

Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y **Terapéutico de la Anemia por Deficiencia de Hierro**

Sistema de Información HIS



2021



PERÚ

Ministerio de Salud

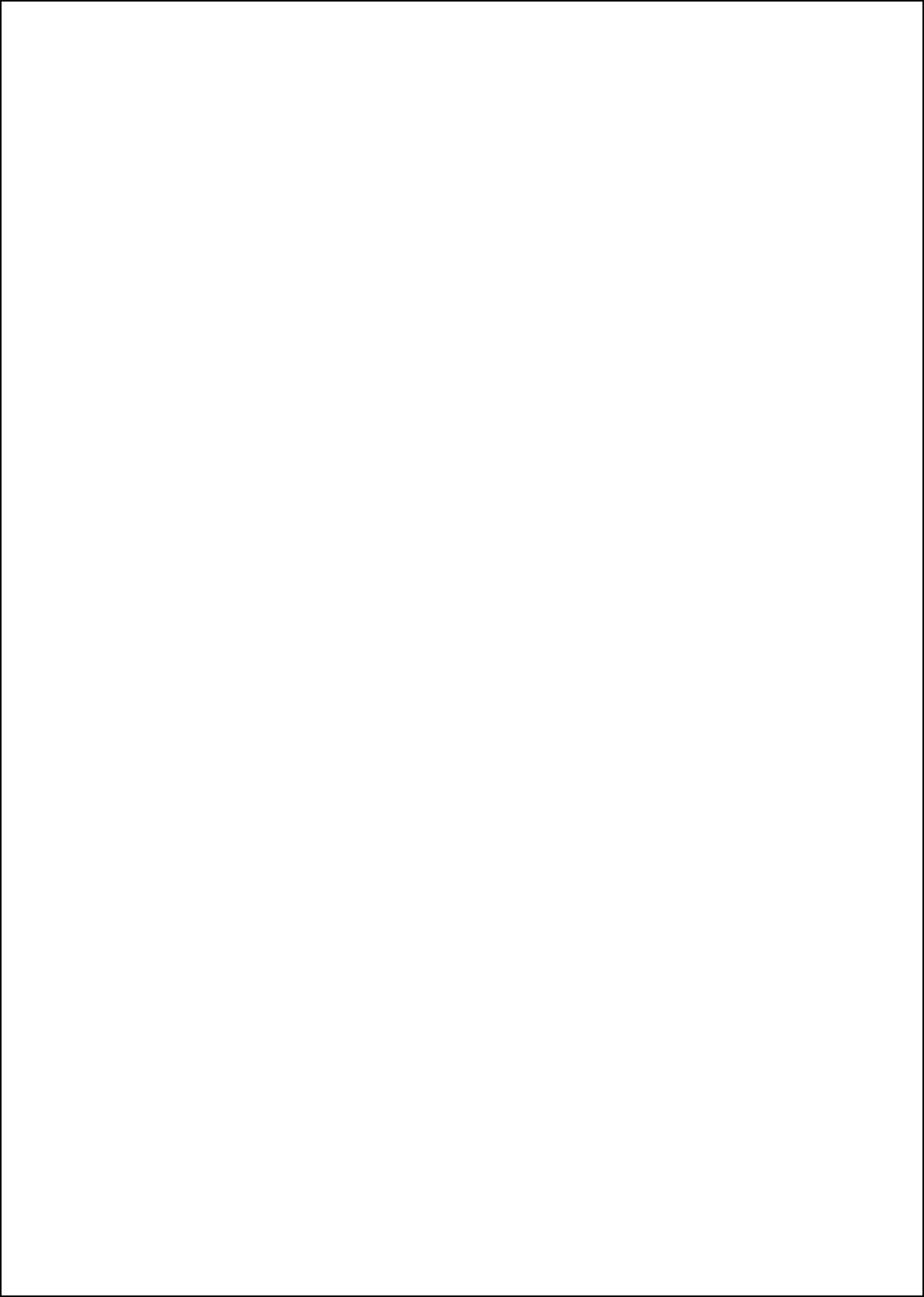
[LA SALUD DEPENDE DE TODOS]



#NoBajemosLaGuardia



BICENTENARIO PERÚ 2021



REGISTRO Y CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS

2021



"Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro"

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública / Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable

Equipo de Trabajo:

Ing. Jose Luis Segovia Juarez, Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información.
Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.
Ing. Wilson Fredy Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.
Lic. Jaqueline Lino Calderón, Coordinadora de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable.
Lic. Sergio Mercado Montoya, Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable.
Lic. Josefina Pomachahua Paucar, Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable.
Equipo de Asistentes Técnicos Territoriales de Lima Metropolitana de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable.

©MINSa-junio 2021.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe/minsa
webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, febrero 2021

Diseño y Diagramación

Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Tiraje: -----

Imprenta: -----(Nombre de la imprenta)

RUC:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Se terminó de imprimir en ----- 2021.

Versión Digital:



Óscar Raúl Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

Gustavo Martín Rosell De Almeida
Viceministro de Salud Pública

Bernardo Elvis Ostos Jara
Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz
Secretaria General

Ángel Alberto Gonzáles Vivanco
Director General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Públicas

Jaime Alejandro Honores Coronado
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información



Contenido

	pag.
Registro de la información para el manejo preventivo y terapeutico de la anemia por deficiencia de hierro.....	09
Pautas generales de registro de actividades en el HIS.....	10
Medición de hemoglobina.....	11
Manejo preventivo de anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas.....	12
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros.....	13
Niños nacido a termino y/o con peso normal a partir de los 4 meses.....	14
Término de la suplementación con hierro de 4 a 5 meses, medición de hemoglobina a los 6 meses e inicio de suplementacion con hierro por 6 meses.....	15
Sexto mes de suplementación con hierro.....	17
Cierre de la suplementación con hierro al finalizar el sexto es de suplementación.....	18
Ejemplos del esquema preventivo en niños de 6 a 35 meses.....	19
Suplementación con hierro del niño de 36 a 59 meses.....	20
Esquema Preventivo en Niños de 36 a 59 meses.....	21
Manejo preventivo de anemia en mujeres adolescentes de 12 a 17 años.....	22
Manejo preventivo de gestantes y puérperas.....	23
Primer mes de suplementación gestante 14 semanas.....	24
Ultima atención y puerperio.....	24
Manejo terapeutico de anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas.....	25
Manejo terapeutico de anemia en niños con bajo peso al nacer o prematuros.....	26
Manejo terapeutico de niños nacido a termino y/o con peso normal a partir de los 6 meses.....	27
Manejo Terapéutico por parte del médico.....	28
Manejo terapeutico de anemia en mujeres adolescentes de 12 a 17 años.....	32
Manejo terapeutico de gestantes.....	34
Atenciones extramurales.....	36
Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud.....	37
Atenciones de telemedicina.....	38
IPRESS Interconsultante.....	41
Anexos.....	43



REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

La actualización del presente manual se encuentra alineada a la actualización del listado de procedimientos médicos y sanitarios del sector salud (CPMS). Resolución Ministerial N° 1044-2020-MINSA.

