



Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA
SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO



Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Etapa de Vida Adulto; Lima: Ministerio de Salud; 2018

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES

“Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Etapa de Vida Adulto

Equipo de Trabajo:

- Dra. María Luisa Cairampoma Gago, Coordinadora Nacional de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Nimia Rosa del Pilar Guerrero Vértiz, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Nanette Rosario Ique Ríos, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Jorge Antonio Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnología de la Información.
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnología de la Información.
- Lic. Carlos Alberto Ávila Guerra, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnología de la Información.
- Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnología de la Información.

Diseño y Diagramación

Bach. Julie Guillén Ramos

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1)

315-6600 <http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, 2018



Silvia Ester Pessah Eljay
Ministra de Salud

María del Carmen Calle Dávila
Viceministra de Salud

James Raphael Morales Campos
Secretario General

Gustavo Martín Rosell de Almeida
Director General
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Públicas

Ángel Alberto Gonzales Vivanco
Director Ejecutivo
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado
Integral DVICI

PRESENTACION

La Etapa de Vida Adulto de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado integral – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene como objetivo: Contribuir a mejorar la salud del adulto, a través de la atención integral de salud con un enfoque bio-psico-social y énfasis en la promoción de la Salud y prevención de riesgos, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a nivel nacional.

Sus intervenciones están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de las personas adultas, mediante la aplicación del Paquete de Atención Integral de Salud del adulto, en base a sus necesidades de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; con enfoque de Salud Pública basado en género e interculturalidad.

Consideramos que el registro estadístico sanitario en la Atención Integral de la Etapa de Vida adulto mujer y varón, se convierte en un sistema de información necesaria para la toma de decisiones en la solución de los problemas sanitarios en el marco del sistema de coordinación de la Atención Primaria de Salud. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades en la Atención de Salud del Adulto, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos – **MINSA**.



Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
C8002	Plan de Atención Integral	99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)
	DAÑOS NO TRANSMISIBLES		
Z017	Examen de laboratorio	99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
Z019	Valoración Clínica de factores de Riesgo	99401.18	Consejería en salud bucal
U262	Evaluación y entrega de resultados	99401.19	Consejería para el autocuidado
	PREVENCIÓN DE CÁNCER	99401.28	Consejería en Paternidad responsable
	Tamizaje en Cáncer de Cuello Uterino	99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja
88141	Toma del Papanicolau	99401.30	Consejería en Prevención de Enfermedades transmisibles
88141.01	Inspección Visual con ácido acético	99401.31	Consejería en Prevención de Enfermedades No Transmisibles: diabetes, hipertensión, osteoporosis entre otras
	Tamizaje en Cáncer de próstata	99401.33	Consejería pre test para VIH
Z125	Examen de tacto rectal	99401.34	Consejería post test para VIH no reactivo
84152	Dosaje antígeno prostático	99402.01	Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio
	Salud Bucal	99402.03	Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva
D0120	Examen Estomatológico	99403.03	Consejería post test para VIH reactivo
D1330	Instrucción de Higiene Oral	99402.04	Consejería/Orientación en planificación familiar
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	99402.06	Consejería/Orientación en peri menopausia, menopausia y Climaterio
D1110	Profilaxis dental	99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
D0140	Consulta estomatológica no especializada	99402.09	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
D1206	Aplicación flúor barniz	99402.10	Consejería en Problemas de violencia, abuso sexual, abandono
E1311	Raspaje dental	99402.11	Consejería en cultura de paz
	Salud Mental	99402.12	Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género
U140	Tamizaje de Salud Mental	99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable
R456	Problemas relacionados con violencia	99700	Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutoria
Z720	Problemas relacionados con el uso de tabaco	99701	Contra referencia
Z721	Problemas relacionados con el uso de alcohol	C0011	Visita familiar integral
Z722	Problemas sociales relacionados con el uso de drogas	C0011.01	Visita familiar integral de identificación de riesgos
Z133	Pesquisa de problemas de salud mental	C7001	Monitoreo
	VIH Y SIDA	C7002	Supervisión
99199.16	Obtención/ toma de muestra para ITS	C7003	Evaluación
87340	Detección de antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA	C7004	Asistencia Técnica
87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie de virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (prueba rápida)	C3101	Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
	Salud Ocular	C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
99173	Determinación de la Agudeza visual	U0041	Actividades del Adulto
H456	Limitación Visual moderada		
H259	Catarata no especificada		
Z010	Examen de los ojos y de la visión		
	Tuberculosis		
U200	Sintomático respiratorio identificado		
U2142	Toma de muestra de Diagnostico		
	Inmunizaciones		
90714	Vacunación Diftotetánica adulto (dT)		
90658	Vacunación contra la influenza adulto (estacional)		
90746	Vacunación Anti hepatitis viral B adulto (HVB)		



INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, distrito de procedencia, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y UPS se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

Respecto al financiador, para la etapa de vida adulto solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro Integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (adultos que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9=Privados si el establecimiento de Salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

P: (Diagnóstico Presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico Definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico Repetido) Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

La atención integral de salud comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adultos, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad.

B. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

El Plan de Atención Integral se registra en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan establecido de acuerdo a la normatividad vigente.

Definición Operacional. - Actividad que se realiza en el primer contacto entre la persona y el servicio de salud a través de la cual se define el conjunto individualizado de cuidados esenciales (Paquete de atención integral de salud: varón y mujer) que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente.

Plan de Atención Integral Elaborado

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 2º casillero el Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P", "D" o "R" si se trata de morbilidad.
- En el 2º casillero "D" si se trata de actividades.

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero donde está registrada la actividad Plan de atención integral de salud: "1"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
14	25543431	1	Huancayo	42	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Venas varicosas de extremidades inferiores	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1830	
	22554	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		



Plan de Atención Integral Ejecutado

En el ítem: Diagnostico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º y 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 3º casillero el Plan de Atención Integral de Salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P", "D" o "R" si se trata de morbilidad
- En el 3º casillero "D" si se trata de actividades.

En el ítem Lab anote: "TA" cuando termine con todas las actividades programadas del Plan de atención integral.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
25	25543431	1	Rimac	39	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Raspaje dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	E1311
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	D1110
	2569	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	TA	C8002

C. DAÑOS NO TRANSMISIBLES

VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO

PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes mellitus e hipertensión arterial, en personas de 30 a 39 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea un tiempo de 20 minutos.

En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una reevaluación clínica de sus factores de riesgo anual, así como modificación de sus estilos de vida.

En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el subproducto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

Se tiene la siguiente evaluación:

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
Z006	18.5 a < 25	Normal
E660	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico, marque:

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque SIEMPRE "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "DNT" de daños no trasmisibles.
- En el 3º casillero registre Examen de la Presión Sanguínea: "N" si es Normal y "A" si es Anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
8	12345678	2	San Cristobal	32	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Valoracion clinica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	DNT	Z019
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. IMC Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006
	22554	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Examen de presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	N



Cuando se identifican factores de riesgo

- En el ítem Tipo de Diagnóstico, marque:
- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marquen “D” de diagnóstico definitivo.

- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero “DNT”
 - En el 4º casillero el Examen de la Presión: “N” si es Normal y “A” si es Anormal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
18	25461379	1	Tumbes	37	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Valoración clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	DNT	Z019
	66601	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		E669
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Examen de laboratorio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	
											4. Examen de presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	A	Z013

Cuando se cuenta con resultados de Laboratorio.

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero registre Evaluación y entrega de resultados.
 - En los siguientes casilleros el diagnostico o diagnósticos confirmados.

- Para el ítem Tipo de diagnóstico:
- En el 1º, 2º y 3º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

- En el ítem Lab:
- En el 1º casillero “DNT” de daños no transmisibles.
 - En el 3º casillero el resultado del Examen de Presión sanguínea: “N” si es Normal y “A” si es anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
16	25124142	1	Tumbes	37	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación y entrega de resultados	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	DNT	U262
	23555	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Hiperglicemia	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		R739
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Examen de presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N

Cuando es RECUPERADO(A)

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- El o los diagnósticos de la Evaluación nutricional
- En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:
- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes.
 - Para la Consejería nutricional se registra **SIEMPRE "D"**
- En el ítem: Lab anote:
- En los primeros casilleros el / los indicadores (es) de la evaluación IMC.
 - En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería nutricional.
 - En el siguiente casillero “PR” que indica **PACIENTE RECUPERADO**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
23	84521007	1	Casma	36	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		E669
	3456	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	8	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	PR

SINO SE REGISTRA "PR" NO SE PODRÁ CONTABILIZAR COMO PACIENTE RECUPERADO

PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 40 a 59 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes). En caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes se realiza la Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual. La consulta médica dura 20 minutos. Se recomienda realizar la valoración clínica y tamizaje según las definiciones operacionales en este grupo de edad cada año. Se tiene la siguiente evaluación:

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
Z006	18.5 a < 25	Normal
E660	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del IMC
- En el 3º casillero Examen de laboratorio
- En el 4º casillero Examen de la presión sanguínea

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marquen "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre "DNT" de daños no transmisibles.
- En el 4º casillero registre el resultado de presión sanguínea: "N" si es normal y "A" si es Anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
14	25461379	1	Huaraz	48	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Valoracion clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT	Z019
					M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. IMC Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006	
	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PaB		Hb	R	R	3. Examen de laboratorio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017			
								4. Examen de la presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z013			

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el diagnóstico resultado de la evaluación del IMC
- En el 3º casillero Exámenes de laboratorio
- En el 4º casillero Examen de la presión sanguínea
- En el 5º casillero la Consejería integral

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º casilleros "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "DNT" de daños no transmisibles
- En el 4º casillero anote el resultado de presión arterial: "N" si es normal y "A" si es anormal.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
18	07033940	1	Huaraz	48	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoracion clinica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	DNT	2019	
	18547	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		E669
						Hb	R	R	3. Examen de laboratorio	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		2017		
										4. Examen de presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	A	2013	
										5. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		99401	

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Evaluación y entrega de resultados.
- En los siguientes casilleros el o los diagnósticos confirmados.

