

Sistema de Información HIS

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN SALUD DE SALUD MENTAL

Sistema de Información HIS

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
DGIESP- MINSA



PERÚ

Ministerio
de Salud



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Manual de Registro y Codificación de la atención en la Consulta Externa
DGIESP-DSAME

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

Dirección de Salud Mental

Sistema de Información HIS

Lima-Perú
2021

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental. Sistema de Información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- Dirección de Salud Mental; Lima: Ministerio de Salud; 2020..

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 Salud de Salud Mental” Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- Dirección de Salud Mental.

Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Mental:

Med. Psiq. Yuri Licinio Cutipé Cárdenas

Equipo Técnico de la Dirección de Salud Mental:

Enf. María de los Angeles Mendoza Vilca

Enf. Rita Marion Uribe Obando

Med. Psiq. Vanessa Herrera López

Med. Psiq. Carlos Arbel Bromley Coloma

Med. Psiq. July Esther Caballero Peralta

Psic. Edith Brígida Santos Zúñiga

Psic. Gladys Zoraida Champi Jalixto

Psic. Miguel Ángel Hinojosa Mendoza

Psic. María Gioconda Coronel Altamirano

Med. Psiq. Sandra Orihuela Fernández

Psic. María del Pilar Luna Ríos

Med. Psiq. Manuel Eduardo Escalante Palomino

Psic. Rosa Maria Zapata Guizado

Psic. Luz Illary Ramírez Freyre

Psic. Luz Guadalupe Aragonés Alosilla

Enf. Ruth Rosa Espinoza Villafuerte

Med. Psiq. Margarita Yamile Pinao Suárez

Psic. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola

Psic. María Elena Morante Maco

Psic. Patricia Alvarado Chirinos

Q.F. Mery Luz Pillaca Medina

Apoyo Administrativo

Adm. Carolina Inés Meza Flores

Diseño y Diagramación**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe



Edición, 2021

Tiraje: -----

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

RUC:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Version Digital:



Pilar Elena Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio
Viceministro de Salud Pública

Víctor Freddy Bocangel Puclla
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz
Secretaria General

Aldo Javier Lucchetti Rodriguez
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Miguel Ángel Gutierrez Reyes
**Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información**

Med. Psiq. Yuri Licinio Cutipé Cárdenas
Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Mental
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

INDICE**I. GENERALIDADES**

- 1.1. Actividades más frecuentes
- 1.2. Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de salud mental

II. Acciones Comunes

- 2.1. Acompañamiento clínico psicosocial

III. Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas

- 3.1. Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol y conducta suicida) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años
- 3.2. Tamizaje para detectar violencia familiar en personas mayores de 18 años
- 3.3. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más
- 3.4. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años
- 3.5. Tamizaje para detectar maltrato infantil en niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años
- 3.6. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años

IV. Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad (3000699)

- 4.1. Tratamiento en violencia familiar en el primer nivel de atención no especializado
- 4.2. Tratamiento especializado en violencia familiar
- 4.3. Tratamiento especializado de personas afectadas por violencia sexual
- 4.4. Tratamiento de niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato infantil
- 4.5. Tratamiento especializado niñas, niños y adolescentes afectados por violencia sexual
- 4.6. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años con trastornos del espectro autista
- 4.7. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 de 17 por trastornos mentales y del comportamiento

V. Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente

- 5.1. Tratamiento ambulatorio de personas con depresión
- 5.2. Tratamiento ambulatorio de personas con conducta suicida
- 5.3. Tratamiento ambulatorio de personas con ansiedad
- 5.4. Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos, ansiedad y de conducta suicida

VI. Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol y tabaco tratadas oportunamente

- 6.1. Intervenciones breves motivacionales para personas con consumo perjudicial del alcohol y tabaco
- 6.2. Intervención para personas con dependencia del alcohol y tabaco
- 6.3. Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol
- 6.4. Atención de personas con intoxicación alcohólica grave

- 6.5. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol

VII. Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente

- 7.1. Tratamiento ambulatorio a personas con síndrome psicótico o trastorno del espectro de la esquizofrenia
- 7.2. Tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio psicótico
- 7.3. Tratamiento ambulatorio para las personas con deterioro cognitivo
- 7.4. Cuidados de salud domiciliarios a personas con demencia severa y en precarias condiciones económicas
- 7.5. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave
- 7.6. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hospitales
- 7.7. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hogares protegidos
- 7.8. Rehabilitación psicosocial
- 7.9. Rehabilitación laboral

VIII. Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas

- 8.1. Fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial
- 8.2. Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política
- 8.3. Reconstrucción de la identidad colectiva

IX. Población en riesgo que accede a programas de prevención en salud mental

- 9.1. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. Familiar fuertes: amor y límites
- 9.2. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos
- 9.3. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias
- 9.4. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños

X. Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales

- 10.1. Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil
- 10.2. Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable
- 10.3. Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad
- 10.4. Agentes Comunitarios de Salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja

I. GENERALIDADES

1.1. Actividades más frecuentes

Código	Diagnóstico / Actividad
--------	-------------------------

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos Sintomáticos

F000 Demencia en la enfermedad de alzheimer, de comienzo temprano
F001 Demencia en la enfermedad de alzheimer, de comienzo tardío
F002 Demencia en la enfermedad de alzheimer, atípica o de tipo mixto
F009 Demencia en la enfermedad de alzheimer, no especificada
F010 Demencia vascular de comienzo agudo
F011 Demencia vascular por infartos múltiples
F012 Demencia vascular subcortical
F013 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical
F018 Otras demencias vasculares
F019 Demencia vascular, no especificada
F020 Demencia en la enfermedad de Pick
F021 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
F022 Demencia en la enfermedad de Huntington
F023 Demencia en la enfermedad de Parkinson
F024 Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
F028 Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte
F03x Demencia sin especificación.
F04x Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psico
F050 Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito
F051 Delirio superpuesto a un cuadro de demencia
F058 Otros delirios
F059 Delirio, no especificado
F060 Alucinosis orgánica
F061 Trastorno catatónico, orgánico
F062 Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico
F063 Trastornos del humor [afectivos], orgánicos
F064 Trastorno de ansiedad, orgánico
F065 Trastorno disociativo, orgánico
F066 Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico
F067 Trastorno cognoscitivo leve
F068 Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfer
F069 Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad
F070 Trastorno de la personalidad, orgánico
F071 Síndrome postencefalítico
F072 Síndrome postconcusional
F078 Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad,
F079 Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y otras drogas

F100 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, intoxicación aguda
F101 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, uso nocivo
F102 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia
F103 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia
F104 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia con delirio
F105 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno psicótico
F106 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome amnésico
F107 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
F108 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento

- F109 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F110 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, intoxicación aguda
- F111 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, uso nocivo
- F112 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, síndrome de dependencia
- F113 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia
- F114 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia con delirio
- F115 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno psicótico
- F116 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, síndrome amnésico
- F117 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F118 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F119 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
- F120 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, intoxicación aguda
- F121 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, uso nocivo
- F122 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome de dependencia
- F123 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia
- F124 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia con delirio
- F125 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno psicótico
- F126 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome amnésico
- F127 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F128 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F129 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F130 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, intoxicación aguda
- F131 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, uso nocivo
- F132 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, síndrome de dependencia
- F133 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, estado de abstinencia
- F134 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, estado de abstinencia con delirio
- F135 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno psicótico
- F136 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, síndrome amnésico
- F137 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F138 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F139 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F140 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, intoxicación aguda
- F141 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, uso nocivo
- F142 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome de dependencia
- F143 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, estado de abstinencia
- F144 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, estado de abstinencia con delirio
- F145 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno psicótico
- F146 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome amnésico
- F147 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F148 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F149 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno mental y del comportamiento, no especificado

- F150 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, intoxicación aguda
- F151 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, uso nocivo
- F152 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, síndrome de dependencia
- F153 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, estado de abstinencia
- F154 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, estado de abstinencia con delirio
- F155 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, trastorno psicótico
- F156 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, síndrome amnésico
- F157 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F158 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F159 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F160 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, intoxicación aguda
- F161 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, uso nocivo
- F162 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, síndrome de dependencia
- F163 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, estado de abstinencia
- F164 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, estado de abstinencia con delirio
- F165 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno psicótico
- F166 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, síndrome amnésico
- F167 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F168 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F169 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F170 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, intoxicación aguda
- F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, uso nocivo
- F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome de dependencia
- F173 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia
- F174 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia con delirio
- F175 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno psicótico
- F176 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome amnésico
- F177 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F178 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F179 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F180 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, intoxicación aguda
- F181 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, uso nocivo
- F182 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, síndrome de dependencia
- F183 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, estado de abstinencia
- F184 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, estado de abstinencia con delirio
- F185 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico
- F186 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, síndrome amnésico
- F187 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F188 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, otros trastornos mentales y del comportamiento