Los códigos frecuentemente usados son:

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
Tamizaje de Anemia:		Bajo peso al nacer y/o prematuros:	
85018	Medición de Hemoglobina Tipo de Diagnóstico "P" cuando se emite la orden. Tipo de Diagnóstico "D" cuando se tiene los resultados. LAB (1,2,3,4,5,6).	P0712	Bajo peso al nacer, recién nacido cuyo peso al nacer va de 1500 a 2499 gramos/RN bajo peso al nacer.
		P07.3	Otros recién nacidos pretérminos, recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completas, pero menos de 259 días completos) /RN pretermino.
Diagnóstico:		Suplementación con Hierro para el Manejo Preventivo y Manejo Terapéutico de Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas:	
D50.0	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica).	99199.17	Suplementación con hierro - Administración de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6).
D50.8	Otras anemias por deficiencia de hierro.	99199.17	Suplementación con hierro - Administración de Hierro Polimaltosado En LAB: (P01, P02, P03, P04, P05, P06).
D50.9	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación.	99199.19	Suplementación con Micronutrientes. En LAB: (1, 2, 3, 4, 5, 6).
D64.9	Anemia de tipo no especificado.	99199.26	Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico. TA Término de Administración. PR Paciente Recuperado.
O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio. Tipo de Diagnóstico "D" cuando es la primera consulta. Tipo de Diagnóstico "R" para las siguientes consultas del tratamiento. En LAB: (LEV, MOD, SEV, VACÍO ¹)		
Otros diagnósticos de anemia asociados al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:		Las actividades de suplementación de hierro en el niño, adolescente, gestante y/o puerperas pueden estar vinculadas a actividades de:	
D53.9	Anemia nutricional, no especificada.	Atención integral de salud del Niño CRED código CPMS	
D532	Anemia Escorbútica.	99381	AIS CRED menor de 1 año
D538	Otras Anemias Nutricionales Especificadas.	99382	AIS CRED de 1 a 4 años
D520	Anemia por deficiencia dietética de Folatos.	Atención integral del adolescente código CPMS	
D528	Otras Anemias por deficiencia de Folatos.	99384	Atención de medicina preventiva para el adolescente
D529	Anemia por deficiencia de Folatos, sin otra Especificación.	Atención integral de la gestante código CPMS	
D513	Otras Anemias por deficiencia dietética de Vitamina B12.	Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado
D518	Otras Anemias por deficiencia de Vitamina B12.	Z359	Supervisión de embarazo con riesgo
D519	Anemia por deficiencia de Vitamina B12, sin otra Especificación.		
D530	Anemia por deficiencia de Proteínas.		

¹Vacío= En los casos de recién nacidos hasta los 6 meses, no se señala nivel de severidad

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
Atención Nutricional		C0010	Sesión Demostrativa
99209	Atención en Nutrición ² (1,2,3, ...)	Atenciones de Telemedicina (No presenciales)	
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	99499.01	Teleconsulta en Línea
99403.01	Consejería alimentación saludable ³ (1,2,3, ...)	99499.08	Teleorientación Síncrona
		99499.10	Telemonitoreo
		99499.11	Teleinterconsulta Síncrona
Actividades Oferta móvil/Extramurales			
C0011	Visita Familiar Integral		

PAUTAS GENERALES DE REGISTRO DE ACTIVIDADES EN EL HIS

El presente documento, desarrolla la forma de registrar en los **formatos HIS**, de las principales atenciones de prevención y control de anemia⁴, en niños, adolescentes, gestantes y púerperas, como se detalla a continuación:

Atenciones Oferta fija:

- Atención en medicina.
- Atención nutricional
- CRED
- Inmunizaciones
- Atención del adolescente
- Atención Prenatal

Atenciones Telemedicina:

- Teleconsulta.
- Teleorientación Síncrona
- Telemonitoreo.
- Teleinterconsulta Síncrona

Atenciones Oferta móvil

- Visita Domiciliaria.
- Sesiones Demostrativas

El registro en los formatos HIS será el siguiente:

En la primera fila:

En el campo **diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, se registra la atención de prevención o control de la anemia realizada (atención en medicina, nutrición, CRED y/o vacuna).

En el campo **Tipo de Diagnóstico**, se registrará P=Presuntivo, D=Definitivo ó R=Repetitivo, según corresponda.

En el campo **LAB** en el caso de ser la primera atención se colocará "1" y se continuará la numeración según se realicen las actividades programadas.

En el campo **CIE/CPT** colocar el código de la atención según corresponde y normatividad vigente

En las siguientes filas:

En el campo **diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, se registrarán las actividades realizadas como: medición de hemoglobina, suplementación con hierro, suplementación con micronutrientes, administración de tratamiento, consejería en alimentación saludable, entre otras que comprende el manejo preventivo o terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y púerperas, según corresponda y las acciones de monitoreo y seguimiento en el establecimiento de salud y/o en el hogar.

²Lo realiza el profesional Nutricionista

³Lo realiza el Profesional de Salud capacitado en Consejería Nutricional

⁴Las atenciones de prevención y control de la anemia, se realizan (i) en el establecimiento de salud, través de los servicios de Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o en Nutrición y (ii) fuera del establecimiento de salud a través de estrategias extramurales, como las visitas domiciliarias, acciones focalizadas, entre otras que se realizan para garantizar la continuidad de las atenciones de prevención y control de anemia y (iii) atenciones no presenciales a través de las tecnologías de la información que permite la incorporación de la Telesalud como estrategia de monitoreo y seguimiento en el establecimiento de salud y/o en el hogar.

En el campo **Tipo de Diagnóstico**, se registrará P=Presuntivo, D=Definitivo ó R=Repetitivo, según corresponda.

En el campo **LAB** anotar lo que corresponde

En el campo **CIE/CPT** colocar el código de la atención según corresponde y normatividad vigente

El campo **Hb**, se completará cuando se disponga del resultado de Hemoglobina, la información registrada corresponderá al "valor observado en la atención actual", sin ajuste por altitud.

Ejemplo N° 1: Ejemplos del Registro de Información en el HIS

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
4	A	M	PC	PESO	7000	N	N	1. Atención en Nutrición	P	D	R	4		99209
	M			TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	D	R	P01		99199.17
	D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	D	R	3		99403.01

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
4	A	M	PC	PESO	7000	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	4		99381
	M			TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	D	R	SF1		99199.17
	D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	D	R	3		99403.01

MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA

Es la medición de la concentración de hemoglobina o hematocrito que se realiza para **detectar la Anemia⁵**, hacer el **monitoreo** de los casos y determinar su **recuperación**. Esta se realiza en el laboratorio, o en el mismo consultorio si se dispone del equipamiento e insumos necesarios para su medición. Los momentos en los que se establece la medición de la hemoglobina, se detallan a continuación:

Tabla N° 1: Momentos en el que se debe de realizar la Medición de Hemoglobina según Prevención o Tratamiento.

