

**FICHA EGRESO:**



**Ministerio de Salud  
Argentina**

**REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR  
MOTIVOS DE SALUD MENTAL (RESAM)**  
ACTUALIZACIÓN 11/08/2023

**FICHA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONES: EGRESO**

INFORMACION DEL CIUDADANO		
(*) Tipo de documento: D.N.I. <input type="checkbox"/> DOC.EXTRANJERO <input type="checkbox"/> INDOC. <input type="checkbox"/> Nº ..... País de emisión: ..... (*) Nombre: ..... Apellido: ..... (*) Fecha de internación: ..... / ..... / ..... (DD/MM/AAAA)		
EGRESO		
(*) Fecha de egreso: ..... / ..... / ..... (DD/MM/AAAA) (*) Diagnóstico principal al momento del egreso (CIE 10) .....		
MOTIVO DEL EGRESO:		
<input type="checkbox"/> Alta de internación	<input type="checkbox"/> Abandono de tratamiento	<input type="checkbox"/> Defunción
Otro: .....		
Derivación: .....		
Provincia de residencia: .....	Localidad de residencia: .....	
CONDICIÓN HABITACIONAL:		
<input type="checkbox"/> vivienda propia / Alquilada	<input type="checkbox"/> vivienda de un flia o amigo que lo reciba	<input type="checkbox"/> Dispositivo habitacional independiente de la institución
<input type="checkbox"/> Dispositivo habitacional dependiente de la institución	<input type="checkbox"/> Hotel / Pensión	<input type="checkbox"/> Familia sustituta
Otro (especificar): .....		
Tratamiento ambulatorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene ocupación laboral productiva al momento del egreso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Recibe algún ingreso monetario por jubilación/pensión/subsidio, beca de externación y/o herencias al momento del egreso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma y aclaración del (los) profesional(es) interviniente(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_