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En 4º casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre “DNT” de daños no transmisibles.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
7	25461379	1	Huaraz	48	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	DNT	U262	
	56987	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Dislipidemia	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		E785
						Hb	R	R	3. Hipertensión arterial	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		I10		
										4. Enfermedad renal crónica	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		N18	

D. PREVENCIÓN DE CÁNCER

PERSONAS CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER

Definición Operacional. - La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas en relación al cáncer. La prevención primaria y secundaria se realiza en personas de 18 a 75 años, y la terciaria en los pacientes con diagnóstico de cáncer (en caso de ser menores de 18 años a su tutor).

La modalidad de entrega del producto es:

En los EESS con población asignada (nivel I y los II-1) se brinda consejería integral en prevención primaria y secundaria: “Consejería en factores de riesgo”, “Consejería en prevención del cáncer”.

En los EESS de nivel II y III se brinda consejería integral en prevención terciaria: “Consejería de cáncer en pacientes con diagnóstico”.

Consejería en factores de riesgo

La forma de registro es la siguiente:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
- En el 2º casillero registre la Toma de Papanicolau
- En el 3º casillero registre el Examen Clínico de mama

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero el número de sesión de consejería 1 o 2, según corresponda
- En el 3º casillero registre si el examen es: “N” si es normal y “A” si es anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
9	25461289	1	Los Olivos	55	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> X	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99402.08	
	22556	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	TALLA	C	C	2. Toma de papanicolau	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		
						Hb	R	R	3. Examen clínico de mama	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	N	2123		



MUJERES TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición Operacional. - Son las mujeres a las que se les realiza procedimientos para el tamizaje de cáncer de cérvix de manera periódica. Estos procedimientos pueden ser citología vaginal o Papanicolaou, IVAA o Test de ADN VPH. Persona Examinada con Papanicolaou (PAP).

Definición Operacional. - Son mujeres a las que se les realiza el examen citológico o examen de Papanicolaou. El Papanicolaou se tomará a las mujeres de 50 a 64 años, cada 03 años, siempre y cuando todos los resultados sean normales.

Se registrará de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Toma de Papanicolaou.

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab: No aplica ningún registro

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
9	84521663	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Toma de papanicolaou	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	88141
	854545	58			<input type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

PERSONA EXAMINADA CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Definición Operacional. - Son mujeres a las que se realiza el examen de Inspección Visual con Ácido Acético. El IVAA se tomará a las mujeres de 30 a 49 años, cada 03 años, siempre y cuando todos los resultados sean normales.

Resultado de la Inspección Visual con Ácido Acético

Cuando el resultado es Normal.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Inspección Visual con Ácido Acético.

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre "N" cuando el resultado es normal y "A" cuando el resultado es anormal (positivo).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
9	84521663	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Inspección Visual con Ácido Acético	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N
	854545	58			<input type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Cuando la IVAA es realizada a una gestante, registre la clave "G" en el siguiente casillero de Lab

Cuando el resultado es Anormal

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Inspección Visual con Ácido Acético.

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre "A" cuando el resultado del examen es anormal.
- En el 2º casillero registre "RF" referencia, si el establecimiento de salud no cuenta con capacidad resolutoria.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
9	84521663	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Inspección Visual con Ácido Acético	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	A	88141.01	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	D	R	RF	
	854545	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

VARÓN TAMIZADO EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Definición Operacional. - Son los varones a quienes se les realiza procedimientos para el tamizaje de cáncer de próstata, esto incluye el tacto rectal (TR) en aquellos de 50 a 70 años. Desarrollado a cargo del médico del establecimiento de salud con población asignada (I-1 a I-4 y II-1).

Examen de Tacto Rectal

Se registrará de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Examen de Tacto rectal
- En el 2º casillero Dosaje antígeno prostático

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º y 2º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre "N" cuando es normal y "A" cuando sea anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
19	44468833	1	Huaraz	42	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Examen de tacto rectal	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	A	2125	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Dosaje antígeno prostático	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		84152	
	22582	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

Cuando no se pueden realizar los exámenes que corresponden, registre RF en el siguiente Lab.

Resultado de Dosaje Antígeno Prostático

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre Evaluación y entrega de resultado de PSA.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D" para el diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre "N" cuando el resultado sea normal y "A" es anormal (positivo).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
19	41624135	1	Huaraz		<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Evaluación y entrega de resultados PSA	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	A	84152	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	94522	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

E. ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición Operacional. - Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La consejería/orientación en planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria.