Grupo Etario	Prevención	Tratamiento
Recién Nacido Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)	1 vez al año	A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento
Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad)	6 meses 12 meses 18 meses > 24 meses es 1 vez al año	Al mes, a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Mujeres Adolescentes	1 vez al año	Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Gestantes y Púerperas	1º Medición: Primer Control Prenatal (inicio de suplementación preventiva) 2º Medición: Sem 25 a 28 de Gestación 3º Medición: Sem 37 a 40 de Gestación 4º Medición: a los 30 días post parto (Fin de la Suplementación)	En Anemia Leve y Moderada: Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance niveles de 11 gr/dl a más

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA y la NTS N°137-2017/MINSA/NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS – R.M. N°537-2017/MINSA. RM 643-2018-MINSA.

⁵Conforme a Normatividad vigente

El procedimiento se inicia solicitando la "Medición de Hemoglobina", debiendo registrarse con tipo de diagnóstico "Presuntivo"; una vez obtenido el resultado se dará lectura y registrará el Diagnóstico "Definitivo" en la siguiente atención.

La medición de la hemoglobina se solicita en la atención médica, nutricional, de CRED o atención de inmunizaciones

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT**, registrar **85018** = Medición de Hemoglobina.

En el campo **Tipo de Diagnóstico** se marcará "**P**" cuando se emita la orden.

En el campo **Lab**, registrar el número de medición de hemoglobina que corresponde de manera correlativa (1, 2, 3 ...), debiendo reiniciarse el lab en cada año cumplido del niño.

Ejemplo N° 2: Ejemplo del registro de la solicitud de la medición de la hemoglobina

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
6	A	M	PC		PESO	8500	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99381
	M				TALLA	70	C	C	2. Medición de la hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				85018
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

La medición de la hemoglobina se realizar en la atención integral, atención médica o nutricional (en el servicio):

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT**, registrar **85018** = Medición de Hemoglobina.

En el campo **Tipo de Diagnóstico** se marcará "**D**" cuando se disponga del resultado.

En el campo **LAB** se colocará el número secuencial de respuesta (1,2,3,4,5,6...) cuando se disponga del resultado.

En el campo **Hb** se colocará el valor de obtenido durante la lectura.

Ejemplo N° 3: Ejemplo del registro de la medición de la hemoglobina durante la atención.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
6	A	M	PC		PESO	8500	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5			99209
	M				TALLA	70	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	D	F	Pab		Hb	12	R	R	3.	P	D	R				

MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS

- En niños con **bajo peso al nacer y/o prematuros**, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los 30 días de nacido hasta antes de cumplir los 6 meses de edad.
- En niños **nacidos a término con adecuado peso al nacer** la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los 4 meses hasta antes de cumplir los 6 meses de edad.
- Desde los **6 meses hasta los 23 meses de edad**, se administrará Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico o Multivitamínico en solución/gotas de forma **diaria durante 6 meses**; o Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres.
- Los niños de **24 meses hasta 35 meses de edad**, se administrarán suplementación con Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres o Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico jarabe en forma diaria durante 6 meses.
- El niño que no recibió Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico o Multivitamínico en solución o Micronutrientes en polvo a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar a cualquier edad, hasta los 35 meses inclusive a los 3 años de edad cumplidos.

- f. En el caso de suspensión del consumo de Micronutrientes en polvo o Multivitamínico en solución, se deberá reanudar según indicación del personal de salud hasta completar el esquema.
- g. **Todos los niños**, suplementados con hierro deben de recibir, consejería nutricional para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

Cuando se haya comprobado el consumo de la última entrega (después del sexto mes de suplementación) se registrará "TA" en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER Y/O PREMATUROS:

Los códigos HIS correspondiente a las atenciones de niño prematuro y con bajo peso al nacer son:

- P0712** Bajo peso al nacer, recién nacido cuyo peso al nacer va de 1500 a 2499 gramos/RN bajo peso al nacer.
- P07.3** Otros recién nacidos pretérminos, recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completas, pero menos de 259 días completos) /RN prematuro.

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro.
- En la 2° Fila: Suplementación con Hierro.
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Se coloca el número de control según corresponda "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de Suplementación y Número de Control "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Se coloca el número de consejería según corresponda "1,2,3, ..."

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento

- En la 1° Fila: P0712 o P07.3 según corresponda.
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N° 4: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de bajo peso al nacer

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
28	A	M	PC	PESO	2500	N	N	1. RN bajo peso al nacer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			P0712
	M			TALLA	48	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P01			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01

Ejemplo N° 5: Ejemplo del registro de la suplementación en niño prematuro.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
28	A	M	PC	PESO	2500	N	N	1. RN prematuro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			P07.3
	M			TALLA	48	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P01			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01

NIÑOS NACIDO A TERMINO Y/O CON PESO NORMAL A PARTIR DE LOS 4 MESES:

Los códigos HIS correspondiente a las atenciones de manejo preventivo del niño a partir de los 4 meses son:

En el ítem **CÓDIGO CIE/CPT:**

99199.17 Suplementación con Hierro.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado:** P01, P02, P03.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem **LAB:**

- En la 1° Fila: Número de Control "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó 99381 AIS CRED menor de 1 año (o la atención que corresponda)
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N° 6: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 4 meses con hierro polimaltosado durante la atención en nutrición

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
4	A	M	PC		PESO	7000	N	N	1. Atención en Nutrición	P	D	R	4			99209
	M	F	Pab		TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	D	R	P01			99199.17
	D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	D	R	3			99403.01

Ejemplo N° 7: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 4 meses con hierro polimaltosado durante el control CRED

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
4	A	M	PC		PESO	7000	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	4			99381
	M	F	Pab		TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	D	R	P01			99199.17
	D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	D	R	3			99403.01

Ejemplo N° 8: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 4 meses con sulfato ferroso durante la atención en nutrición

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
4	A	M	PC		PESO	7000	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99209
	M				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17
	D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99403.01

Ejemplo N° 9: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 4 meses con sulfato ferroso durante el control CRED

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
4	A	M	PC		PESO	7000	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99381
	M				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17
	D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99403.01

TÉRMINO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO DE 4 A 5 MESES, MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA A LOS 6 MESES E INICIO DE SUPLEMENTACION CON HIERRO POR 6 MESES.

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT**:

99199.17 Suplementación con Hierro.

99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- **Administración de Micronutrientes** : 1, 2, 3, 4, 5, 6.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud**:

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro (Cierre de la suplementación de 4 a 5 meses).
- En la 3° Fila: Medición de la hemoglobina.
- En la 4° Fila: Suplementación con hierro (Inicio de la suplementación de 6 a 11 meses).
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico**:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem **LAB**:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3,..."
- En la 2° Fila: Colocar TA que corresponde al Término de Administración de 4 a 5 meses.
- En la 3° Fila: Medición de la hemoglobina "1" (según corresponda).
- En la 4° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1" ó "1" (según corresponda).
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable "1" (según corresponda).