- F189 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
- F190 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda
- F191 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, uso nocivo
- F192 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia
- F193 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia
- F194 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia con delirio
- F195 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico
- F196 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome amnésico
- F197 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F198 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, otros trastornos mentales y del comportamiento
- F199 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno mental y del comportamiento, no especificado

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

- F200 Esquizofrenia paranoide
- F201 Esquizofrenia hebefrenica
- F202 Esquizofrenia catatónica
- F203 Esquizofrenia indiferenciada
- F204 Depresión postesquizofrenica
- F205 Esquizofrenia residual
- F206 Esquizofrenia simple
- F208 Otras esquizofrenias
- F209 Esquizofrenia no especificada
- F21x Trastorno esquizotípico
- F220 Trastorno delirante
- F228 Otros trastornos delirantes persistentes
- F229 Trastorno delirante persistente, no especificado
- F230 Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia
- F231 Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia
- F232 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- F233 Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes
- F238 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F239 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado
- F24x Trastorno delirante inducido
- F250 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
- F251 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F252 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
- F258 Otros trastornos esquizoafectivos
- F259 Trastorno esquizoafectivo, no especificado
- F28x Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29x Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Trastornos del humor (afectivos)

- F300 Hipomanía
- F301 Manía sin síntomas psicóticos
- F302 Manía con síntomas psicóticos
- F308 Otros episodios maniacos

F309 Episodio maniaco no especificado
F310 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente
F311 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos
F312 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
F313 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
F314 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
F315 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
F316 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
F317 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
F318 Otros trastornos afectivos bipolares
F319 Trastorno afectivo bipolar, no especificado
F320 Episodio depresivo leve
F321 Episodio depresivo moderado
F322 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F323 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F328 Otros episodios depresivos
F329 Episodio depresivo, no especificado
F330 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
F331 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
F332 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicótico
F333 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
F334 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
F338 Otros trastornos depresivos recurrentes
F339 Trastorno depresivo recurrente, no especificado
F340 Ciclotimia
F341 Distimia
F348 Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes
F349 Trastorno persistente del humor (afectivo), no especificado
F380 Otros trastornos del humor [afectivos], aislados
F381 Otros trastornos del humor [afectivos], recurrentes
F388 Otros trastornos del humor [afectivos], especificados
F431 Trastorno de estrés postraumático
F39x Trastorno del humo sin especificación

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos

F400 Agorafobia
F401 Fobias sociales
F402 Fobias específicas (aisladas)
F408 Otros trastornos fóbicos de ansiedad
F409 Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado
F410 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]
F411 Trastorno de ansiedad generalizada
F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión
F413 Otros trastornos de ansiedad mixtos
F418 Otros trastornos de ansiedad especificados
F419 Trastorno de ansiedad, no especificado
F420 Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
F421 Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]
F422 Actos e ideas obsesivas mixtos
F428 Otros trastornos obsesivo - compulsivos
F429 Trastorno obsesivo - compulsivo, no especificado
F430 Reacción a estrés agudo
F431 Trastorno de estrés postraumático
F432 Trastornos de adaptación
F438 Otras reacciones al estrés grave
F439 Reacción al estrés grave, no especificada
F440 Amnesia disociativa

F441 Fuga disociativa
F442 Estupor disociativo
F443 Trastornos de trance y de posesión
F444 Trastornos disociativos del movimiento
F445 Convulsiones disociativas
F446 Anestesia disociativa y pérdida sensorial
F447 Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]
F448 Otros trastornos disociativos [de conversión]
F449 Trastorno disociativo (de conversión), no especificado
F450 Trastorno de somatización
F451 Trastorno somatomorfo indiferenciado
F452 Trastorno hipocondríaco
F453 Disfunción autonómica somatomorfa
F454 Trastorno de dolor persistente somatomorfo
F458 Otros trastornos somatomorfos
F459 Trastorno somatomorfo, no especificado
F480 Neurastenia
F481 Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad
F488 Otros trastornos neuróticos especificados
F489 Trastorno neurótico, no especificado

Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos

F500 Anorexia nerviosa
F501 Anorexia nerviosa atípica
F502 Bulimia nerviosa
F503 Bulimia nerviosa atípica
F504 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas
F505 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas
F508 Otros trastornos de la ingestión de alimentos
F509 Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado
F510 Insomnio no orgánico
F511 Hipersomnio no orgánico
F512 Trastorno no orgánico del ciclo sueño - vigilia
F513 Sonambulismo
F514 Terrores del sueño [terrores nocturnos]
F515 Pesadillas
F518 Otros trastornos no orgánicos del sueño
F519 Trastorno no orgánico de sueño, no especificado
F520 Falta o pérdida del deseo sexual
F521 Aversión al sexo y falta de goce sexual
F522 Falla de la respuesta genital
F523 Disfunción orgásmica
F524 Eyaculación precoz
F525 Vaginismo no orgánico
F526 Dispareunia no orgánica
F527 Impulso sexual excesivo
F528 Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos
F529 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no específica
F530 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados
F531 Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados
F538 Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados
F539 Trastorno mental puerperal, no especificado
F54x Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedad
F55x Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59x Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores

Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F600 Trastorno paranoide de la personalidad
F601 Trastorno esquizoide de la personalidad
F602 Trastorno asocial de la personalidad
F603 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
F604 Trastorno histriónico de la personalidad
F605 Trastorno anancastico de la personalidad
F606 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
F607 Trastorno de la personalidad dependiente
F608 Otros trastornos específicos de la personalidad
F609 Trastorno de la personalidad sin especificación.
F61x Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F620 Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica
F621 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica
F628 Otros cambios perdurables de la personalidad
F629 Cambio perdurable de la personalidad, no especificado
F630 Juego patológico
F631 Piromanía
F632 Hurto patológico [cleptomanía]
F633 Tricotilomanía
F638 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos
F639 Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado
F640 Transexualismo
F641 Travestismo de rol dual
F642 Trastorno de la identidad de género en la niñez
F648 Otros trastornos de la identidad de género
F649 Trastorno de la identidad de género, no especificado
F650 Fetichismo
F651 Travestismo fetichista
F652 Exhibicionismo
F653 Voyerismo
F654 Pedofilia
F655 Sadomasoquismo
F656 Trastornos múltiples de la preferencia sexual
F658 Otros trastornos de la preferencia sexual
F659 Trastorno de la preferencia sexual, no especificado
F660 Trastorno de la maduración sexual
F661 Orientación sexual egodistónica
F662 Trastorno de la relación sexual
F668 Otros trastornos del desarrollo psicosexual
F669 Trastornos del desarrollo psicosexual, no especificado
F680 Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas
F681 Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como
F688 Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento en adultos

Retraso mental

F700 Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F701 Retraso mental leve, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F708 Retraso mental leve, otros deterioros del comportamiento
F709 Retraso mental leve por deterioro del comportamiento de grado no especificado
F710 Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F711 Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F718 Retraso mental moderado, otros deterioros del comportamiento
F719 Retraso mental moderado por deterioro del comportamiento de grado no especificado
F720 Retraso mental grave por deterioro del comportamiento de grado no especificado
F721 Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F728 Retraso mental grave, otros deterioros del comportamiento
F729 Retraso mental grave, deterioro del comportamiento de grado no especificado

F730 Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F731 Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F738 Retraso mental profundo, otros deterioros del comportamiento
F739 Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento de grado no especificado
F780 Otros tipos de retraso mental, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F781 Otros tipos de retraso mental, deterioro del Comportamiento significativo, que requiere
F788 Otros tipos de retraso mental, otros deterioros del Comportamiento
F789 Otros tipos de retraso mental, deterioro del Comportamiento de grado no especificado

Trastornos del desarrollo psicológico

F800 Trastorno específico de la pronunciación
F801 Trastorno del lenguaje expresivo
F802 Trastorno de la recepción del lenguaje
F803 Afasia adquirida con epilepsia [Landau - Kleffner]
F808 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
F809 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
F810 Trastorno específico de la lectura
F811 Trastorno específico del delecteo [ortografía]
F812 Trastorno específico de las habilidades aritméticas
F813 Trastorno mixto de las habilidades escolares
F818 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades Escolares
F819 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje Escolar sin especificación.
F82x Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F83x Trastornos específicos mixtos del desarrollo
F840 Autismo en la niñez
F841 Autismo atípico
F842 Síndrome de Rett
F843 Otro trastorno desintegrativo de la niñez
F844 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y Movimientos estereotipados
F845 Síndrome de asperger
F848 Otros trastornos generalizados del desarrollo
F849 Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado
F88x Otros trastornos del desarrollo psicológico

