIDAD: 17](#_Toc184396440)

[6.3 DATOS IDENTIFICACIÓN 18](#_Toc184396441)

[6.4 FACTORES DE RIESGO 19](#_Toc184396442)

[6.5 DATOS BASALES DEL(OS) DIAGNÓSTICO(S) 20](#_Toc184396443)

[6.6 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) 20](#_Toc184396444)

[6.7 DATOS DE DIAGNÓSTICO DE ASMA 21](#_Toc184396445)

[6.8 TRATAMIENTO 21](#_Toc184396446)

[6.9 CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 22](#_Toc184396447)

[6.10 FÁRMACOS INHALADOS DE RESCATE 22](#_Toc184396448)

[6.11 DATOS DE CONTROL 23](#_Toc184396449)

[6.12 VISITAS DOMICILIARIAS 24](#_Toc184396450)

[6.13 BAJA 24](#_Toc184396451)

# PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de los Servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como definir los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los pacientes así como la integridad y confiabilidad de la información clínica, por lo que las personas prestadoras de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de las y los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado en el primer capítulo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal prestador de los Servicios de Salud en el Sistema Nacional de Salud en México, y que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el correcto llenado de la Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma.

## Alcance

Este documento está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de obtención de información en la Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma.

## Justificación

El presente instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o**.** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas.

Considerando que el proceso de registro de actividades del Informe Mensual no difiere entre las unidades, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por personas usuarias directas e indirectas, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de la información obtenida a través de la tarjeta, con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) versión 2025, exhortando a las y los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo y el llenado de la Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P), se entenderán las siguientes definiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÉRMINO** | **ACRÓNIMO** | **DEFINICIÓN** |
| **Capacidad Vital Forzada** | ***CFV*** | Cantidad de aire que se moviliza en una inspiración o espiración máximas forzadas. |
| **Clave Única de Establecimientos en**  **Salud** | ***CLUES*** | Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS. |
| **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica** | ***EPOC*** | Abreviatura utilizada para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| **Enfermedad respiratoria crónica** |  | Son afectaciones crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar son algunas de las más frecuentes. |
| **Índice de Masa Corporal** | ***IMC*** | Índice sobre la relación entre el peso y la altura, se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m2). |
| **Referencia y contrarreferencia** |  | Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de las y los pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.  Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. |
| **Referido** |  | Es cuando la o el paciente durante la consulta es enviado a una unidad de mayor complejidad para su atención. |
| **SINBA** | ***SINBA*** | Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. |
| **SIS** | ***SIS*** | Subsistema de Prestación de Servicios del Sistema de Información en Salud. |
| **Volumen Espiratorio Forzado** | ***VEF1*** | Es la cantidad de aire que puede expulsar una persona en el primer segundo de la exhalación. |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de llenado de la Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma (SINBA-SIS-ASMA-EPOC-P) versión 2025 y este Instructivo de llenado que se encuentran en Insumos SIS2025-formatos e Instructivos, dentro de la carpeta “01. Unidad Médica”, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

## Bibliografía

* NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
* Programa de Acción Específico. Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza, 2013-2018.

## Archivos anexos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| 29 | Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P) | SINBA-SIS-EPOC-ASMA -P 2025 | Excel |

# TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P)

## Formato

### ANVERSO



### REVERSO



# DESCRIPCIÓN DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA

La Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma tiene como objetivo principal captar la información de estos padecimientos y está conformada por 9 apartados principales:

* Identificación de la unidad
* Datos de identificación
* Factores de riesgo
* Somatometría
* Datos basales del(os) diagnostico(s)
* Tratamiento
* Datos de control
* Visitas domiciliarias
* Baja

## IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Este apartado tiene como objetivo recabar los datos correspondientes de la unidad de salud y se encuentra compuesto por 6 variables:

* CLUES
* Nombre de la Unidad
* Localidad
* Municipio
* Jurisdicción
* Entidad

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este apartado tiene como objetivo obtener los datos más relevantes para la identificación de la o el paciente, cuenta con 15 variables

* CURP
* Expediente
* Nombre(s)
* Primer Apellido y Segundo apellido
* Sexo
* Fecha de nacimiento
* Edad
* Entidad de nacimiento
* Derechohabiencia
* Declara pertenecer a un pueblo indígena
* ¿Cuál Pueblo Indígena?
* ¿Habla alguna lengua indígena?
* ¿Qué lengua indígena habla?
* ¿Se autodenomina afromexicano?
* Domicilio primario
* Teléfono fijo
* Celular
* Correo electrónico

## FACTORES DE RIESGO

Este apartado tiene como objetivo el recabar la información sobre todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si es o no una de las causas del daño, aun cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad, y se encuentra conformada por 11 variables.