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó 99381 AIS CRED menor de 1 año (**o la atención que corresponda**)
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: 85018 Medición de la hemoglobina.
- En la 4° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro ó 99199.19 Suplementación con micronutriente
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N° 10: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 6 meses con sulfato ferroso.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___															
6	A	M	PC	PESO	8500	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	70	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___															
6	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99403.01
	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Ejemplo N° 11: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 6 meses con hierro polimaltosado.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___															
6	A	M	PC	PESO	8500	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	70	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___															
6	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P01			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99403.01
	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Ejemplo N° 12: Ejemplo del registro de la suplementación en niño de 6 meses con micronutrientes.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
6	A	M	PC	PESO	8500	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	70	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			9403.01
	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R				

SEXTO MES DE SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO:

En el campo CÓDIGO CIE/CPT:

- 99199.17** Suplementación con Hierro.
99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- **Administración de Micronutrientes** : 1, 2, 3, 4, 5, 6.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud**:

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico**:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "SF6" ó "6" (según corresponda).
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó
99381 AIS CRED menor de 1 año (**o la atención que corresponda**)
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro ó
99199.19 Suplementación con micronutriente
- En la 3° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N° 13: Ejemplo del registro de sexto mes de suplementación con sulfato ferroso.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
11	A	M	PC	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	74	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
	D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99403.01

Ejemplo N° 14: Ejemplo del registro de sexto mes de suplementación con hierro polimaltosado.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
10	A	M	PC	PESO	9	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año ó según corresponda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99381
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	72	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P03		99199.17
	D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99403.01
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
11	A	M	PC	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año ó según corresponda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	74	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99403.01
	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Ejemplo N° 15: Ejemplo del registro de sexto mes de suplementación con micronutrientes.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
11	A	M	PC	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	74	C	C	2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99199.19
	D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99403.01

CIERRE DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO AL FINALIZAR EL SEXTO MES DE SUPLEMENTACIÓN.

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT:**

99199.17 Suplementación con Hierro.

99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- **Administración de Micronutrientes** : 1, 2, 3, 4, 5, 6.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: Medición de hemoglobina.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Término de Administración "TA"
- En la 3° Fila: Número de medición de hemoglobina "2,3, ..." (según corresponda).

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó 99382 AIS CRED de 1 a 4 años **(o la atención que corresponda)**
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro ó 99199.19 Suplementación con micronutriente
- En la 3° Fila: 85018 Medición de hemoglobina.

Ejemplo N°16: Ejemplo del registro al finalizar el sexto mes de suplementación con sulfato ferroso o hierro polimaltosado.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M				2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018

Ejemplo N°17: Ejemplo del registro al finalizar el sexto mes de suplementación con micronutrientes.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M				2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018

Ejemplos del Esquema Preventivo en Niños de 6 a 35 meses

Suplementación preventiva con hierro polimaltosado a los 6 meses de edad

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO																		
MES	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
CIE 10*	85018	99199.17			99199.17			99199.17	85018					85018				
LAB	1	P01			P02			TA	1					2				

Un frasco de hierro polimaltosado de 30 ml* cubre la suplementación por tres meses continuos; y un frasco de hierro polimaltosado de 20 ml cubre la suplementación por dos meses continuos.

Suplementación preventiva con sulfato ferroso a los 6 meses de edad

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO																		
MES	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
CIE 10*	85018	99199.17		99199.17		99199.17		99199.17	85018					85018				
LAB	1	SF1		SF2		SF3		TA	1					2				

Un frasco de sulfato ferroso de 30 ml* cubre la suplementación por dos meses continuos; y un frasco de sulfato ferroso de 20 ml cubre la suplementación por un mes.

Suplementación preventiva con micronutrientes a los 6 meses de edad

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO																		
MES	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
CIE 10*	85018	99199.19	99199.19	99199.19	99199.19	99199.19	99199.19	99199.19	85018					85018				
LAB	1	1	2	3	4	5	6	TA	1					2				

Suplementación preventiva con sulfato ferroso y micronutrientes a los 24 meses de edad

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO												
MES	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
CIE 10*	85018	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19	99199.17 / 99199.19			
LAB	1	SF1 / 1	SF2 / 2	SF3 / 3	SF4 / 4	SF5 / 5	SF6 / 6	TA				

SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO DEL NIÑO DE 36 A 59 MESES.

Los niños de 36 a 59 meses (preescolares) que no presentan anemia deben de recibir suplementación con hierro a través del sulfato ferroso, complejo polimaltosado férrico o los micronutrientes en polvo, conforme al siguiente cuadro:

CONDICION DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRAR	DOSIS (Vía Oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACION
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	De 36 meses a 59 meses.	1 sobre	Micronutrientes en polvo: Sobre de 1 gramo que contienen 12,5 mg de hierro elemental	6 meses hasta que complete el consumo de 90 sobres (1 sobre interdiario) Interdiario (3 veces por semana)
		2.8 ml	Jarabe de Sulfato Ferroso (1 ml=3 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses Interdiario (3 veces por semana)
		2.5 ml	Jarabe de Complejo Polimaltosado férrico (1ml=10 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses 1 vez por semana

Los códigos referidos a la Suplementación con Hierro de los niños de 36 a 59 meses son:

CÓDIGO CIE/CPT:

- 99199.17 Suplementación con Hierro.
- 99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

Campo **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- **Administración de Micronutrientes** : 1, 2, 3, 4, 5, 6.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Atención en Nutrición o Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: Medición de hemoglobina
- En la 3° Fila: Suplementación con hierro o micronutrientes.
- En la 4° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem **LAB**:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de medición de hemoglobina "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 3° Fila: Número de entrega de suplementación con hierro o micronutrientes (1, 2, ..., 6)
- En la 4° Fila: Número de Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

En el ítem **Código CIE/CPT**:

- En la 1° Fila: 99381 AIS CRED de 1 a 4 años ó 99209 Atención en Nutrición (**o la atención que corresponda**)
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: 99199.19 Suplementación con micronutriente ó 99199.17 Suplementación con hierro
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo N°18: Ejemplo del registro de suplementación en los niños de 36 a 59 meses con micronutrientes

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO 14	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA 95	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb 13.1	R	R	3. Suplementación con Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99199.19
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R				

Ejemplo N°19: Ejemplo del registro de suplementación en los niños de 36 a 59 meses con sulfato ferroso

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO 14	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA 95	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb 13.1	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R				

Esquema Preventivo en Niños de 36 a 59 meses

Suplementación preventiva con micronutrientes

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO																				
MES	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
CIE 10*	85018	99199.19		99199.19			99199.19						85018							
LAB	1	1		2			TA						1							

Suplementación preventiva con sulfato ferroso

ESQUEMA DE MANEJO PREVENTIVO																							
MES	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	
CIE 10*	85018	99199.17					99199.17			99199.17			85018										
LAB	1	SF1					SF2			TA			1										

MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS

El manejo preventivo de la anemia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años consiste en la administración de 1 tableta de 60 mg de hierro elemental más 400 mg de Ácido Fólico, 2 veces por semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año entre los 12 y 17 años.