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia

F900 Perturbación de la actividad y de la atención
F901 Trastorno hiperkinético de la conducta
F908 Otros trastornos hiperkinéticos
F909 Trastorno hiperkinético, no especificado
F910 Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar
F911 Trastorno de la conducta insociable
F912 Trastorno de la conducta sociable
F913 Trastorno opositor desafiante
F918 Otros trastornos de la conducta
F919 Trastorno de la conducta, no especificado
F920 Trastorno depresivo de la conducta
F928 Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F929 Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado
F930 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez
F931 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez
F932 Trastorno de ansiedad social en la niñez
F933 Trastorno de rivalidad entre hermanos
F938 Otros trastornos emocionales en la niñez
F939 Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la Infancia, no especificado
F940 Mutismo selectivo
F941 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez
F942 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez

- F948 Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
- F949 Trastorno del comportamiento social en la niñez, no Especificado
- F950 Trastorno por tic transitorio
- F951 Trastorno por tic motor o vocal crónico
- F952 Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la tourette]
- F958 Otros trastornos por tics
- F959 Trastorno por tic, no especificado
- F980 Enuresis no orgánica
- F981 Encopresis no orgánica
- F982 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez
- F983 Pica en la infancia y la niñez
- F984 Trastornos de los movimientos estereotipados
- F985 Tartamudez [espasmofemia]
- F986 Farfullero
- F988 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez
- F989 Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente

Lesiones autoinfligidas intencionalmente

- X60 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
- X61 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y Exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas no clasificadas en otra parte
- X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
- X63 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
- X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificado
- X65 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
- X66 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
- X67 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
- X68 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
- X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- X71 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
- X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
- X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
- X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
- X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
- X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
- X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
- X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
- X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
- X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
- X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento
- X82 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
- X83 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.

Síndromes del maltrato

- T740 Negligencia o abandono
- T741 Abuso físico
- T742 Abuso sexual
- T743 Abuso psicológico
- T748 Otros síndromes de maltrato (formas mixtas)
- T749 Síndrome del maltrato no especificado

Agresión con fuerza corporal

Y040 Agresión con fuerza corporal en vivienda
Y041 Agresión con fuerza corporal en institución residencial
Y042 Agresión con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas publicas
Y048 Agresión con fuerza corporal en otro lugar especificado
Y049 Agresión con fuerza corporal en lugar no especificado

Agresión sexual con fuerza corporal

Y050 Agresión sexual con fuerza corporal en vivienda
Y051 Agresión sexual con fuerza corporal en institución residencial
Y052 Agresión sexual con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
Y058 Agresión sexual con fuerza corporal en otro lugar especificado.
Y059 Agresión sexual con fuerza corporal en lugar no especificado

Negligencia y abandono

Y060 Negligencia y abandono por esposo o pareja
Y061 Negligencia y abandono por padre o madre
Y062 Negligencia y abandono por conocido o amigo
Y068 Negligencia y abandono por otra persona especificada

Otros síndromes de maltrato

Y070 Síndrome de maltrato por esposo o pareja
Y071 Otros síndromes de maltrato por padre o madre
Y072 Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo (bullying).
Y073 Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales
Y078 Otros síndromes de maltrato por otra persona especificada.
Y079 Otros síndromes de maltrato por persona no especificada

Secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada

Y870 Secuelas de lesiones autoinfligidas
Y871 Secuelas de agresiones.

Códigos de otras actividades que se realizan en salud mental

R456 Problemas relacionados con violencia
Z046 Examen psiquiátrico general solicitado por una autoridad
Z133 Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento.
Z600 Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
Z601 Problemas relacionados con situación familiar atípica.
Z602 Problemas relacionados con persona que vive sola
Z603 Problemas relacionados con la adaptación cultural
Z604 Problemas relacionado con la exclusión y rechazo
Z605 Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
Z608 Otros problemas relacionados con el ambiente social
Z609 Problema no especificado relacionado con el ambiente social.
Z610 Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
Z611 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.
Z612 Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
Z613 Problemas relacionados con eventos que llevaron a la perdida de la autoestima en la infancia
Z614 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo
Z615 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo
Z616 Problemas relacionados con el abuso físico del niño.
Z617 Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
Z618 Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.
Z619 Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia

Otros problemas relacionados con la crianza de la niña o niño.

Z620 Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres
Z621 Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres

- Z622 Problemas relacionados con la crianza en instituciones.
- Z623 Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- Z624 Abandono emocional del niño
- Z625 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- Z626 Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza
- Z628 Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
- Z629 Otros problemas relacionados con la crianza del niño (sistemas de creencias)

Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, Inclusive circunstancias familiares

- Z630 Problemas relación pareja esposos
- Z631 Problemas en la relación con los padres políticos familiares
- Z632 Problemas en relación con el soporte socio - familiar
- Z633 Ausencia de miembro de la familia
- Z634 Desaparición o muerte de miembro de la familia
- Z635 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- Z636 Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar
- Z637 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa
- Z638 Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
- Z639 Problema no especificado relacionados con el grupo primario de apoyo
- Z640 Problemas relacionados con embarazo no deseado
- Z641 Problemas relacionados con la multiparidad.
- Z642 Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro
- Z643 Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
- Z644 Problemas relacionados con el desacuerdo con consejeros
- Z650 Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión
- Z651 Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento
- Z652 Problemas relacionados con la liberación de la prisión
- Z653 Problemas relacionados con otras circunstancias legales
- Z654 Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura
- Z655 Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades
- Z658 Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales
- Z659 Problemas relacionados con circunstancias psicosociales (problemas en el desarrollo)

Problemas relacionados con el estilo de vida

- Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco
- Z721 Problemas relacionados con el uso de alcohol
- Z722 Problemas relacionados con el uso de drogas
- Z728 Otros problemas relacionados con el estilo de vida
- Z733 Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
- Z734 Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas

Actividades de salud mental

- 96150.01 Tamizaje en Violencia
- 96150.02 Tamizaje en Alcohol y Drogas
- 96150.03 Tamizaje en Trastornos Depresivos
- 96150.04 Tamizaje en Psicosis
- 96150.05 Aplicación del cuestionario de habilidades sociales
- 96150.06 Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años.
- 96150.07 Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más.
- 96150.08 Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.
- 99402.09 Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- 99215 Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador
- 99207 Consulta de salud mental

99207.04 Psicoeducación al paciente**99207.01 Intervención individual de salud mental**

99366 Reunión del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (participación de profesional no médicos de la salud), frente a frente con el paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más (Plan Individualizado formulado)

99285.01 Manejo inicial consulta en emergencia problema de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (prioridad I) (Intervención en crisis)

96100.02 Consejería y Orientación psicológica**99402.17 Consejería de actividad física****90861 Terapia de relajación****99401.13 Consejería en Estilos de Vida saludable**

96150 Evaluación de salud y comportamiento (ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud observación de la conducta monitoreo psicofisiológico cuestionarios orientados a la salud) por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente evaluación inicial (Entrevista motivacional)

Psicoterapia individual:

90834 Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia

90806 Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afrontamiento cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo

90860 Psicoterapia cognitivo conductual

Intervención familiar

C2111.01 Psicoeducación a la familia (Intervención familiar)

96100.01 Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)

90847 Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)

Actividades grupales

99207.06 Atención en salud mental a mujeres que son víctimas de violencia por su pareja o expareja (incluye aplicación de la ficha de valoración de riesgos)

99207.02 Intervención grupal en salud mental

C0012 Sesión de Grupo de ayuda mutua

90857 Psicoterapia interactiva de grupo

90872 Taller de habilidades sociales

99401.15 Consejería en habilidades sociales

99401.19 Consejería para el autocuidado

99401.25 Consejería en pautas de crianza buen trato comunicación y cuidados adecuados

99401.29 Consejería en convivencia saludable en pareja

99402.14 Consejería en promoción del buen trato y salud mental

C0002 Reunión con institución educativa

C0003 Reunión de comunidad

C0005 Taller para institución educativa

C0006 Taller comunitario

C0007 Taller para la Familia

C0011 Visitas familiares integrales

C0071 Análisis de la situación de salud. Identificación de necesidades de salud de la población con participación de la comunidad

C1043 Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad (Sesión de movilización de redes de apoyo)

C2111 Taller psicoeducativo grupal

C7001 Reunión de Monitoreo

C7003 Reunión de Evaluación

97009 Terapia del lenguaje /sesión

96100 Consulta psicológica

Actividades en trabajo remoto

99499.01 Teleconsulta en línea

99499.08 Teleorientación síncrona

99499.10 Telemonitoreo

99499.11 Teleinterconsulta síncrona. En lab 1º

1 Consultante ó

2 Consultor

APP

APP 093 Actividad con institución educativa

APP 108 Actividad en comunidad

APP 136 Actividad con Familia

APP 138 Actividad con Agentes Comunitarios de Salud

APP 144 Actividad con Docentes

APP 150 Actividad con autoridades y líderes comunales

APP 151 Actividad con Mujeres

APP 166 Actividades con Líderes Escolares

1.2. Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de salud mental

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

ATENCIÓN DE SALUD

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

- 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 desarrollaran en el documento.
- En caso, el usuario(a) presenta una de estas condiciones, se registrara en el 2do valor lab del diagnóstico las siguientes siglas:

Valor lab	Condición
G	Gestante
TPE	Trata de Personas
JUD	Persona Judicializada

- Si las prestaciones de salud mental se brindan una persona que es considerada victima de violencia politica (Registrada en el RUV) se adicionará al registro Víctima de violencia política (crimen o terrorismo, incluyendo tortura) con el código Z654.