* Tabaquismo
  + Si
  + No
  + Índice tabáquico
* Biomasa (humo de leña)
  + Si
  + No
  + Índice de biomasa
* Exposición laboral
  + Si
  + No
* Antecedente familiar de atopia
  + Si
  + no
* Antecedente familiar de asma
  + Si
  + No
* Desencadenantes: alérgicos y no alérgicos
  + Si
    - ¿Cuáles?
  + No
* Tabaquismo de segunda mano
  + Si
  + No
* Vive a menos de 2 cuadras de avenida grande
  + Si
  + No
* Vive a menos de 2 cuadras de fábrica
  + Si
  + No
* Antecedente de tuberculosis pulmonar
  + Si
  + No

## SOMATOMETRÍA

El objetivo de este apartado es recabar los datos de somatometría de la o el paciente y se encuentra conformado por 3 variables.

* Peso
* Talla
* IMC

## DATOS BASALES DEL(OS) DIAGNOSTICO(S)

Este apartado tiene como objetivo el recabar los datos más importantes sobre la detección, evolución y datos basales de la o el paciente con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o Asma. Se encuentra integrado por 14 variables.

* Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
* Fecha de diagnóstico.
* Síntomas
* Disnea
* Tos con expectoración
* Sibilancias
* Detección realizada por:
* Búsqueda
* Factores de riesgo y síntomas
* Tipo
* Leve
* Moderada
* Grave
* Muy grave
* Extremadamente grave
* Tratamiento no farmacológico previo
* Tratamiento farmacológico previo
* Datos basales de espirometría
* VEF1/CVF
* <LIN
* >=LIN
* Puntuación Z
  + - Leve
    - Moderada
    - Grave
* Respuesta post- broncodilatador
* FVC
* ›= 10%
* ‹ 10%
* VEF1
* ›= 10%
* ‹ 10%
* ASMA
* Fecha de diagnostico
* Síntomas
* Disnea
* Opresión torácica
* Sibilancias
* Tos
* Detección realizada por
* Búsqueda
* Factores de riego y síntomas
* Tipo
* Bien controlada
* Moderadamente controlado
* Poco controlado
* Datos basales de espirometría
* VEF1/CVF
* <LIN
* >=LIN
* Puntuación Z
  + - Leve
    - Moderada
    - Grave
* Respuesta post- broncodilatador
* FVC
* ›= 10%
* ‹ 10%
* VEF1
* ›= 10%
* ‹ 10%

## TRATAMIENTO

Este apartado tiene como objetivo recabar la información sobre el tratamiento utilizado por la o el paciente, y está formado por 5 variables.

* Fármacos inhalados de mantenimiento
  + Fecha de inicio
    - Tiotropio
    - Beclometasona
    - Budesonida
    - Glicopirronio/indacaterol
    - Vilanterol/fluticasona
    - Budesonida/formoterol
* Cambio en el tratamiento de mantenimiento
  + Fecha del cambio
  + Razón del cambio:
    - Descontrol de la patología
    - Preferencia de la o el paciente
    - Desabasto
* Fármacos inhalados de rescate
  + Ipratropio
  + Salbutamol
  + Salbutamol + ipratropio
* Otras intervenciones:
  + Oxígeno suplementario
    - Fecha de inicio
      * Parámetro utilizado
        + SPO2 AA \_\_\_\_%
        + PO2\_\_\_\_MMHG
* Cesación tabáquica:
  + Consejo breve
  + TRN
  + Bupropion
  + Vareniclina

## DATOS DE CONTROL

Este apartado tiene como objetivo recabar la información sobre el control y las acciones realizadas a la o el paciente, y cuenta con 6 variables

* 1. Nivel de función pulmonar
  + Fecha
  + Espirometría VEF1
  + Valor flujometría
* 2. Crisis o exacerbación atendida en:
  + Fecha
  + Centro de salud
  + Hospital
* Vacunas
  + Antiinfluenza
  + Antineumococcica
* Educación a la o el paciente
  + Fecha
  + Taller
  + Platica
* Referencia
* Clasificación actual
  + Fecha
  + EPOC
  + ASMA

## VISITAS DOMICILIARIAS

El objetivo de este apartado es obtener información de las visitas domiciliarias realizadas a la o el paciente. Se compone de 3 variables:

* Fecha de visita
* Resultado de la visita
* Observaciones

## BAJA

El objetivo es conocer la razón por la que la o el paciente no continuara el control su enfermedad pulmonar, y se encuentra integrado por 2 variables:

* + Fecha
  + Motivo

# INSTRUCCIONES LLENADO DE LA TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O ASMA (SINBA-SIS-EPOC-ASMA-P)

## INSTRUCCIONES GENERALES

* Este formato es de uso obligatorio, así como su registro en toda atención realizada a la o el paciente en control por estos padecimientos en los servicios de salud.
* Este formato debe ser llenado por la persona que brinda la atención.
* Para el llenado de la Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma debe escribir con tinta, letra de molde, sin abreviaturas, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
* La persona que llene la Hoja es la o el responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz.
* Para las celdas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, …, 9).