La consejería/orientación en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la Elección, al Aceptar y al Cambio del método anticonceptivo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método



En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número 1, 2 según corresponda el número de la consejería/orientación.
- En el 2º casillero el número de control/consulta establecido para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
18	17033136	1	San Luis	32	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería/Orientación en Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04	
	20635	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	23003
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	1

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
18	17033136	1	Rimac	38	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería/Orientación en Salud Sexual y Reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.03	
	20274	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
18	17033136	2	Villa María del Triunfo	30	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería/Orientación en peri menopausa y climaterio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.06	
	20368	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

F. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

REGISTRO DE LAS ATENCIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE INCLUYE EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO:

Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del Plan de atención integral del adulto, queda expreso que el profesional Cirujano Dentista deberá continuar realizando los procedimientos que requiera el paciente hasta culminar el plan de tratamiento y registrar las actividades en función al Manual de registro y codificación de la Atención en la consulta externa de la Dirección de Salud Bucal.

1. Examen Estomatológico: (D0120)

Definición Operacional: Procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras del sistema estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la salud general, incluye el registro de la odontograma, riesgo de caries y plan de tratamiento. El primer examen se realiza cuando el paciente acude por primera vez al servicio de Odontología. El segundo examen se registra cuando se ha culminado el plan de tratamiento. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

2. Instrucción de Higiene Oral: (D1330)

Definición Operacional: Enseñanza individual de la técnica de higiene oral según habilidad y desarrollo del usuario externo; mediante el uso de cepillo, pasta e hilo dental, incluyen otros procedimientos complementarios tales como la determinación del Índice de Higiene Oral Simplificado y la detección de placa bacteriana. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo. Este procedimiento **incluye la entrega de Cepillo dental y Pasta dental**, dos veces al año. En las siguientes sesiones el índice de higiene oral debe haber disminuido. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales: (D1310)

Definición operacional: Asesoramiento en la elección de alimentos y hábitos dietéticos como parte de la prevención, tratamiento y el control de las enfermedades del sistema estomatognático. Realizado por el Cirujano Dentista. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.



4. Profilaxis dental: (D1110)

Definición Operacional: Pulido de la superficie dentaria con instrumental rotatorio de baja velocidad para el control de la placa bacteriana y/o pigmentación sobre la superficie del esmalte. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

5. Consulta estomatológica no especializada (D0140)

Definición Operacional: Procedimiento clínico de evaluación limitada a un determinado problema de salud oral o urgencia, de acuerdo al motivo de consulta, cuya solución es ambulatoria, realizando el diagnóstico (con o sin ayuda de exámenes auxiliares), con o sin terapia medicamentosa y referencia si fuese necesario. Realizado por el Cirujano Dentista capacitado y/o especialista según capacidad resolutoria del establecimiento de salud. 01 veces/año (Caso Tratado).

6. Aplicación flúor barniz (D1206)

Definición Operacional: Aplicación de flúor tópico en presentación de barniz teniendo en cuenta el riesgo de caries, se coloca en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniendo la aparición de caries dental además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentaria. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año

Para los siguientes procedimientos preventivos:

En los procedimientos donde la frecuencia establecida en las definiciones operacionales del PpR para caso tratado y/o controlado es igual a "2". Se registra la frecuencia del procedimiento realizado en el casillero del campo Lab, se anota "1" cuando se realiza la primera sesión y "2" cuando se realiza la segunda sesión, de esta forma se determina el caso tratado y/o controlado según el procedimiento efectuado.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA
a) Examen estomatológico	02 veces al año	Caso controlado
b) Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	02 veces al año	Caso tratado
c) Instrucción de higiene oral	02 veces al año	Caso controlado
d) Profilaxis dental	02 veces al año	Caso controlado

La forma de registro es la siguiente:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud.

- En el 1º casillero registre Examen Estomatológico.
- En el 2º casillero registre Instrucción de higiene oral.
- En el 3º casillero registre la Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de examen 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de examen que corresponda.
- En el 3º casillero el número de Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales que corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS							
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
31	19435781	1	Tumbes	48	M	PC	PESO	TALLA	C	C	1. Examen Estomatológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	D0120						
	37915	58									D	F	Pab	Hb	R	R	2. Instrucción de higiene oral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	D1330
																	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	D1310

Registro del procedimiento de Profilaxis dental durante dos sesiones para el cumplimiento de la frecuencia establecida:



a. Primera sesión de profilaxis dental:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
2	61002472	1	Celendin	34	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	D1110	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	101359	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

b. Segunda sesión de profilaxis dental:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
2	61002472	1	Celendin	74	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	D1110	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	101359	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para los siguientes procedimientos recuperativos:

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	REGISTRO EN LAB
a) Raspaje dental (detartraje)	02 veces al año	Caso tratado	FIN

Para el caso de este procedimiento, se registrarán en el casillero del campo **Lab** la sigla **“FIN”** cuando se ha cumplido con la frecuencia establecida (**2 veces al año**) para esta actividad, de forma excepcional si el paciente luego de la evaluación hecha por el profesional requiere solo **“Una sesión”** de la actividad (frecuencia inferior a la establecida), esta frecuencia del procedimiento realizado se registrará en el casillero (**Lab =1**) y en el casillero inferior se anotará la sigla **“FIN”**. Por otro lado, si luego de cumplir con la frecuencia establecida el paciente requiere más atenciones, estas deberán realizarse hasta que se culmine con el plan de tratamiento establecido.