Por ejemplo:

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
											P	D	R	1 g	2 g	3 g							
HISTORIA CLINICA				10	12																		
GESTANTE/PUERPERA				ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
08	67554986	2	Lima	36	☒ A	☒ M	☒ P	☒ C	PESO	☒ N	☒ D	1. Abuso físico	☒ P	☒ D	☒ R	☒ G	☒ T741						
	☒ M				☒ F	☒ P	☒ a	TALLA	☒ C	☒ C	2. Intervención en salud mental	☒ P	☒ D	☒ R	1								
	☒ D				☒ F	☒ P	☒ a	Hb	☒ R	☒ R	3. Víctima de violencia política	☒ P	☒ D	☒ R			☒ Z654						

- Todas las prestaciones realizadas de manera virtual, se adicionara al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica del usuario.

II. ACCIONES COMUNES

2.1. Acompañamiento Clínico Psicosocial

a. Definición operacional

Conjunto de acciones de interacción personal basadas en la generación de vínculos de confianza, respeto, reciprocidad, colaboración y de compartir saberes que propicia el desarrollo de capacidades mutuas y se realiza entre el equipo interdisciplinario de profesionales del centro de salud mental comunitario y el equipo de salud de establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado, ubicados en el mismo ámbito territorial, con la finalidad cumplir óptimamente sus responsabilidades frente al cuidado integral de salud mental de la población que atienden.

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 100 Personal de salud

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

- En el 1º casillero anote Asistencia técnica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas

En el ítem Lab anote:

- En la 1era actividad se colocará en el
 - 1º casillero lab: ACP (Acompañamiento clínico psicosocial)
 - 2º casillero lab: número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda
 - 3º casillero lab: número de personal de salud que recibieron la asistencia técnica.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
	APP 100				A	M	P		PES O	N	N	1. Asistencia técnica	P	☒	R	A C P	2	8	C7004
			Arequipa		M			TALL A		C	C	2.	P	D	R				
					F	P	a	b	Hb		R	R	3.	P	D	R			

➤ Se considera actividad cumplida cuando se realicen las **10 asistencias técnicas**.

III. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS

El tamizaje de salud mental comprende una entrevista terapéutica breve, observación de indicadores de algún problema de salud mental, aplicación de cuestionarios breves (según corresponda) y una consejería de acuerdo a los hallazgos (refuerzo de factores protectores si el resultado es negativo o

la derivación y cita en el servicio de salud mental del establecimiento, si la persona es identificada con algún problema de salud mental).

Considerar los siguientes códigos para el registro de la actividad:

DESCRIPCIÓN	CÓDIGOS
Tamizaje en Violencia	96150.01
Tamizaje en Alcohol y Drogas	96150.02
Tamizaje en Trastornos Depresivos	96150.03
Tamizaje en Psicosis	96150.04
Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años.	96150.06
Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más.	96150.07
Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.	96150.08
Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	99402.09
Víctima de violencia política (crimen o terrorismo, incluyendo tortura)	Z654

En caso sea un tamizaje POSITIVO, se adicionará en el registro los siguientes códigos según corresponda:

- En caso se realice la actividad a una víctima de violencia política, se incluirá el código Z654 según corresponda.
- Para identificar si la actividad se ha desarrollado con una gestante, se colocará “G” en el 2º lab de la primera actividad

Tamizaje	Código	Descripción
Tamizaje en violencia	R456	Problemas relacionados con violencia
Tamizaje en Alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas relacionados con Tabaco
	Z721	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	Z722	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas
Tamizaje en Trastornos Depresivos	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
Tamizaje en Psicosis	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

3.1. Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol, conducta suicida y psicosis) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años.

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones dirigido a personas mayores de 18 años atendidas en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, TB, ITS/VIH – SIDA, CRED (madre durante el post parto) con tamizaje para detectar si padece trastornos mentales y del comportamiento (depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos mentales debido al consumo de alcohol y psicosis). Comprende la observación, entrevista, aplicación de instrumentos (Cuestionario de autoreporte de síntomas - SRQ y, en el caso de las gestantes y puerperas, se usa la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo – EPDS) y consejería de acuerdo a los hallazgos.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote el tipo de tamizaje según corresponda, por ejemplo **Tamizaje en Trastornos Depresivos**.
 - En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	04453575	2	Lima	32	M	P	C	PES O	N	N	1. Tamizaje en Trastornos Depresivos	P	D	R			96150.03		
	TALL A										C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote el tipo de tamizaje según corresponda
 - En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
 - En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas.

Registro de tamizaje positivo en trastorno depresivo

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	04453575	2	Lima	32	M	P	C	PES O	N	N	1. Tamizaje en Trastornos Depresivos	P	D	R			96150.03		
	TALL A										C	C	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133
	Hb										R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09

Registro de tamizaje positivo en episodio psicótico

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	04453575	2	Lima	32	M	P	C	PES O	N	N	1. Tamizaje en Psicosis	P	D	R			96150.04		
	TALL A										C	C	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133
	Hb										R	R							

					D	P a b		Hb		R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09
--	--	--	--	--	---	-------------	--	----	--	---	---	--	---	---	---	--	--	----------

Registro de tamizaje positivo en dependencia del alcohol

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	04453575	2	Lima	32	A	M	P	PESO	N	N	1. Tamizaje en Alcohol y Drogas	P	D	R			96150.02		
	M				F	P	TALLA				C	C	2. Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol	P	D	R			7271
	D				F	P							Hb	R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R

3.2. Tamizaje para detectar violencia familiar en personas mayores de 18 años.

a. Definición operacional

Se realiza en base a la guía de preguntas para la detección de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja, por personal de salud capacitado (médica(o), obstetra, enfermera(o), cirujano dentista o trabajadora social, técnicos de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio correspondiente. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, y se efectúa una vez al año por persona, excepto en el caso de gestantes con quienes se aplica trimestralmente durante el embarazo y a los dos y seis meses después del parto.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
08	04453575	2	Lima	32	A	M	P		PESO	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	D	R		96150.01
	M				F	P		TALLA	C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R		99402.09	
	D				F	P		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con violencia

- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas.

DIA	D.N.I.	FINA N.C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	04453575	2	Lima	32	M	P	C	PES O	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	D	R			96150.01		
	TALL A										C	C	2. Problemas relacionados con violencia	P	D	R			R456
	Hb										R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09

- Para identificar si la actividad se ha desarrollado con una gestante se colocará **"G"** en el 1ºlab de la primera actividad.
- Todo caso positivo debe aplicarse la **"Ficha de Valoración de riesgos en víctimas de violencia"** y de obtener un resultado **"moderado o severo"** se hará las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer de la jurisdicción y el servicio de salud mental.

3.3. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más

a. Definición operacional

Comprende la observación, entrevista, aplicación del Mini Mental State Examination a personas mayores de 60 años atendidas en el servicio de medicina para detectar deterioro cognitivo. Concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores de su salud y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio especializado de psiquiatría del establecimiento, o a los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutoria según corresponda.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo: (Cuando el resultado es normal)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA N.C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67854347	2	Ayacucho	71	M	P	C	PES O	N	N	1. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia	P	D	R			96150.07		
	TALL A										C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Tamizaje positivo: (Se considera como positivo cuando el resultado es deterioro moderado o severo)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__						
08	67854347	2	Ayacucho	71	M	P C	PES O	N	N	1. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia	P	D	R				96150.07	
	TALL A						C			C	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R				Z133
	Hb										R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R		

3.4. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años

a. Definición operacional

Comprende la observación, entrevista a la madre, padre o cuidador, en dos etapas, utilizando el M-CHAT y el M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al centro de salud mental comunitaria de su territorio o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria según corresponda.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__					
08	04453575	2	Lima	2	A M F D	P C	PES O	N	N	1. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo		P	D	R				96150.06
	TALL A							C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental		P	D	R				99402.09
	Hb							R	R	3.		P	D	R				

Tamizaje positivo:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	04453575	2	Lima	2	A	M	P	PESO	N	N	1. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo	P	D	R			96150.06
	M				F	P	TALLA	C	C	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133	
	D				F	P	Hb	R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09	

3.5. Tamizaje detectar maltrato infantil en niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años

a. Definición operacional

Comprende la observación de indicadores físicos y/o conductuales relacionados al maltrato infantil en niñas, niños o adolescentes, sus madres, padres o cuidadores, una entrevista breve usando las preguntas de tamizaje y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y la parentalidad saludable y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de psicología del establecimiento de salud y el seguimiento para verificar que está recibiendo el tratamiento y cuidados de salud mental.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	08979455	2	Lima	5	A	M	P	PESO	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	D	R			96150.01
	M				F	P	TALLA	C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09	
	D				F	P	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Tamizaje positivo:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Problemas relacionaos con violencia
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 º	2 º	3 º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	08979455	2	Lima	5	A	P C	PES O	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	D	R				96150.01
	M				TALL A		C	C	2. Problemas relacionados con violencia	P	D	R				R456	
	F				Hb		R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R				99402.09	

Todo caso positivo debe aplicarse la “**Ficha de Valoración de riesgos en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia**” y de obtener un resultado “**moderado o severo**” se hará las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer de la jurisdicción y el servicio de salud mental.