## IDENTIFICACION DE LA UNIDAD:

***CLUES:***

Registre la CLUES de la unidad, con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

***NOMBRE DE LA UNIDAD:***

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

***LOCALIDAD:***

Anote el nombre de la localidad en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

***MUNICIPIO:***

Anote el nombre completo del municipio en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**JURISDICCIÓN:**

Registre el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.

**ENTIDAD:**

Anote el nombre completo de la entidad donde se encuentra la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

## DATOS IDENTIFICACIÓN

***CURP:***

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la o el paciente.

***EXPEDIENTE:***

Anote el número de expediente de la o el paciente.

***NOMBRE(S):***

Anote el(los) nombre(s) de la o el paciente, debe contener al menos dos letras.

***PRIMER APELLIDO Y SEGUNDO APELLIDO:***

Anote el Primer apellido y/o Segundo apellido; si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras.

***SEXO***:

Marque con "X" el recuadro al que corresponda el sexo según condición biológica de nacimiento de la o el paciente: MUJER u HOMBRE.

***FECHA DE NACIMIENTO***:

Anote la fecha de nacimiento de la o el paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

***EDAD***:

Anote los años cumplidos de la o el paciente.

***ENTIDAD DE NACIMIENTO:***

Anote el código de la Entidad Federativa donde nació la o el paciente con base en: **01** Aguascalientes, **02** Baja California, **03** Baja California Sur, **04** Campeche, **05** Coahuila de Zaragoza, **06** Colima, **07** Chiapas, **08** Chihuahua, **09**.Ciudad de México, **10** Durango, **11** Guanajuato, **12** Guerrero, **13** Hidalgo, **14** Jalisco, **15** México, **16** Michoacán de Ocampo, **17** Morelos, **18** Nayarit, **19** Nuevo León, **20** Oaxaca, **21** Puebla, **22** Querétaro, **23** Quintana Roo, **24** San Luis Potosí, **25** Sinaloa, **26** Sonora, **27** Tabasco, **28** Tamaulipas, **29** Tlaxcala, **30** Veracruz de Ignacio de la Llave, **31** Yucatán, **32** Zacatecas.

***DERECHOHABIENCIA:***

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente la o el paciente: **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11**.ISSFAM, **14**.Servivios de Salud IMSS BIENESTAR, **8**.OTRA, **99**.SE IGNORA. El código **0**.NO ESPECIFICADO queda reservado para el registro dentro del sistema automatizado en caso de que la celda se encuentre vacía.

***DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA***:

Si la o el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta.

Si la respuesta es afirmativa pregunte si Habla alguna lengua indígena; marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta, si es afirmativa pregunte ¿Qué lengua habla? y anote la respuesta en el espacio.

***SE CONSIDERA AFROMEXICANA:***

Pregunte a la usuaria si considera pertenecer a un pueblo, comunidad o personas afromexicanas. Anote una "X" en la celda según corresponda la respuesta si es afirmativa o no.

***CORREO ELECTRÓNICO:***

Anote la dirección de correo electrónico de la o el paciente, si cuenta con él.

***DOMICILIO PRIMARIO:***

Anote el domicilio actual de la o el paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

***TELÉFONO FIJO:***

Anote el número de telefonía fija con el que cuenta la o el paciente en su domicilio.

***CELULAR:***

Anote el número de telefonía celular de la o el paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

SOMATOMETRíA

Realizado por personal de enfermería durante el ingreso a control.

***PESO:***

Anote el peso corporal medido en kilogramos.

***TALLA:***

Anote la talla de la o el paciente, expresada en metros.

***IMC***:

(Índice de Masa Corporal) Se obtiene de dividir el peso actual de la o el paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

## FACTORES DE RIESGO

Marque con "X" el recuadro según el o los Factores de riesgo que presente la o el paciente: Tabaquismo, Biomasa (humo de leña), Exposición laboral, Antecedente familiar de atopia, Antecedente familiar de asma, Desencadenantes (alérgicos y no alérgicos) en caso de respuesta afirmativa indique ¿Cuáles?, Tabaquismo de segunda mano, Vive a menos de 2 cuadras de avenida grande, Vive a menos de 2 cuadras de fábrica y/o Antecedente de tuberculosis pulmonar.