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN
Adolescente mujer de 12 a 17 años.	1 tableta de 60 mg de hierro elemental + 400ug Ácido Fólico 2 veces por semana	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	2 tabletas por semana durante 3 meses continuos cada año.

60mg de hierro elemental equivale a 300mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180mg de fumarato ferroso a 500mg de gluconato ferroso.
Fuente: Zavaleta N. Respicio G. and Garcia T. Nutr. 130: 462S-464S, 2000 y WHO. 2016. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra

La suplementación con hierro a los adolescentes se entregará en el marco del desarrollo de las sesiones que comprenden la provisión del Plan de Atención Integral de Salud para Adolescentes, conforme lo establece el marco normativo vigente.

Los códigos referidos a la Suplementación con Hierro de adolescente son:

CÓDIGO CIE/CPT: 99199.26 Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico.
Campo LAB : se registra TA en la atención.

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención realizada al adolescente (Atención de medicina preventiva para el adolescente, Nutrición, entre otras)
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico.
- En la 4° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- Para cada Fila marque Tipo "D".

En el ítem **LAB:**

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Medición de Hemoglobina "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 3° Fila: "TA"
- En la 4° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento.

- En la 1° Fila: 99384 Atención de medicina preventiva para el adolescente.
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: 99199.26 Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico.
- En la 4° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°20: Ejemplo del registro de suplementación con sulfato ferroso más ácido fólico (entrega única).

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	61	N	N	1. Atención de medicina preventiva para adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99384
	<input type="checkbox"/>	M			TALLA	145	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	<input type="checkbox"/>	F	Pab	79	Hb	13.1	R	R	3. Suplementación de Sulfato Ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.26
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
<input type="checkbox"/>	A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
<input type="checkbox"/>	M				TALLA		C	C	2.	P	<input type="checkbox"/>	R				
<input type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R				

MANEJO PREVENTIVO DE GESTANTES Y PUÉRPERAS:

El manejo preventivo de la anemia, se realizará en gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia el que debe de iniciarse a partir de la semana 14 de gestación; si el primer control prenatal es posterior a la semana 14, debe iniciarse la suplementación en ese momento durante todo el periodo de gestación.

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo normal no especificado.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina.
- En la 3° Fila: Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico.
- En la 4° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención o Control "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Medición de Hemoglobina "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 3° Fila: Número de entrega de suplemento "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 4° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z349 Supervisión de embarazo normal
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina.
- En la 3° Fila: 99199.26 Suplementación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico.
- En la 4° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

PRIMER MES DE SUPLEMENTACIÓN GESTANTE 14 SEMANAS

Ejemplo N°21: Ejemplo del registro de suplementación con sulfato ferroso más ácido fólico a gestantes (primera entrega).

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
26	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión del embarazo normal	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			2349
	<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			85018
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb	12.3	R	R	3. Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1		99199.26
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

ULTIMA ATENCIÓN Y PUERPERIO

Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva – 4°Medición de Hemoglobina.

Ejemplo N°22: Ejemplo del registro de suplementación con sulfato ferroso más ácido fólico en gestantes y púerperas (última entrega)

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
27	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59430
	<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA	C	C	2. Suplementacion de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7			99199.26
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7		99403.01

Ejemplo N°23: Ejemplo del registro de suplementación con sulfato ferroso más ácido fólico en gestantes y púerperas (cierre del esquema de suplementación)

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
27	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59430
	<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4			85018
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb	13.4	R	R	3. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA		99199.26
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

MANEJO TERAPEUTICO EN NIÑOS

- El **Tratamiento de la Anemia**, se realiza previo diagnóstico a través de la Medición de Hemoglobina, en el consultorio de Atención Integral del Niño o en Nutrición.
- La **duración del Tratamiento de Anemia** de los niños hasta los 11 años de edad, **es de 6 meses continuos**.
- La **entrega del tratamiento de hierro** será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño.
- **Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo del tratamiento** de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.
- La **detección y atención del niño con anemia** se da en los siguientes espacios/escenarios:
 - Atención en Medicina.
 - Control de Crecimiento y Desarrollo (incluye la Medición de Hemoglobina).
 - Atención en Nutrición (incluye la Medición de Hemoglobina).
- **Durante el Tratamiento de Anemia**, el niño recurre 7 veces al servicio o consultorio del profesional que realizará el tratamiento de anemia, 6 veces corresponden al tratamiento y la séptima para determinar el alta del paciente⁶.
- **Todos los niños, tratados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

Tabla N° 2: Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra.

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

⁶Comprende la confirmación del cumplimiento del tratamiento establecido y que los niveles de hemoglobina estén dentro de los rangos de normalidad.

Los códigos HIS correspondiente a las atenciones de manejo terapéutico en el niño son:

En el ítem **CÓDIGO CIE/CPT:**

- 99199.17** Suplementación con hierro.
- D509** Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV, **VACÍO**⁷) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.

Al final del periodo de tratamiento se colocará **TA** (Término de la Administración) y la condición **PR** (Paciente Recuperado) si corresponde.

- **TA** Término de Administración
- **PR** Paciente Recuperado

El campo Hb⁸, se completa cuando se realiza la Medición de Hemoglobina o la Lectura del Resultado. La información registrada corresponde al **valor observado**.

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER O PREMATUROS

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 4° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem **LAB**, se registrará según corresponda:

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, entre otras).
- En la 2° Fila: Número de Medición de Hemoglobina "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 3° Fila: " "(Vacío)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "P01", "P02",....."P06" ó "SF1", "SF2",.....SF6".
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1".

En el ítem **Código CIE/CPT:**

- En la 1° Fila: P07.3 Recién Nacido Prematuro ó P0712 Recién Nacido con Bajo Peso.
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable

Ejemplo N°24: Registro de la suplementación en niño prematuro - inicio.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
1	A	M	PC	PESO	2.5	N	N	1. RN prematuro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		P07.3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	45	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	7.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1		99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

⁷Vacío=en el caso de recién nacido y menores de 6 meses, que los puntos de corte no señalan nivel de severidad.

⁸Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.

Ejemplo N°25: Registro de la suplementación en niño de bajo peso al nacer - inicio.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
1	A	M	PC		PESO	2.5	N	N	1. RN bajo peso al nacer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			P07.1
	M				TALLA	45	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	D		Pab		Hb	7.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17
	M				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Ejemplo N°26: Registro de primer control de medición de hemoglobina en suplementación de niño prematuro.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
4	A	M	PC		PESO	8.2	N	N	1. RN prematuro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			P07.3
	M				TALLA	70	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			85018
	D		Pab		Hb	10.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4			99199.17
	M				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99403.01
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Ejemplo N°27: Registro de término de esquema terapéutico de niño prematuro.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
7	A	M	PC		PESO	8.9	N	N	1. RN prematuro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			P07.3
	M				TALLA	74	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			85018
	D		Pab		Hb	12.2	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR			D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	M				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			99403.01
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

MANEJO TERAPEUTICO DE NIÑOS NACIDO A TERMINO Y/O CON PESO NORMAL A PARTIR DE LOS 6 MESES:

Los códigos HIS correspondiente a las atenciones de manejo terapéutico del niño a partir de los 6 meses son:

En el ítem **CÓDIGO CIE/CPT**:

99199.17 Suplementación con Hierro.

D509 Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**.