Ejemplo: Para el caso propuesto se registra el procedimiento de Raspaje Dental para el cumplimiento de la frecuencia establecida:

a) Primera Atención: Se inicia con el procedimiento y se registra la primera sesión de Raspaje Dental.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
2	40582372	1	Acora	48	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Raspaje dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	E1311	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	I-007	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

b) Segunda Atención: Se registra la segunda sesión de Raspaje Dental realizada, se cumple con la frecuencia y se coloca la sigla **FIN** en el campo **Lab** para determinar el caso tratado.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
2	40582372	1	Acora	48	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Raspaje dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	E1311	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	FIN	
	I-007	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

G. TAMIZAJE DE PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNO DE SALUD MENTAL

TAMIZAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (5005188).

Definición Operacional. - Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado (I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2, AISPED), con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas psicosociales y/o trastornos de Salud Mental en la población. Incluye: Aplicación de una ficha de tamizaje las cuales se encuentran en las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el Ministerio de Salud (SRQ18, CAGE, AUDIT, VIF y Maltrato Infantil, FAGERSTROM).

El paquete de atención para esta actividad, es el siguiente:

Tamizaje de Salud Mental: Proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos. y se aplica un tamizaje de acuerdo a la necesidad del usuario una por vez.

Consejería en Salud Mental: Procedimiento mediante el cual se brinda pautas determinadas que ayudan a la persona a tomar decisiones en relación a determinados problemas de salud mental. Tiene una duración de 10 minutos y se realiza inmediatamente después de efectuado el tamizaje. Es desarrollada en el establecimiento de salud por un personal de salud con competencias.

El Tamizaje se aplicará 1 vez por año al usuario, si en el transcurrir del tiempo se presenta el problema se puede volver a tamizar.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Tamizaje de Salud Mental
- En el 2º casillero Problemas relacionados con violencia
- En el 3º casillero Consejería en Salud Mental

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D".

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

EP = Por Psicosis

AD = Alcohol y Drogas

VIF = Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil

TD = Trastornos Depresivos

- En el casillero de la consejería **DEJE EN BLANCO** ya que es solo una consejería por tamizaje.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
12	12548741	1	Rimac	37	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VIF	U140
	2345	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		R456
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		93402.14

La Consejería de Salud Mental para el tamizaje NO son numeradas

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO (S.R.I.)

Definición Operacional: Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.

Se pueden presentar dos situaciones para la identificación del S.R.; la primera en la que el paciente sea identificado en cualquiera de los consultorios como Sintomático Respiratorio y luego sea remitido al consultorio de la estrategia para el registro y/o la toma de muestra, en este caso el registro en el consultorio que identifica y es como sigue:

En el consultorio donde se identifica SOLO se registra la identificación, de la siguiente manera:

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sintomático Respiratorio Identificado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab: No aplica ningún registro

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
18	07033940	1	San Juan de Miraflores	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Sintomático Respiratorio Identificado	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		U200
	18547	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

I. VIH Y SIDA

CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA

Definición Operacional.- Es el abordaje entre el consejero y el usuario varón, que se realiza en los servicios de salud, bancos de sangre, actividades extramurales (visitas domiciliarias, ferias, campañas y otros espacios por el personal de salud, equipos AISPED o brigadas itinerantes); con la finalidad de brindar información sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS (sífilis, hepatitis B, gonorrea y otros) y VIH; así mismo, proporcionar información sobre el uso correcto y consistente del condón, además de la entrega de preservativos. El tiempo promedio de la consejería es de 40 minutos.

TAMIZAJE PARA VIH

TAMIZAJE DE PRUEBA RÁPIDA PARA VIH: Es una prueba de tamizaje (inmunoensayo enzimático rápido) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH en muestras como la sangre capilar, suero, entre otras. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.

Cuando se realiza en el consultorio (Prueba Rápida)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre claramente:

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento**)
- En el casillero 3º la Consejería Post-Test de acuerdo al resultado, puede ser:
 - ✓ **NO REACTIVO RN**
 - ✓ **REACTIVO RP**

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, y "R" para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º y 3º casillero la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - ✓ **[En Blanco]** = Población General
 - ✓ **TS** = Trabajador Sexual
 - ✓ **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ **TRA** = Transgénero
 - ✓ **HTS** = HSH que es TS o TTS = Transgénero que es TS
 - ✓ **ST** = Trabajador de Salud o P = Puerpera
 - ✓ **TBC** = Paciente con Tuberculosis
 - ✓ **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º la sigla que corresponda al resultado de la prueba realizada
 - ✓ **RP** si el resultado es positivo
 - ✓ **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
02	06451254	10	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33	
	17515	58			M		TALLA		C	C	2. Anticuerpos: HIV-1 y HIV-2, análisis único.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Registro del segundo tamizaje en el mismo año

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
05	06451254	1	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.33
	17515	58			M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos: HIV-1 y HIV-2, análisis único.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86703
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	



Registro del tercer tamizaje en el mismo año y el resultado es reactivo "RP"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
15	06451254	1	Pangoa	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	99401.33	
	17515	58			M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos: HIV-1 y HIV-2, análisis único.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RP	86703
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		99403.03

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA

El personal de salud que se encuentra en los consultorios registra en un primer momento sólo la Consejería Pre Test, al evaluar el resultado debe registrar: [87389] "Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único" la consejería Post Test, toda vez que en laboratorio NO se registra HIS.