***EXPOSICIÓN LABORAL*:**

Se hace referencia a la exposición en actividades laborales a humos, polvos, aerosoles, en actividades de la industria farmacéutica, minera, alimentaria, de cosméticos, del plástico. Así como realizar actividades en peluquerías, carpinterías, aserraderos, panaderías.

***ÍNDICE TABÁQUICO*:**

Obténgalo de la siguiente forma: número de cigarrillos consumidos al día X número de años fumando / 20 y coloque el resultado en la casilla correspondiente. Se considera factor de riesgo cuando el índice es mayor a 10 paquetes/año.

***ÍNDICE DE BIOMASA***:

Obténgalo de la siguiente forma: número de años expuesto al humo de leña X el número de horas expuesta al día y coloque el resultado en la casilla. Se considera factor de riesgo cuando el índice es mayor a 200 horas/año.

## DATOS BASALES DEL(OS) DIAGNÓSTICO(S)

## ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

***FECHA DE DIAGNÓSTICO:***

Anote la fecha en que se realizó el diagnóstico e ingreso en la unidad de salud, día/mes/año.

***SÍNTOMAS:***

Marque con X el recuadro de acuerdo al signo y síntoma que presente la o el paciente.

***DETECCIÓN REALIZADA POR***:

Marque con X el recuadro según corresponda: Búsqueda, Factores de riesgo y síntomas.

***TIPO:***

Marque con X el recuadro según corresponda al tipo: Leve. Moderado, Grave, Muy grave o Extremadamente grave.

***PACIENTE PREVIAMENTE TRATADO:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda y especifique el tratamiento utilizado: No farmacológico o Farmacológico.

***DATOS BASALES DE ESPIROMETRÍA:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda al resultado del Volumen Espiratorio y la Capacidad Vital Forzada al primer segundo (VEF1/CVF) y puntuación Z.

***RESPUESTA POST-BRONCODILATADOR:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda al resultado del Volumen Espiratorio Forzado al primer segundo (VEF1) posterior al uso de un broncodilatador.

## DATOS DE DIAGNÓSTICO DE ASMA

***FECHA DE DIAGNÓSTICO:***

Anote la fecha en que se realizó el diagnóstico en la unidad de salud, día/mes/año.

***SÍNTOMAS:***

Marque con X el recuadro de acuerdo al signo y síntoma que presente la o el paciente.

***DETECCIÓN REALIZADA POR:***

Marque con X el recuadro según corresponda: Búsqueda, Factores de riesgo y síntomas.

***TIPO:***

Marque con X el recuadro según corresponda al tipo: Bien controlado, Moderadamente controlado o Poco controlado.

***DATOS BASALES DE ESPIROMETRÍA:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda al resultado del Volumen Espiratorio Forzado al primer segundo (VEF1), realizado por el personal del centro de salud capacitado en la realización e interpretación de la espirometría y puntuación Z.

***RESPUESTA POST-BRONCODILATADOR:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda al resultado del Volumen Espiratorio Forzado al primer segundo (VEF1)posterior al uso de un broncodilatador, realizado por el personal del centro de salud capacitado en la realización e interpretación de la espirometría.

## TRATAMIENTO

***FÁRMACOS INHALADOS DE MANTENIMIENTO***

Registre una X en el recuadro según el o los fármacos que utiliza la o el paciente para mantener el control de la enfermedad

***FECHA DE INICIO***

Registre el día mes y año de inicio del fármaco

***TIOTROPIO***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

***BECLOMETASONA***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

***BUDESONIDA***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

***GLICOPIRRONIO/INDACATEROL***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

***VILANTEROL/FLUTICASONA***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

***BUDESONIDA/FORMOTEROL***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco de base para el mantener en control la enfermedad

## CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

***FECHA DEL CAMBIO***

Registre el día mes y año en que se realiza cambio en el tratamiento de mantenimiento

***RAZÓN DEL CAMBIO:***

Registre una X el motivo del cambio en el tratamiento

***DESCONTROL DE LA PATOLOGÍA***

Registre una X si es la causa del cambio

***PREFERENCIA DE PACIENTE***

Registre una X si es la causa del cambio

***DESABASTO***

Registre una X si es la causa del cambio

## FÁRMACOS INHALADOS DE RESCATE

***IPRATROPIO***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco utilizado para el rescate en caso de crisis o exacerbación