3.6. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años

a. Definición operacional

Actividad que tiene por objetivo detectar oportunamente los trastornos mentales y del comportamiento que se pueden presentar en niñas, niños y adolescentes de 03 a 17 años. Comprende la observación, la entrevista y la aplicación de una Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC- Pediatric Symptom Checklist) según el siguiente detalle:

- En el caso de niñas y niños menores de 12 años será aplicado al padre, madre o cuidador.
- En el caso de adolescentes de 12 a 17 años, es autoaplicativo; sin embargo también se puede aplicar al padre, madre o cuidador.
- Se aplica en un tiempo de 15 minutos y se realiza una vez al año.
- En caso de tener un resultado negativo se procederá a fortalecer los factores protectores de la niña, niño y adolescente.
- En caso de obtener un resultado positivo se realizará la derivación al servicio de salud mental (psicología) o en caso de no contar con el servicio será derivado a un establecimiento de salud de mayor complejidad para su atención correspondiente.

Este tamizaje es realizado por el personal de salud capacitado en los establecimientos de salud en los servicios de CRED, la estrategia de etapa vida adolescente, medicina general o pediatría.

b. Registro de acciones desarrolladas

Tamizaje negativo:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes
 - En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	04453575	2	Lima	15	A	M	P	PES O	N	N	1. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes	P	D	R			96150.08
	M				C	TALL A	C	C	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09		
	F				a	Hb	R	R	3.	P	D	R					

Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas

En el ítem Lab de la 1era actividad anote:

- En el 1º casillero se registrará, el número que corresponde al problema identificado con mayor puntuación según detalle:

VALOR LAB	DESCRIPCIÓN
1	Problemas emocionales
2	Problemas de atención
3	Problemas de conducta.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	04453575	2	Lima	15	A	M	P	PES O	N	N	1. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes	P	D	R	2		96150.08
	M				C	TALL A	C	C	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133		
	F				a	Hb	R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09		

En el 1º casillero Lab de la primera actividad (tamizaje) se registrará el número que corresponde al problema que obtenga mayor puntuación.

IV. ATENCIÓN EN ACOGIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Es la primera entrevista con el usuario que solicita atención en un centro de salud mental comunitario y esta orientado a identificar los motivos de consulta y los principales problemas y riesgos. Esta actividad permite canalizar las intervenciones que recibirá el usuario para su atención y es realizada por el profesional de enfermería.

Acogida del usuario

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Atención de enfermería en I nivel de atención

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1	2	3				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES O	N	N	1. Atención de enfermería en I nivel de atención	P	R				99205			
	TAL LA										C	C	2.	P	D	R				
	Hb										R	R	3.	P	D	R				

V. POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD

Realizado en establecimientos de salud desde el nivel I-2 por profesionales de salud con competencias (psiquiatra, médico de familia o general, psicólogo, enfermera, trabajadora social, terapeuta de lenguaje, obstetra, terapeuta ocupacional) e incluye: consulta médica general y especializada por psiquiatra, atención de emergencia, psicoeducación, evaluación integral y formulación participativa e interdisciplinaria de planes individualizados de cuidado, intervención individual en salud mental, intervención familiar, sesión de movilización de redes de apoyo, psicoterapia y visita domiciliaria según corresponda al nivel de establecimiento. Los códigos a utilizar son:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Consultas de salud mental	99207	Atención en salud mental
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación al paciente
Intervenciones breves / Intervención individual de salud mental	99207.01	Intervención individual de salud mental

Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	99207.06	Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos
Intervención grupal en salud mental	99207.02	Intervención grupal

4.1. Tratamiento en violencia familiar en el primer nivel de atención no especializado

a. Definición operacional

Comprende un paquete de intervenciones que se brinda en el periodo de 12 meses y es realizado en los establecimientos de salud del nivel I-2 (con servicio de psicología), I-3 y I-4 (no incluyen CSMC). Está dirigida a personas con diagnósticos de violencia familiar en cualquiera de sus modalidades (física, psicológica, sexual, negligencia o mixta): T740, T741, T742, T743, T748, T749, Y04, Y06, Y070, Y078. Se brindará los siguientes servicios:

- **Consulta de salud mental:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de la salud capacitado (medicina, psicología, enfermería, trabajo social) a fin de realizar el diagnóstico, la valoración del riesgo vital y de la condición de vulnerabilidad, formulación del plan terapéutico y seguimiento en el primer nivel de atención no especializado. Incluye al menos 03 sesiones de 45 minutos.
- **Intervención breve:** Está dirigida a personas con valoración de riesgo leve y se realiza en establecimientos de salud con psicólogo/a u otro profesional de la salud (trabajo social, enfermera) capacitado/a. Se realizan en 8 sesiones de 30 minutos. Incluye: apoyo, comprensión y un espacio para desahogo emocional, psicoeducación (formulación del plan de seguridad, ciclo y escalada de la violencia, dificultades para salir de la situación de violencia, mitos, redes de apoyo, cuidado de su salud física y conexión con otros servicios de salud, según se requiera), ayuda a reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos con el acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Es realizada por un profesional de psicología, trabajo social o enfermería capacitado. Incluye al menos una intervención familiar de 45 minutos.
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes de grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, la afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica y la movilización de apoyo. Incluye mínimo

1 visita domiciliaria de 30 minutos, no incluye tiempo de desplazamiento. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención.

- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica identificar y conectar (mediante referencia, llamada telefónica y/ o acompañamiento) a la usuaria con otras instituciones y/o organizaciones como Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, Demunas, u otras que se estime pertinentes a sus necesidades a fin de establecer su red de apoyo comunitario particular. Incluye el monitoreo y seguimiento respectivos. Incluye al menos 2 sesiones.

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas de salud mental, 08 intervención breve, 01 intervención familiar, 01 visita domiciliaria y 01 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta de Salud Mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta de salud mental
- En el 3º casillero anote Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda
- En el 1º casillero lab de la 3era actividad se registra el nivel de riesgo:

Cod lab	Descripción del resultado
1	Leve
2	Moderado
3	Severo

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
08	67554986	2	Lima	36	A	M	P	C	N	N	1. Abuso físico	P	D	R				T741	
	M				F	a	b		TALLA	C	C	2. Consultas de salud mental	P	D	R	1			99207
	D						Hb		R	R	3. Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	P	D	R	2	D	V	R	99207.06
											1. Episodio depresivo severo	P	D	R		D	V	C	F323

En los casos de violencia debe aplicarse la “**Ficha de Valoración de riesgos de víctimas de violencia**” y de obtener un resultado “**moderado o severo**” se hace las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer, Comisaria o fiscalía de la jurisdicción y se registrará en el 2° lab “**DVR**” (derivado).

Si el daño en la salud mental (trastorno) es moderado o severo, se refiere a un Centro de Salud Mental Comunitaria de su jurisdicción y se registra el diagnóstico correspondiente y en su 2° lab “**DVC**” (referido).