En el consultorio:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" si se trata de la primera consejería en el año o "R" a partir de la segunda consejería en el mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente:
 - ✓ [En Blanco] = Población General
 - ✓ TS = Trabajador Sexual
 - ✓ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ TRA = Transgénero
 - ✓ HTS = HSH que es TS o TTS = Transgénero que es TS
 - ✓ ST = Trabajador de Salud o P = Puérpera
 - ✓ TBC = Paciente con Tuberculosis
 - ✓ PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
02	03940723	1	San Ramón	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HTS	99401.33
	84524	58			M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Cuando retorna con el resultado de laboratorio:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el casillero 1º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 2º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - ✓ NO REACTIVO
 - ✓ REACTIVO

En el ítem Lab anote:

En el casillero 1º el resultado del tamizaje:

- ✓ RP si el resultado es positivo
- ✓ RN si el resultado es negativo

En el casillero 2º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.

- ✓ [En Blanco] = Población General
- ✓ TS = Trabajador Sexual
- ✓ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
- ✓ TRA = Transgénero
- ✓ HTS = HSH que es TS o TTS = Transgénero que es TS
- ✓ ST = Trabajador de Salud o P = Puérpera
- ✓ TBC = Paciente con Tuberculosis
- ✓ PPL = Persona privada de su libertad



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
02	07940723	1	San Ramón	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único.	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RP	87389	
	16458	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Consejería Post Test - Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	HTS	99403.03	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

Recuerde: Si el tamizaje es a un grupo de riesgo, debe registrar la sigla tanto en el PRE TEST como en el POST TEST

CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA

Definición Operacional.- Es el abordaje entre el consejero y el usuario que se realiza en los servicios de salud, bancos de sangre, actividades extramurales (brigadas itinerantes, visitas domiciliarias, organizaciones de base comunitaria, ferias, campañas y otros espacios, por el personal de salud, equipos AISPED); con la finalidad de brindar información, sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros) y VIH; así mismo, proporcionar información sobre el uso correcto y consistente del condón, además de la entrega de los mismos.

CONSEJERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ITS (Sífilis, Hepatitis B, Gonorrea y otros)

Definición Operacional. - Está orientada a reforzar la motivación para promover cambios de comportamiento sexuales de riesgo. Facilita la comprensión y solución de problemas emocionales y físicos que él o la consultante presenta en relación con el diagnóstico de ITS. La actividad de registro será "Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B".

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el casillero 1º se registra la actividad de "Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B"

En el ítem: Tipo de Diagnostico marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el tipo de población con la sigla de la **POBLACIÓN EN RIESGO** según el siguiente detalle:

- ✓ **[En Blanco]** = Población General
- ✓ **TS** = Trabajador Sexual
- ✓ **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
- ✓ **TRA** = Transgénero
- ✓ **HTS** = HSH que es TS
- ✓ **TTS** = Transgénero que es TS
- ✓ **G** = Gestante o **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
26	66682502	1	Junín	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		99402.05	
	43454	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

J. HEPATITIS B

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

Es la actividad dirigida a realizar una prueba de detección de antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. El tamizaje de Hepatitis B comprende:

Tamizaje con prueba rápida de Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje inmunocromatográfica para detección cualitativa del antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (HBsAg). Se realiza en el punto de atención (consulta externa, brigadas itinerantes, organizaciones de base comunitaria, campañas, espacios de socialización) y el resultado debe leerse según lo que indique el inserto del producto.

Tamizaje con prueba de Elisa para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje mediante la técnica de inmunoensayo enzimático, la cual se realiza en laboratorio.

Tamizaje con Quimioluminiscencia para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje para la detección del HBsAg, mediante la técnica que se basa en el uso de la luz que es liberada en algunas reacciones químicas para detectar la presencia del virus y no la de anticuerpos. Esta prueba se realiza en el laboratorio o bancos de sangre.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre claramente:

- En el casillero 1º Detección de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) y se abreviará como “Detección de HBsAg”
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.

En el ítem Tipo de Diagnóstico

- En el casillero 1º marque “D” sólo cuando sea el primer tamizaje del año; y “R” para los siguientes tamizajes de la misma persona durante el año en curso y en cualquier IPRESS donde se registre el HIS.
- En el casillero 2º marque “D” sólo en la primera Consejería en el año; marcar “R” si la paciente recibe más consejerías en el mismo año.