***SALBUTAMOL***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco utilizado para el rescate en caso de crisis o exacerbación

***SALBUTAMOL + IPRATROPIO***

Registre una X en el recuadro si es el fármaco utilizado para el rescate en caso de crisis o exacerbación

OTRAS INTERVENCIONES:

***OXÍGENO SUPLEMENTARIO***

***FECHA DE INICIO***

Registre el día mes y año de inicio con oxigeno

***PARÁMETRO UTILIZADO***

***SPO2 AA \_\_\_\_%***

Registre cifra obtenida de la medición

***PO2\_\_\_\_MMHG***

Registre cifra obtenida de la medición

***CESACIÓN TABÁQUICA:***

Registre si se hace la actividad o no

***CONSEJO BREVE***

Registre una X si es lo utilizado para favorecer la cesación tabáquica

***TRN***

Registre una X si es el fármaco utilizado para favorecer la cesación tabáquica

***BUPROPION***

Registre una X si es el fármaco utilizado para favorecer la cesación tabáquica

***VARENICLINA***

Registre una X si es el fármaco utilizado para favorecer la cesación tabáquica

## DATOS DE CONTROL

Además de haber anotado en el anverso los datos basales, deberá registrar a partir de la fecha de ingreso al programa las acciones realizadas en cada consulta.

Anote con tinta la fecha en la que se otorga la consulta día, mes y año según la acción realizada.

**Nota**: Al término de la atención, no olvide registrar con lápiz la fecha de la próxima cita en el renglón siguiente del primer recuadro.

***NIVEL DE FUNCIÓN PULMONAR:***

Se refiere a la Espirometría de control: Registrar el resultado de la Relación VEF1, que debe realizarse cada 6 meses y/o el valor de la flujometría, realizado por el personal del centro de salud capacitado en la realización e interpretación de la espirometría.

***CRISIS O EXACERBACIÓN ATENDIDA EN***:

Anote la fecha de la exacerbación y marque con X el tipo de unidad donde fue atendido. Para Hospital considere unidad de Segundo o Tercer nivel.

***VACUNAS:***

Anote la fecha (día, mes, año) de aplicación de la vacuna según corresponda. Para antiinfluenza la aplicación será anual en el periodo invernal y para la vacuna antineumocóccica será cada 5 años.

***EDUCACIÓN AL PACIENTE:***

Anote la fecha y coloque en el recuadro el número que corresponda al taller o plática realizado: **1**.Uso correcto de inhaladores, **2**.Prevención de crisis asmática, **3**.Prevención de exacerbaciones de EPOC, **4**.Importancia de la vacunación, **5**.Deshabituación tabáquica, **6**.Uso de flujómetro, **7**.Diario de la o el paciente.

***REFERENCIA:***

Anote la clave que corresponda al nivel de atención al que es referido la o el paciente: **1**.Hospital general, **2**.Hospital de especialidad, **3.**Centro de salud. **4.** UNEME-EC, **5**.UNEME CAPA.

***CLASIFICACIÓN ACTUAL:***

Registrar la clasificación de EPOC con base en su gravedad colocando en el recuadro el número que corresponda **1**.Leve, **2**.Moderado, **3**.Grave, **4**.Muy grave, **5**.Extremadamente grave. y/o la clasificación actual de Asma dependiendo de los niveles de control colocando en el recuadro el número que corresponda **1**.Bien controlado, **2**.Moderadamente controlado, **3**.Poco controlado.

## VISITAS DOMICILIARIAS

***FECHA DE LA VISITA***

Anote la fecha de la visita

***RESULTADO DE LA VISITA***

Anote el número correspondiente al resultado de la visita: **1**.Nueva cita, **2**.No se encontró, se deja mensaje, **3**.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, **5**.Perdido, **6**. Defunción.

***OBSERVACIÓN:***

Anote las observaciones que hayan resultado de las visitas domiciliarias

## BAJA

Se refiere a las y los pacientes dados de baja del programa, de manera definitiva. Anote el número que corresponda al motivo por el cual la o el paciente egresa del programa: **1**.Cambio de domicilio; **2**.Rechazo al tratamiento; **3**.Defunción; **4**.Perdido; **5**.Otro motivo y la Fecha.



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Dirección General de Información en Salud**

**Instructivo de llenado de la**

**Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma**

(SINBA-SIS-ASMA-EPOC-P)

VERSIÓN 2025

Sistema Nacional de Información

Básica en Materia de Salud

Av. Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales,

Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11570. Ciudad de México