Intervenciones breves:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ...ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	N	C	1. Abuso físico	P	D	R				T741		
	TALLA									C	C	2. Intervenciones breves	P	D	R	2			99207.01
	Hb									R	R	3.	P	D	R				

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. ETNI A	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Abuso fisico	P	D	R				T741
	8765									2. Intervención familiar	P	D	R	1			C2111.01
										3.	P	D	R				

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso fisico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Abuso fisico	P	D	R				T741
	8765									2. visita domiciliaria	P	D	R	1			C0011
										3.	P	D	R				

Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso fisico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Abuso fisico	P	D	R				T741
	8765										P	D	R	1			C1043

					F	P a b	TALL A			2. Sesión de movilización de redes de apoyo							
				D			Hb		R	R	3.	P	D	R			

4.2. Tratamiento especializado en violencia familiar

a. Definición operacional

Comprende un paquete de intervenciones especializadas que se brinda, continuamente durante el periodo de 12 meses, en centros de salud mental comunitarios (CSMC) y establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención El paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de psiquiatría a fin de realizar evaluación, diagnóstico y el desarrollo del plan terapéutico especializado. Incluye 03 sesiones de 45 minutos.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico), que incorpora además de los diagnósticos descriptivos profesionales, la perspectiva, necesidades, expectativas y demandas de la persona usuaria. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones que ejecutará el equipo interdisciplinario con la persona usuaria, su familia y su comunidad teniendo como objetivo su recuperación. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos.
- **Psicoeducación:** implica 3 sesiones de 45 min a fin de orientar y explicar los riesgos e impacto de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Intervención individual en salud mental:** Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermeras, trabajadoras sociales) que tiene por objeto abordar los problemas identificados de salud mental asociados a la presencia de violencia familiar. Incluye 3 intervenciones de 30 minutos.
- **Psicoterapia individual:** Es una intervención terapéutica realizada por un psicólogo, psiquiatra o profesional de la salud capacitado. Está dirigida a abordar los casos con valoración riesgo moderado-severo, comorbilidad o elevada presencia de factores de riesgo. Esta intervención se realiza en los establecimientos de salud, en centros de salud mental comunitarios y servicios especializados de hospitales. Se realizan sesiones semanales (mínimo 08) de 60 minutos/sesión.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Incluye tres sesiones de 45 minutos, realizada por profesional de salud capacitado (médico, psicólogo, enfermera, trabajador social)
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes de grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica a fin y acompañar el proceso de recuperación. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año, no incluye tiempo de desplazamiento.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica identificar, coordinar y conectar (mediante referencia, llamada telefónica y/ o acompañamiento) a la usuaria con otras instituciones y/o organizaciones como Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, Demunas, centros de desarrollo de capacidades u otras que se estime pertinentes a las necesidades de

la usuaria, a fin de establecer su red de apoyo comunitario particular. Incluye el seguimiento respectivo. Se realizará por lo menos 2 sesiones.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNI A																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES O	N	M	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R			T748		
	TALL A										C	C	2. Consulta medica	P	D	R	1		99215
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

La aplicación de la **ficha de valoración de riesgo** debe realizarse en la primera prestación de salud mental.

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato

- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P	PESO	N	M	1. Otros syndromes de maltrato	P	D	R				T748		
	TALLA						C				C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2	2		99366
	Hb						R				R	3.	P	D	R				

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros syndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P	PESO	N	M	1. Otros syndromes de maltrato	P	D	R				T748		
	TALLA						C				C	2. Psicoeducación	P	D	R	3			99207.04
	Hb						R				R	3.	P	D	R				

Intervención individual en salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros syndromes de maltrato

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"
En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES	O	N	M	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R		T748				
	TALLA											A	C	C	2. Intervención individual en salud mental	P	D	R	3		99207.01
	Hb												R	R	3.	P	D	R			

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES	O	N	M	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R		T748				
	TALLA											A	C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	3		90806
	Hb												R	R	3.	P	D	R			

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R				T748		
	TALL A									C	C	2. Intervención familiar	P	D	R	1			C2111.01
	Hb									R	R	3.	P	D	R				

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R				T748		
	TALL A									C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	1			C0011
	Hb									R	R	3.	P	D	R				

Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	M	P C	PES O	N	N	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	R				T748

8765				M			TALL			2. Sesión de movilización de redes de apoyo	P	D	R	1		C1043
				D	F	P	A		C							
						a	Hb		R	R	3.	P	D	R		
						b										

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 03 sesiones de Psicoeducación, 03 intervenciones individuales, 08 sesiones de Psicoterapia Individual, 03 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 02 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

4.3. Tratamiento especializado de personas afectadas por violencia sexual

a. Definición operacional

El paquete de intervenciones especializadas se brinda continuamente en el periodo de 12 meses a personas con estrés postraumático como secuela de la violencia sexual (T74.2, T74.8 o Y05) y es realizado en los CSMC y servicios especializados de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel. El paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Es una actividad realizada por psiquiatra, a fin de realizar el diagnóstico, plan terapéutico y seguimiento especializado. Incluye tres sesiones de 45 minutos.
- **Atención de emergencia:** Es una actividad realizada por médico especialista en el servicio de emergencia de hospital general ante la presencia de violación sexual reciente. Implica escucha activa, comunicación eficaz, valoración del riesgo de la emergencia hospitalaria. Implica no menos de 60 minutos.
- **Psicoeducación:** implica mínimo 3 sesiones de 45 min a fin de orientar y explicar los riesgos de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Psicoterapia especializada:** Se realizan mínimo 12 sesiones semanales de 60 minutos mínimo
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Incluye cuatro intervenciones familiares de 30 minutos.
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes del grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica a fin de que salga del ciclo de violencia. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Basada en las necesidades de cada usuario/a afectada por violencia sexual, implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Mínimo 3 sesiones. No incluye tiempo de desplazamiento.

b. Registro de acciones desarrolladas
Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	P	N	D	1. Abuso sexual	P	D	R			T742			
	TALLA											C	C	2. Consultas de salud mental	P	D	R	1		99215
	Hb											R	R	3.	P	D	R			

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	P	N	D	1. Abuso sexual	P	D	R			T742			
	TALLA											C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	3		99207.04
	Hb											R	R	3.	P	D	R			

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90806 ó 90834 ó 90860)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
			ETNIA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES O	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742			
	8765										TALL A	C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	5		90806
														Hb	R	R	3.	P	D	R

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
			ETNIA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES O	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742			
	8765										TALL A	C	C	2. Intervención familiar	P	D	R	4		C2111.01
														Hb	R	R	3.	P	D	R

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	☒	M	P	PESO	N	☒	1. Abuso sexual	P	D	☒			T742
	☒				F	P	TALLA	C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	1		C0011	
	☒				D	F	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	36	☒	M	P	PESO	N	☒	1. Abuso sexual	P	D	☒			T742
	☒				F	P	TALLA	C	C	2. sesión de movilización de redes de apoyo	P	D	R	2		C1043	
	☒				D	F	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 03 sesiones de Psicoeducación, 12 sesiones de Psicoterapia Individual, 04 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 03 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

4.4. Tratamiento de niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato infantil

a. Definición operacional

Es la atención que se brinda a las niñas, niños y adolescentes con tamizaje positivo o que acuden al establecimiento de salud del nivel I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 incluyen los Centros de Salud Mental Comunitario y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) con diagnóstico en T740 o T741 o T743 o T748 o T749 o Y061 o Y071 o Y072 o Y073 o Y078 o Y079 o Z616 o Z624 o Z625 o Z626. Lo brinda profesional de salud con competencias: psiquiatría, medicina general, psicología, trabajo social, enfermería y derecho. Una vez identificado el problema de maltrato infantil, se entrega un paquete de atención, según nivel de atención:

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental, MAMIS
Consulta de salud mental: Se realiza en el EESS por un profesional médico capacitado, psicólogo, o enfermera capacitada. Comprende 2 sesiones y tiene una duración de 45 a 60 minutos. Comprende la evaluación de riesgos otros problemas asociados, de la necesidad de medidas de protección y/o atención clínica y el establecimiento de un plan de acciones que faciliten en reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo por parte de la familia.	Consulta especializada de salud mental (Consulta medica): Actividad realizada por un psiquiatra, médico de familia o médico general capacitado para realizar la evaluación del riesgo, factores de vulnerabilidad infantil, la necesidad de medidas de protección, formular el diagnóstico integral y el plan terapéutico especializado. Tiene una duración de 3 sesiones de 45 minutos.
	Evaluación Integral interdisciplinaria: Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psicólogo, psiquiatra, enfermera, trabajadora social, abogado, entre otros) según nivel, que incorpora además de los diagnósticos descriptivos profesionales, la perspectiva, necesidades y demandas de la niña niño o adolescente. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones que ejecutará el equipo interdisciplinario. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones en el establecimiento. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos.
Psicoeducación: Está dirigida a la niña, niño o adolescente y a los padres o cuidadores responsables. Implica al menos 3 sesiones de 45 minutos, realizada por profesional de la salud capacitado (psicólogo o enfermera o trabajadora social) a fin de orientar sobre intervenciones a realizarse, explicar e identificar situaciones de riesgo con respecto al problema de la violencia, educar a los padres o cuidadores en el desarrollo de sus hijos y ayudarlos a mejorar su aptitud para la parentalidad saludable.	Psicoeducación: Intervención educativa, comprende 4 a 6 sesiones de 30 a 45 minutos, realizada por profesional de la salud (psiquiatra, psicólogo, enfermera, médico de familia, abogado u otro profesional con competencias) a fin de reflexionar sobre los riesgos e impacto de la violencia en la salud integral de la niña, niño adolescente y su familia, discutir el plan terapéutico, favorecer la reorganización de las pautas relacionales y la adopción de estrategias de parentalidad y estilos de vida saludable
Intervención individual de salud mental: Comprende 2 intervenciones con una duración de 30 a 45 minutos; es realizado por un profesional psicólogo preferentemente u otro profesional que cuente con competencias (médico, enfermera).	Intervención individual en salud mental: Procedimiento terapéutico, que, comprende 3 intervenciones de 30 a 45 minutos, realizada por un profesional con competencias (médico psiquiatra, psicólogo u otro profesional), con la finalidad de abordar los problemas identificados en la niña, niño, adolescentes y sus cuidadores.
	Psicoterapia individual: Basada en enfoques cognitivo-conductual, de vínculo, de sistemas familiares, es realizada por psicoterapeutas profesionales con competencias en el desarrollo de esta prestación, y está dirigida a padres o cuidadores que ejercen maltrato hacia sus hijos, a niñas/niños en edad escolar y adolescente. Comprende 8 a 12 sesiones de 45 a 60 minutos por sesión.