En el ítem **LAB** se registra la administración según corresponda:

- **Administración de Hierro Polimaltosado** : P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- **Administración de Sulfato Ferroso** : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.

Manejo Terapéutico por parte del médico:

Inicio del Esquema Terapéutico:

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Suplementación con hierro.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 2° Fila: Número de Medición "1"
- En la 3° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.

Ejemplo N°28: Registro de inicio de esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte del médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
6	A	M	PC			1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD			D509
	M					2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	D		Pab			3. Suplementacion con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1			99199.17

Continuidad del Esquema Terapéutico:

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "R"
- En la 2° Fila: Marque tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P02",....., P06" ó "SF2",....., SF6" (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.

Ejemplo N°29: Registro de la continuidad del esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte del médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
11	A	M	PC			1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD			D509
	M					2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6			99199.17
	D		Pab			3.	P	D	R				

Término del Esquema Terapéutico:

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: Medición de Hemoglobina

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- En la 1° Fila: Marque tipo "R"
- En la 2° Fila: Marque tipo "D"
- En la 3° Fila: Marque tipo "D"

En el ítem **LAB:**

- En la 1° Fila: Paciente Recuperado "PR"
- En la 2° Fila: Término de Administración "TA"
- En la 3° Fila: Número de Medición "4" (ó según corresponda).

Código **CIE/CPT:**

- En la 1° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina

Ejemplo N°30: Registro de término de esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte del médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
1	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	9.5	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	PR			D509
	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	TALLA	74	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	TA			99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	13.4	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	4			85018

Manejo Terapéutico por parte de un profesional capacitado no médico:

Inicio del Esquema Terapéutico:

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro
- En la 3° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 4° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 5° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 6° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem **LAB:**

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Término de Administración "TA" (de ser el caso)
- En la 3° Fila: Número de Medición "1"
- En la 4° Fila: Grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 5° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1"
- En la 6° Fila: Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó
99381 AIS CRED menor de 1 año (o la atención que corresponda)
- En la 2° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 4° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 5° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 6° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°31: Registro de inicio de esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte del profesional capacitado no médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
6	A	M	PC	PESO	68	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99381
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
	D		Pab	Hb	9.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	A	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1		99199.17
	D		Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99403.01

Continuidad del Esquema Terapéutico:

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 3° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 4° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "D"
- En la 2° Fila: Marque tipo "R"
- En la 3° Fila: Marque tipo "D"
- En la 4° Fila: Marque tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 3° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P02",..., P06" ó "SF2",..., SF6" (según corresponda).
- En la 4° Fila: Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó
99381 AIS CRED menor de 1 año (o la atención que corresponda)
- En la 2° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 3° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 4° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°32: Registro de la continuidad del esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte profesional capacitado no médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
11	A	M	PC	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
	M	F	Pab	TALLA	74	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	D			Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99403.01
	M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R			
	D			Hb		R	R	3.	P	D	R			

Término del Esquema Terapéutico:

En el ítem **Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:**

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, entre otras).
- En la 2° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 3° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 4° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico:**

- En la 1° Fila: Marque tipo "D"
- En la 2° Fila: Marque tipo "R"
- En la 3° Fila: Marque tipo "D"
- En la 4° Fila: Marque tipo "D"
- En la 5° Fila: Marque tipo "D"

En el ítem **LAB:**

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Paciente Recuperado "PR"
- En la 3° Fila: Término de Administración "TA"
- En la 4° Fila: Número de Medición "4" (ó según corresponda).
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código **CIE/CPT:**

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición ó
99381 AIS CRED menor de 1 año (o la atención que corresponda)
- En la 2° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 3° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 4° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°33: Registro de término de esquema terapéutico de niño nacido a término y con peso normal a los 6 meses por parte profesional capacitado no médico.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	9.5	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12		99209
	<input type="checkbox"/>	M			TALLA	74	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR		D509
	<input type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	12.4	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		85018
	<input type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99403.01
	<input type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS

El tratamiento de la anemia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años con diagnóstico de anemia comprende la administración de 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental, **haciendo un consumo diario de 120 mg de hierro elemental**, durante 6 meses continuos.

Inicio del Esquema Terapéutico:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Evaluación Integral del Adolescente.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina.
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación.
- En la 4° Fila: Suplementación con hierro
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Número de entrega "1"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99384 Evaluación Integral del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°34: Registro de inicio de esquema terapéutico de adolescente – primera entrega para 3 meses y 1° medición de hemoglobina.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	61	N	N	1. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99384
	<input type="checkbox"/>	M		79	TALLA	145	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
	<input type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	10	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.26
	<input type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99199.17
	<input type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

Continuidad del Esquema Terapéutico:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Evaluación Integral del Adolescente.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina.
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación.
- En la 4° Fila: Suplementación con hierro
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "D"
- En la 2° Fila: Marque tipo "D"
- En la 3° Fila: Marque tipo "R"
- En la 4° Fila: Marque tipo "D"
- En la 5° Fila: Marque tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Control "2"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Número de entrega "2"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99384 Evaluación Integral del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°35: Registro de continuidad de esquema terapéutico de adolescente – segunda entrega para 3 meses y 2° medición de hemoglobina.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
14	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	61	N	N	1. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99384
	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	79	TALLA	145	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018
	<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	12	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.17
	M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
	D			Hb		R	R	3.	P	D	R			

Término del Esquema Terapéutico:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Evaluación Integral del Adolescente.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina.
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación.
- En la 4° Fila: Suplementación con hierro
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "D"
- En la 2° Fila: Marque tipo "D"
- En la 3° Fila: Marque tipo "R"
- En la 4° Fila: Marque tipo "D"

- En la 5° Fila: Marque tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Control "3"
- En la 3° Fila: Paciente Recuperado "PR"
- En la 4° Fila: Término de Administración "TA"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99384 Evaluación Integral del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: 99199.17 Suplementación con hierro.
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°36: Registro de término de esquema terapéutico de adolescente y 3° medición de hemoglobina y alta de tratamiento.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
14	M	PC	PESO 61	N	N	1. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99384
	M	Pab	TALLA 145	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			85018
	D		Hb 12	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR			D509
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17
	M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99403.01
	D		Hb	R	R	3.	P	D	R				

MANEJO TERAPEUTICO DE GESTANTES.

Si en alguna de las mediciones de hemoglobina durante el periodo de gestación, se detecta anemia, se debe iniciar el manejo terapéutico.

Inicio del Esquema Terapéutico:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 4° Fila: Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable.