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1º el resultado del tamizaje:
 - ✓ **RP Resultado Reactivo**
 - ✓ **RN Resultado Negativo**
- En el casillero 2º registrar el tipo de población correspondiente:
 - ✓ **[En blanco]** = Población General
 - ✓ **TS** = Trabajador Sexual
 - ✓ **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ **TRA** = Transgénero
 - ✓ **HTS** = HSH que es TS
 - ✓ **TTS** = Transgénero que es TS
 - ✓ **ST** = Trabajador de Salud
 - ✓ **PPL** = Persona privada de su libertad

En el ítem código CIE/CPT

En el casillero 1º: Si el motivo de consulta y/o actividad es “Detección de HBsAg”, registrar código según tipo de prueba:

- Si el tamizaje es con prueba rápida registrar el código **87342**;
- Si el tamizaje es con prueba para detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos el código es **87340**;
- Si el tamizaje es con prueba ensayo de quimioluminiscencia el código es **82397**.

En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B con el código **99402.05**

Cuando se trata del primer tamizaje durante el año

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud:

- En el casillero 1º Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - ✓ **RP** si el resultado es reactivo
 - ✓ **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - ✓ **TS** = Trabajador Sexual
 - ✓ **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ **TRA** = Transgénero
 - ✓ **HTS** = HSH que es TS
 - ✓ **TTS** = Transgénero que es TS
 - ✓ **ST** = Trabajador de Salud
 - ✓ **PPL** = Persona privada de su libertad
 - ✓ **En Blanco** = Población General



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
26	41222222	1	Junín	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87342
	547285	58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH	99402.05
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Forma de registro del segundo tamizaje en el mismo año

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

• En el casillero 1º y 2º marque “R” por tratarse de procedimientos repetidos, realizados en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - o RP si el resultado es positivo
 - o RN si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la **POBLACIÓN EN RIESGO** al que corresponde el paciente.
 - ✓ TS = Trabajador Sexual
 - ✓ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ TRA = Transgénero
 - ✓ HTS = HSH que es TS
 - ✓ TTS = Transgénero que es TS
 - ✓ ST = Trabajador de Salud
 - ✓ PPL = Persona privada de su libertad
 - ✓ [En Blanco] = Población General

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
26	41222222	1	Junín	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	82397
	547285	58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	99402.05
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Resultado Reactivo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

• En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse procedimientos realizados por primera vez en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º “RP” de resultado reactivo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la **POBLACIÓN EN RIESGO** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS =Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA =Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS =Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
 - PPL = Persona privada de su libertad



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS					
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
02	06521423	1	Junín	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87342	
	547285	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PPL	99402.05
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.			P	D	R		

Cuando el tamizaje se realiza en el Laboratorio con Ensayo de quimioluminiscencia y se evalúa el resultado en el Consultorio:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “R” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - o **RP** si el resultado es reactivo
 - o **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la **POBLACIÓN EN RIESGO** al que corresponde el paciente
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** =Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** =Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** =Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **G** = Gestante
 - **P** = Puérpera
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS					
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
02	06521423	1	Junín	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	82397	
	547285	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PPL	99402.05
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.			P	D	R		

K. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente de la categoría II-1 siempre que tenga población asignada, con la finalidad de efectuar la valoración de la agudeza visual y detectar algún nivel de disminución de la agudeza visual o presencia de ceguera.

Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Resultado del Procedimiento realizado:
 - ✓ H547 Disminución de la Agudeza Visual sin Especificación
 - ✓ Z006 Normal
- En el 2º casillero Determinación de la Agudeza Visual Bilateral

En el ítem Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE “D”**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero si el resultado es Normal colocar la sigla **“SO”** para indicar que el resultado de la evaluación es de Salud Ocular.
- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del **OJO DERECHO** según corresponda



- En el 3º casillero el resultado de la evaluación del **OJO IZQUIERDO** según corresponda
 - ✓ Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
 - ✓ Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
 - ✓ Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
 - ✓ Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
 - ✓ Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
 - ✓ Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
 - ✓ Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
 - ✓ Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
 - ✓ Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
 - ✓ Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
23	08456279	1	Moquegua	53	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	SO	2006
	87426	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Determinación de la agudeza visual bilateral	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	30	99173	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	25	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
15	08456279	1	Puno	50	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Determinación de la agudeza visual sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R		HS47
	87426	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Determinación de la agudeza visual bilateral	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	200	99173	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	70	

CONSEJERÍA PARA CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CATARATA

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad con diagnóstico presuntivo o confirmado de ceguera y/o disminución de la agudeza visual por catarata.