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Medición de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Número de entrega "1"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z359 Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: O990 Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 4° Fila: 99199.26 Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico.
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°37: Registro de inicio de esquema terapéutico de gestante – detectado en el primer control prenatal.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			Z359
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	10.1	R	R	3. Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
	<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato Ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99199.26
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

Término del Esquema Terapéutico:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo.
- En la 2° Fila: Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 4° Fila: Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico
- En la 5° Fila: Consejería en alimentación saludable.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "D"
- En la 2° Fila: Marque tipo "D"
- En la 3° Fila: Marque tipo "R"
- En la 4° Fila: Marque tipo "D"
- En la 5° Fila: Marque tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención "1,2,3, ..." (según corresponda).
- En la 2° Fila: Número de Medición de Hemoglobina "7" (o según corresponda).
- En la 3° Fila: Paciente Recuperado "PR"
- En la 4° Fila: Término de Administración "TA"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1,2,3, ..." (según corresponda).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z359 Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: 85018 Medición de Hemoglobina
- En la 3° Fila: O990 Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 4° Fila: 99199.26 Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico.
- En la 5° Fila: 99403.01 Consejería en alimentación saludable.

Ejemplo N°38: Registro de cierre de esquema terapéutico de gestante.

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			Z359
	<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			85018
	<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	13.5	R	R	3. Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR		O990
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato Ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.26
	<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	C	C	2. Consejería en alimentació saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

ATENCIONES EXTRAMURALES:

Sesiones Demostrativas:

Es una actividad educativa de **"aprender haciendo"**, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, se realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante.

Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un Local Comunal, Centros de Promoción y Vigilancia Comunal u otros espacios de la comunidad, asimismo pueden realizarse en un espacio adecuado del establecimiento, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin⁹.

En familias con niñas y niños menores de 12 meses:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1ra Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre "D"

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa "ALI MN, LME".

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

Ejemplo N°39: Registro de Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Niños

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
6	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010
	<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

En Gestantes:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1º Fila: Sesión Demostrativa

⁹Extraído del documento: Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Consulta Externa, de las Actividades de Promoción de la Salud en el Programa Articulado Nutricional.

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre "D"

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa "ALI MN, LME".

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

* En todos los casos se debe registrar la fecha de última regla de las gestantes que participen en las sesiones demostrativas.

Ejemplo N°40: Registro de Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Gestantes

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/01/2021									
26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R				

Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud

Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, con la finalidad de brindar **consejería** para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil.

La visita domiciliaria puede realizarse para: la supervisión de la adherencia o para la entrega de hierro de la suplementación preventiva o tratamiento de anemia.

Preventivo:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Suplementación con hierro o suplementación con micronutriente, según corresponda
- En la 2° Fila: Visita Familiar Integral

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre "D"

Item Lab:

- En la 1° Fila: Se registrará "Vacío" cuando se haga la supervisión del consumo del suplemento con hierro; cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o PO y número de entrega según corresponda.
- En la 2° Fila: Se registrará "Vacío"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99199.17 ó 99199.19 (según corresponda)
- En la 2° Fila: C0011

Ejemplo N°41: Registro de Visita Domiciliaria para la Supervisión de suplementación con hierro a niño sin anemia

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Suplementación con Hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C0011
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R				

Terapéutico:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 2° Fila: Suplementación con hierro.
- En la 3° Fila: Visita Familiar Integral

Tipo de Diagnóstico:

- Para diagnóstico de Anemia marque "R"
- Para todas las demás actividades marque siempre "D"

Item Lab:

- En la 1° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro (LEV, MOD, SEV).
- En la 2° Fila: Se registrará "Vacío" cuando se haga la Supervisión del consumo del tratamiento; **cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o PO y número de entrega según corresponda.**
- En la 3° Fila: Se registrará "Vacío"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509
- En la 2° Fila: 99199.17
- En la 3° Fila: C0011

Ejemplo N°42: Registro de Visita Domiciliaria para la Supervisión de suplementación con hierro a niño con anemia

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
							P	D	R	1º	2º	3º			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	R	LEV			D509
	M	X	Pab		TALLA	C	C	2. Suplementación con hierro	P	A	R				99199.17
	D				Hb	R	R	3. Visita Familiar Integral	P	A	R				C0011

ATENCIONES DE TELEMEDICINA:

Son las actividades orientadas a los servicios de salud a distancia prestado por el personal de salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles a los usuarios.

Teleconsulta: Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias (para el caso de anemia debe ser el médico), y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, *diagnóstico*, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud. La teleconsulta no podrá realizarse a niños sin anemia, ya que su finalidad es brindar el *diagnóstico de anemia*.

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia.
- En la 2° Fila: Teleconsulta.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo "D"

Item Lab:

- En la 1° Fila: Registre el grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 2° Fila: " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)

- En la 2° Fila: 99499.01 Teleconsulta.

Ejemplo de teleconsulta a niño con anemia:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		D509
	M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleconsulta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.01
	D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Teleorientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar al usuario de salud consejería y asesoría con fines de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

Teleorientación a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia
- En la 2° Fila: Teleorientación.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "R".
- En la 2° Fila: Marque tipo "D".

Item Lab:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de teleorientación a niño con anemia:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/09/2019				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
8	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			D509
	M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleorientación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08
	D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Teleorientación a niños sin anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: Teleorientación.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo "D"

Item Lab:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99199.17 o 99199.19 (según corresponda)
- En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de teleorientación a niño sin anemia:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/09/2019			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
7	A	M	PC		PESO	N	N	1. Administración de suplementos de hierro	P	D	R			99199.17
	M				TALLA	C	C	2. Teleorientación	P	D	R			99499.08
	D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Telemonitoreo: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud

Telemonitoreo a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1º Fila: Anemia
- En la 2º Fila: Telemonitoreo.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1º Fila: Marque tipo "R".
- En la 2º Fila: Marque tipo "D".

Item Lab:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2º Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de telemonitoreo a niño con anemia:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 05/12/2019						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/06/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
7	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia	P	D	R			D509
	M				TALLA	C	C	2. Telemonitoreo	P	D	R			99499.10
	D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Telemonitoreo a niños sin anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1º Fila: Administración de Suplementos de Hierro.
- En la 2º Fila: Telemonitoreo.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo "D"

Item Lab:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: 99199.17 o 99199.19 (según corresponda)
- En la 2º Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de telemonitoreo a niño sin anemia:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
7	A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración de suplementos de hierro	P	D	R				99199.17
	M				TALLA		C	C	2. Telemonitoreo	P	D	R				99499.10
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Teleinterconsulta:

Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud

IPRESS Interconsultante**Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:**

- En la 1° Fila: Motivo de consulta (Ejem: Anemia)
- En la 2° Fila: Teleinterconsulta.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "R".
- En la 2° Fila: Marque tipo "D".

Item Lab:

- En la 1° Fila: " " (vacío)
- En la 2° Fila: "1".

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Según corresponda (Ejem: D509 (Anemia por deficiencia de hierro))
- En la 2° Fila: 99499.11 Teleinterconsulta

Ejemplo de teleinterconsulta – IPRESS interconsultante:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
							P	D	R	1º	2º	3º				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
7	A	M	PC		PESO		N	N	1. Anemia	P	D	R				D509
	M				TALLA		C	C	2. Teleinterconsulta	P	D	R	1			99499.11
	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

IPRESS Interconsultora

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Motivo de consulta (Ejem: Anemia)
- En la 2° Fila: Teleinterconsulta.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "R".
- En la 2° Fila: Marque tipo "D".

Item Lab:

- En la 1° Fila: " " (vacío)
- En la 2° Fila: "2".

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Según corresponda (Ejem: D509 (Anemia por deficiencia de hierro))
- En la 2° Fila: 99499.11 Teleinterconsulta

Ejemplo de teleinterconsulta – IPRESS interconsultora:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
7	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia	P	D	R			D509
	M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Teleinterconsulta	P	D	R	2		99499.11
	D				Hb	R	R	3.	P	D	R			

ANEXOS:

EJEMPLOS DE REGISTRO DE MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS A TERMINO Y CON PESO NORMAL A PARTIR DE LOS 6 MESES.

En la Atención en Nutrición:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
							P	D	R	1º	2º	3º									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							6	A	M	PC	PESO	8.5	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		67	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17			
	D	F	Pab			Hb		12.4	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							6	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1		99199.17
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA			C	C	2. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3.	P	D	R							
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							7	A	M	PC	PESO	8.8	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		69	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2			99199.17			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99403.01			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							8	A	M	PC	PESO	9	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		70	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3			99199.17			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99403.01			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							9	A	M	PC	PESO	9.2	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		72	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4			99199.17			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99403.01			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							10	A	M	PC	PESO	9.5	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		73	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5			99199.17			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5			99403.01			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							11	A	M	PC	PESO	9.8	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA		75	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6			99199.17			
	D	F	Pab			Hb			R	R	3. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99403.01			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	10.2	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99209
	M					TALLA		76	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.17			
	D	F	Pab			Hb		13.1	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			85018			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							1	A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en alimentacion saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99403.01
	M					TALLA			C	C	2.	P	D	R							
	D	F	Pab			Hb			R	R	3.	P	D	R							

En la Atención en CRED:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
6	M	PC	Pab	PESO	8.1	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99381
				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
				Hb	9.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
7	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA		C	C	2. Suplementación con hierro.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1		99199.17
				Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
7	M	PC	Pab	PESO	8.4	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99381
				TALLA	68	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.2	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
8	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018
				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
8	M	PC	Pab	PESO	8.8	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8		99381
				TALLA	70	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99403.01
				TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	M	PC	Pab	PESO	9.2	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	9		99381
				TALLA	72	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.5	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
10	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		85018
				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99403.01
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
10	M	PC	Pab	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99381
				TALLA	74	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
11	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		99403.01
				TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
11	M	PC	Pab	PESO	9.8	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
				TALLA	75	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
1	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99403.01
				TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
1	M	PC	Pab	PESO	10.2	N	N	1. AIS CRED de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99382
				TALLA	76	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
1	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		85018
				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

EJEMPLOS DE REGISTRO DE MANEJO TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS A TERMINO Y CON PESO NORMAL A PARTIR DE LOS 6 MESES.

En la Atención en Medicina:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO OE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
6	M	PC	Pab	PESO	8.1	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1		99199.17
				Hb	9.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
7	M	PC	Pab	PESO	8.4	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	68	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2		99199.17
				Hb	10.2	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
8	M	PC	Pab	PESO	8.8	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	70	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3		99199.17
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
9	M	PC	Pab	PESO	9.2	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	72	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4		99199.17
				Hb	11.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
10	M	PC	Pab	PESO	9.5	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	74	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5		99199.17
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
11	M	PC	Pab	PESO	9.8	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				TALLA	75	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
1	M	PC	Pab	PESO	10.2	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PR		D509
				TALLA	76	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
				Hb	12.8	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		85018

En la Atención en Nutrición:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGO OE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
6	M	PC	Pab	PESO	8.1	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99209
				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
				Hb	9.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
7	M	PC	Pab	PESO	8.4	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99209
				TALLA	68	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.2	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
8	M	PC	Pab	PESO	8.8	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8		99209
				TALLA	70	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	M	PC	Pab	PESO	9.2	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	9		99209
				TALLA	72	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.5	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
10	M	PC	Pab	PESO	9.5	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99209
				TALLA	74	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
11	M	PC	Pab	PESO	9.8	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99209
				TALLA	75	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
1	M	PC	Pab	PESO	10.2	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99209
				TALLA	76	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
1	M	PC	Pab	PESO		N	N	1. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		85018
				TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
				Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

En la Atención en CRED:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFAJICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
6	M	PC	Pab	PESO	8.1	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99381
				TALLA	65	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
				Hb	9.5	R	R	3. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
7	M	PC	Pab	PESO	8.4	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99381
				TALLA	68	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.2	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
8	M	PC	Pab	PESO	8.8	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8		99381
				TALLA	70	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
9	M	PC	Pab	PESO	9.2	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	9		99381
				TALLA	72	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb	10.5	R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF4		85018
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
10	M	PC	Pab	PESO	9.5	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99381
				TALLA	74	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
11	M	PC	Pab	PESO	9.8	N	N	1. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99381
				TALLA	75	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF6		99199.17
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
1	M	PC	Pab	PESO	10.2	N	N	1. AIS CRED de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99382
				TALLA	76	C	C	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
				Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17

EJEMPLO DE REGISTRO DE MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 36 A 59 MESES

En la Atención en Nutrición:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.1	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	96.1	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	13.1	R	R	3. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.19
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a 3 m	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.3	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	97.3	C	C	2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a 6 m	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.6	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	98	C	C	2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99403.01

* La suplementación con micronutrientes se realizará por 6 meses continuos de manera interdiaria (3 veces por semana), para el ejemplo en cada entrega se realiza la entrega de 45 sobres.

En la Atención en CRED:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.1	N	N	1. AIS CRED de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99382
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	96.1	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	13.1	R	R	3. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.19
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a 3 m	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.3	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	97.3	C	C	2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
3 a 6 m	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15.6	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99209
	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	98	C	C	2. Suplementación con micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.19
	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99403.01

* La suplementación con micronutrientes se realizará por 6 meses continuos de manera interdiaria (3 veces por semana), para el ejemplo en cada entrega se realiza la entrega de 45 sobres.

EJEMPLO DE REGISTRO DE MANEJO TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN GESTANTES

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
				Hb	10.1	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018
				Hb	10.3	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	LEV	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		85018
				Hb	10.6	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	LEV	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		85018
				Hb	10.9	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	LEV	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		85018
				Hb	11.2	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	LEV	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Atención Prenatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		Z359
				TALLA	C	C	2. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	LEV		O990
				Hb		R	R	3. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99403.01
				TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		Z359
				TALLA	C	C	2. Medición de la hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		85018
				Hb	13.5	R	R	3. Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	PR	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
26	M	PC	Pab	PESO	N	N	1. Suplementacion con Sulfato Ferroso más ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.26
				TALLA	C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99403.01
				Hb		R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

* El control de hemoglobina en la gestante se realizará cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm)



Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima -Perú

www.gob.pe/minsa

Telf.: (01) 315-6600