Se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente II-1, siempre que tenga población asignada. A cargo de personal de salud capacitado, quien desarrolla una sesión de consejerías a pacientes y familiares sobre medidas preventivas en salud ocular (Lavado de Manos, Control de Diabetes, Hipertensión Arterial, Protección Solar, Evaluación oftalmológica por lo menos 1 vez al año entre otros) y beneficios del diagnóstico y tratamiento oportuno de la ceguera por catarata, incluye entrega de material educativo. El desarrollo de este procedimiento toma en promedio veinte (20) minutos. Es una actividad que se realiza en los diferentes procesos de atención.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico
- En el 2º casillero la Consejería en Salud Ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque en el 1º casillero "P" y en el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero "DVR" para indicar la derivación **REALIZADA** según corresponda.
- En el 2º casillero la sigla "SO" para indicar que se trata de una consejería en salud ocular.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	08569536	1	Lima	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Catarata no especificada	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	DVR	H259	
	045635	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	SO	99401.16	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

L. INMUNIZACIONES

VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ADULTOS Y OTROS GRUPOS

Vacunación con Vacuna dT Adulto en Mujeres de 10 a 49 años: NO GESTANTES

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab: anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
23	08569536	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotética (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90714
	045635	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Vacunación con Vacuna dTpa Adulto en Mujeres: GESTANTES

En el esquema actual de vacunación se establece la administración de una dosis de vacuna contra el tétanos, difteria y tos ferina con componente acelular purificado (dTpa) durante cada embarazo entre la semana 27 y 36 de gestación.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación para tétanos, toxoide diftérico y pertusis acelular (dTpa)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab: Por ser dosis única colocar "G" (Gestante)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
23	08569536	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación para tétanos, toxoide diftérico y pertusis acelular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	90715
	045635	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Vacunación con Vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
23	08569536	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotética (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90714
	045635	58			<input type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	F Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

En el reporte la desagregación de los vacunados será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años, 30 a 59 años y 60 a más años), para esto no es necesaria ninguna especificación adicional en el registro adicional a las descritas en los ejemplos.

VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN GRUPOS DE RIESGO

La NTS N° 080 - MINS/DGSP V.03 también establece que:

La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas:

a) Embarazadas o puérperas

Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. Este riesgo es exacerbado con la presencia de comorbilidades. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:

- A.1.- Embarazadas: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.
- A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea."

b) Los trabajadores de salud

Los trabajadores de salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de apoyo con el paciente en sus instalaciones médicas, incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general.

c) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra:

- Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".



- Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales:

- Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC.
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.

Para identificar que el vacunado de grupos de Riesgo como Mayores de 65 años, **NO SERÁ NECESARIO REGISTRAR NINGÚN CAMPO LAB PARA INDICAR QUE ES DE RIESGO.**

Para estos casos el registro es el siguiente:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza estacional

En el ítem Lab anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:

- **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- **G** = Gestante
- **P** = Puerpera

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
23	08569536	1	San Martín de Porres	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	90658
	045635	58			<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		

VACUNACIÓN EN POBLACIÓN DE RIESGO

VACUNACIÓN ANTI HEPATITIS VIRAL B (HVB) EN POBLACIÓN DE 12 A 59 AÑOS

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Anti hepatitis B (HVB)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.
- En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo
 - ✓ **TS** = Trabajador Sexual
 - ✓ **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - ✓ **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - ✓ **PNP** = Policía Nacional
 - ✓ **M** = Fuerzas Armadas
 - ✓ **BOM** = Bomberos
 - ✓ **DCI** = Defensa Civil
 - ✓ **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
23	08569536	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90746
	045635	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R	HSH	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.			P	D	R	

Para el reporte analítico y consolidado no se establece la diferenciación por grupos de riesgo, sin embargo, en el registro HIS se mantiene la diferenciación a fin de responder a otras necesidades de información como por ejemplo a la ESN VIH/SIDA (HSH, TS, etc.)



VACUNACIÓN EN PERSONAS CON VIH -SIDA

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
23	08569536	1	San Martín de Porres	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	3	90746
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z21X1
	045635	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

M. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

VISITA FAMILIAR INTEGRAL

Definición Operacional. - Actividad dirigida a la persona adulta y familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"
- En los otros casilleros "D"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita (1, 2...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
18	07033136	1	Puno	34	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Supervision de embarazo con riesgo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99344
	16458	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
24	25171218	1	Lima	54	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Diabetes mellitus insulino dependiente	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R		E109
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99344
	33150	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

SESIÓN DEMOSTRATIVA

Definición Operacional: Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad.

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
8	APP 100		Comas		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010	
					M			TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

SESIÓN EDUCATIVA

Definición Operacional: Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
18	APP100		Cusco		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0009	
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Revise el manual de registro de Promoción de la Salud para encontrar las demás actividades extramurales.

CAMPAÑAS

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Campaña de Salud
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la campaña
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
18	APP146		Breña		A	M	PC	PESO	N	N	1. Campaña de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U114	
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		



TALLERES

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Talleres en Salud
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan en el taller
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
10	APP146		Ventanilla		A	M	PC	PESO	N	N	1. Talleres en Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U122	
					M			TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		



PERÚ Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Oficina General de Tecnologías de la Información
Av. Salaverry 801 Jesús María Lima / Perú
Central Telefónica (51-1) 315-6600