Intervención familiar en salud mental: Procedimiento terapéutico dirigido al grupo familiar, comprende 3 intervenciones familiares con una duración de 45 a 60 minutos, realizada por un profesional psicólogo preferentemente u otro profesional que cuente con competencias (médico, enfermera, trabajadora social).	Intervención familiar: Procedimiento terapéutico realizado en 4 intervenciones de 45 a 60 minutos, realizada por un profesional con competencias (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajadora social, médico de familia u otro profesional).
Visita domiciliaria: Comprende, mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año, (no incluye tiempo de desplazamiento), realizado por profesionales de la salud (médico, psicólogo, enfermera y/o trabajadora social). Durante esta actividad se ofrece información, apoyo y otros servicios orientados a mejorar el funcionamiento de la familia.	Visitas domiciliarias: Es realizada por trabajadora social, enfermera, psicólogo a fin de evaluar la dinámica de la familia, sus recursos y capacidades para enfrentar situaciones, evaluar el nivel de riesgo al que está expuesto la niña o niño, identificar y fortalecer los factores de protección, los recursos de apoyo y la adherencia terapéutica. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 40 minutos/año (no incluye tiempo de desplazamiento).
	Movilización de redes de apoyo: Implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Mínimo 02 reuniones de 30 minutos. No incluye tiempo de desplazamiento.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	M	P C	TALLA	C	C	1. Abuso psicologico	P	D	R				T743
	2. Consulta médica									P	D	R	1			99215	
	3.									P	D	R					

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Médico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso psicologico	P	D	R			T743		
	TAL LA										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2	2	99366
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso psicológico	P	D	R			T743			
	TALL A										C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	3			99207.04
	Hb										R	R	3.	P	D	R				

Intervención Individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso psicológico	P	D	R			T743			
	TALL A										C	C	2. Intervención individual	P	D	R	3			99207.01
	Hb										R	R	3.	P	D	R				

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	36	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso psicológico	P	D	R			T743			
	TALL A										C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	8			90834
	Hb										R	R	3.	P	D	R				

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar según corresponda (C2111.01 ó 96100.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
08	73276304	2	Lima	10	☒ M	☒ P	☒ PESO	☒ N	☒ M	1. Abuso psicologico	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º	T743	
	8956				☒ M	☒ P	☒ TAL LA	☒ C	☒ C	2. Intervención familiar	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 3	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º	C2111.01
					☒ F	☒ P	☒ Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º		

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de visita

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
08	73276304	2	Lima	10	☒ M	☒ P	☒ PESO	☒ N	☒ M	1. Abuso psicológico	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º	T743	
	8956				☒ M	☒ P	☒ TALLA	☒ C	☒ C	2. visita domiciliaria	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 2	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º	C0011
					☒ F	☒ P	☒ Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R	☒ 1º	☒ 2º	☒ 3º		

Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. 10 ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PESO	N	C	1. Abuso psicológico	P	D	R			T743
	2. Movilización de redes de apoyo										P	D	R	3			C1043
	3.										P	D	R				

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandar para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental, MAMIS
02 consulta de salud mental	03 consulta especializada de salud mental
	Evaluación Integral interdisciplinaria (Plan individualizado formulado)
03 psicoeducación	04 psicoeducación
02 intervención individual de salud mental	03 intervención individual en salud mental
	08 psicoterapia individual (mínimo)
03 intervención familiar en salud mental	04 intervención familiar
02 visita domiciliaria	02 visitas domiciliarias
	02 movilización de redes de apoyo

4.5. Tratamiento especializado a niñas, niños y adolescentes afectados por violencia sexual

a. Definición operacional

Es la atención que se brinda a las niñas, niños y adolescentes con tamizaje positivo o que acuden al establecimiento de salud del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 incluyen los Centros de Salud Mental Comunitario y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) con diagnóstico T74.2, T74.8 o Y050. Lo brinda personal de salud con competencias: Psiquiatra, médico general. Psicólogos, enfermeras y trabajadora social. Una vez identificado el problema de maltrato infantil, se entrega un paquete de atención, según nivel de atención:

- Atención de emergencia.** Es una actividad realizada por médico especialista en el servicio de emergencia de hospital general ante la presencia de violación sexual reciente. Implica, escucha activa, comunicación eficaz, valoración del riesgo de la emergencia hospitalaria, aplicación del kit de emergencia. No menos de 60 minutos.
- Consulta médica:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por médico general capacitado para valorar el estado emocional o valoración completa de su estado mental y solicita interconsulta con el profesional especializado de salud mental (médico psiquiatra,

psicólogo) fin de realizar el diagnóstico y plan terapéutico especializado. Incluye tres sesiones de 45 minutos.

- **Psicoterapia Individual:** Es una intervención terapéutica de cualquier orientación (cognitiva, interpersonal, dinámica, entre otras) realizada por un psicólogo o profesional de la salud capacitado. Esta intervención se realiza en los centros de salud mental comunitaria y servicios especializados de hospitales. Se realizan como mínimo 12 sesiones de continuidad semanal de 60 minutos.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de desarrollar las capacidades de los padres o cuidadores que promueva las relaciones positivas en la familia a través del manejo de emociones y resolución de conflictos. Incluye 04 intervenciones familiares de 30 minutos.
- **Visita Domiciliaria:** Dirigida al usuario e integrantes del grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de la violencia sexual, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año, no incluye tiempo de desplazamiento.
- **Psicoeducación:** Intervención educativa, comprende implica 6 sesiones de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional de la salud a (médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera u otro profesional con competencias) a fin de orientar y explicar los riesgos de la violencia e impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Mínimo 02 reuniones de 30 minutos. No incluye tiempo de desplazamiento.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	A	M	P	C	PESO	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742
	M			F	p	a	b	TALLA	C	C	2. Consultas de salud mental	P	D	R	1		99215
	D						Hb	R	R	3.	P	D	R				

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	8	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso sexual	P	D	R			T742		
	TALL A										C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	3		99207.04
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	8	M	P	C	PES O	N	M	1. Abuso sexual	P	D	R			T742		
	TALL A										C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	12		90834
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	8	M	P	PESO	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742	
	TALLA						C			C	2. Intervención familiar	P	D	R	4		C2111.01
	Hb						R			R	3.	P	D	R			

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	8	M	P	PESO	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742	
	TALLA						C			C	2. visita domiciliaria	P	D	R	1		C0011
	Hb						R			R	3.	P	D	R			

Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	8	M	P	PESO	N	N	1. Abuso sexual	P	D	R			T742	
	TALLA						C			C	2. sesión de movilización de redes de apoyo	P	D	R	3		C1043
	Hb						R			R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 06 sesiones de Psicoeducación, 12 sesiones de Psicoterapia Individual, 04 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 03 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

4.6. Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 0 a 17 años con trastornos del espectro autista

a. Definición operacional

Es un conjunto de intervenciones que se brinda a niñas, niños y adolescentes con trastornos del espectro autista (F84.0, F84.1, F84.5 F84.8 F84.9). Es desarrollada por un profesional de salud a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E (incluye centros de salud mental comunitario)

El paquete de atención de la presente actividad, incluye:

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental
Consulta de salud mental: Se realiza por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico y tratamiento inicial además de seguimiento de niñas, niños y adolescentes que presentan trastornos del espectro autista. Es realizada en 02 sesiones: la primera con una duración de 45 minutos como mínimo y la segunda sesión de 30 minutos como mínimo.	Consulta especializada de salud mental: Actividad realizada en los EESS por un médico psiquiatra o por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas, niños y adolescentes que presentan trastornos del espectro autista; incluye la formulación diagnóstica y es realizada mínimamente en 03 sesiones, la primera de 45 minutos de duración y las restantes de 30 minutos.
Intervención individual de salud mental: Comprende 4 sesiones como mínimo, de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional psicólogo (a) preferentemente u otro profesional que cuente con competencias.	Intervención individual: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud terapeuta ocupacional y/o de lenguaje tiene una duración de 60 minutos y es realizada en 08 sesiones como mínimo.
	Psicoterapia individual: Intervención terapéutica al niño y/o familia realizada por un psiquiatra o psicólogo capacitado, comprende 8 sesiones como mínimo de 60 minutos por sesión.
Intervención grupal en salud mental: Procedimiento terapéutico grupal al niño y/o familia de una duración de 45 a 60 minutos, realizada en 2 sesiones como mínimo por un profesional con competencias.	Intervención grupal: Procedimiento terapéutico dirigido al niño y/o familia de 60 a 90 minutos de duración, realizado por profesionales de la salud capacitado y con competencias (médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera) u otro profesional). Comprende 4 sesiones como mínimo.
Visita domiciliaria: Actividad dirigida a los integrantes de la familia, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y así favorecer la adherencia del tratamiento, dura 90 minutos y se realiza al menos 1 vez en todo el proceso terapéutico.	Visitas domiciliarias: Dirigida a la familia para la mejora de la dinámica familiar y que esta a su vez contribuya con la recuperación de la niña, niño o adolescente. Comprende 02 visitas como mínimo realizadas por un profesional de la salud.
	Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario: Intervenciones que buscan la integración socio comunitaria en la escuela y comunidad. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 02 coordinaciones como mínimo.

b. Registro de acciones desarrolladas
Consulta de salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	6	M	P	C	PES O	N	M	1. Autismo atípico	P	D	R			F841		
	TALL A										C	C	2. Consultas de salud mental	P	D	R	1		99207
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	6	M	P	C	PES O	N	M	1. Autismo atípico	P	D	R			F841		
	TALL A										C	C	2. Intervención individual	P	D	R	2		99207.01
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	6	☒ M	P C	PESO	☒ N	☒ N	1. Autismo atípico	☒ P	☒ D	☒ R				F841
	8765				☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Psicoterapia individual	☒ P	☒ D	☒ R	8			90834
					☒ D		Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R				

Intervención grupal:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	☒ M	P C	PESO	☒ N	☒ N	1. Autismo atípico	☒ P	☒ D	☒ R				F841
	8956				☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Intervención grupal	☒ P	☒ D	☒ R	2			99207.02
					☒ D		Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R				

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	N	1. Autismo atípico	P	D	R			F841		
	TALLA										C	C	2. visita domiciliaria	P	D	R	2		C0011
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	8	M	P	C	PES O	N	N	1. Autismo atípico	P	D	R			F841		
	TALLA										C	C	2. Movilización de redes de apoyo	P	D	R	2		C1043
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental
02 Consulta de salud mental	03 Consulta especializada de salud mental
04 Intervención individual de salud mental:	08 Intervención individual
	08 Psicoterapia individual
02 Intervención grupal en salud mental	04 Intervención grupal
01 Visita domiciliaria	02 Visitas domiciliarias
	02 Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario

4.7. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 de 17 por trastornos mentales y del comportamiento.

a. Definición operacional

Es un conjunto de intervenciones que se brinda a niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento propio de la infancia: trastornos hiperactivos, de la conducta, de emociones y de las funciones sociales, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos de la ingestión de alimento (F50-F59, F80-F83 ó F90-F98). Es desarrollada por un profesional de salud a partir del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E (incluye centros de salud mental comunitario). El paquete de atención de la presente actividad, incluye:

Establecimientos de salud del primer nivel de atención con servicios no especializados en salud mental I-3 y I-4	Centros de salud mental comunitaria (CSMC) y establecimientos del II y III nivel de atención.
Consulta de salud mental: Se realiza en el EESS por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas y niños que presentan trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales. Es realizada en 02 sesiones: la primera con una duración de 45 minutos como mínimo y la segunda sesión de 30 minutos como mínimo.	Consulta especializada de salud mental: Actividad realizada en los EESS por un médico psiquiatra o por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas y niños que presentan trastornos mentales y del comportamiento; incluye la formulación diagnóstica. Considera 03 sesiones como mínimo
	Evaluación Integral interdisciplinaria: Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos por un equipo interdisciplinario (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico),
Intervención individual de salud mental: Comprende 4 sesiones de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional psicólogo preferentemente (a) u otro profesional que cuente con competencias. Brinda además psicoeducación para abordar los problemas de salud mental.	Psicoterapia individual: Intervención terapéutica al niño y/o familia realizada por un psicólogo capacitado, comprende 8 sesiones como mínimo de 60 minutos por sesión.
Intervención grupal en salud mental: Procedimiento terapéutico grupal al niño y/o familia de una duración de 45 a 60 minutos, realizada en 2 sesiones por un profesional con competencias, brinda psicoeducación para abordar los problemas de salud mental.	Intervención grupal en SM: Procedimiento terapéutico dirigido al niño y/o familia de 60 a 90 minutos de duración, realizado por profesionales de la salud capacitado y con competencias (médico psiquiatra, psicólogo, enfermera o trabajadora social). Comprende 4 sesiones como mínimo
Visita domiciliaria: Actividad dirigida a los integrantes de la familia del NNA de 0 a 17 años, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y así favorecer la adherencia del tratamiento, dura 90 minutos y se realiza al menos 1 vez en todo el proceso terapéutico.	Visitas domiciliarias: Dirigida a la familia para la mejora de la dinámica familiar y que esta a su vez contribuya con la recuperación del NNA de 0 a 17 años con trastorno mental y/o de la conducta. Comprende 01 visita como mínimo
	Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario: Intervenciones que buscan la integración socio comunitaria en la escuela y comunidad. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 01 coordinación como mínimo.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta de salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
 - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	6	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno no especificados , emocionales y del comportamiento ,que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	R			F989		
	TAL LA										C	C	2. Consultas de salud mental	P	D	R	2		99207
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
 - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
 - En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	6	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno no especificados , emocionales y del comportamiento ,que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	R			F989		
	TAL LA										C	C	2. Intervención individual	P	D	R	2		99207.01
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	6	A	M	P	C			1. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	R			F989
	8765				M	P	a	b			2. Psicoterapia individual	P	D	R	8		90834
					D	F					3.	P	D	R			

Intervención grupal:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	A	M	P	C			1. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	R			F989
	8956				M	P	a	b			2. Intervención grupal	P	D	R	4		99207.02
					D	F					3.	P	D	R			

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	R			F989
	2. Visita domiciliaria										P	D	R	2			C0011
	3.										P	D	R				

Movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	8	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	R			F989
	2. Movilización de redes de apoyo										P	D	R	2			C1043
	3.										P	D	R				

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo, para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados
02 Consulta de salud mental	03 Consulta especializada de salud mental
04 Intervención individual de salud mental:	08 Psicoterapia individual
	04 Intervención grupal
02 Intervención grupal en salud mental	01 Visitas domiciliarias
01 Visita domiciliaria	01 Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario

VI. PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Intervención en crisis	99285.01	Manejo inicial Consulta en emergencia problema de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (Prioridad I)
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación al paciente
Consejería de salud mental	96100.02	Consejería y Orientación psicológica
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Grupo de Ayuda Mutua	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	99207.06	Atención en salud mental a mujeres que son víctimas de violencia por su pareja o expareja (incluye aplicación de la ficha de valoración de riesgos)
Intervención grupal	99207.02	Intervención grupal en salud mental
Taller de actividad física	99402.17	Consejería de actividad física
Taller de relajación	90861	Terapia de relajación

5.1. Tratamiento ambulatorio de personas con depresión

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones ambulatorias que conforman paquetes terapéuticos que se brinda a personas con diagnóstico de depresión, según manual CIE 10 (F31, F32, F33, F34 y F38), en

establecimientos de todos los niveles de atención. Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, asistente social) y orientado a su recuperación. Los paquetes de atención comprenden las siguientes intervenciones las cuales se definen de acuerdo a la necesidad de la persona usuaria:

- **Consulta médica:** Realizada en los establecimientos de salud (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y centros de salud mental comunitaria) por un médico psiquiatra, médico de familia o médico capacitado para elaborar el diagnóstico y establecer el plan de tratamiento. Esta actividad se realiza en 03 a 06 sesiones, con una duración de 30 minutos la primera consulta y las restantes con una duración de 20 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psiquiatra, psicólogo, enfermera, médico de familia, entre otros), que incorpora la perspectiva, necesidades, expectativas y demandas de la persona usuaria. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.
- **Psicoeducación** (formato individual o grupal): Intervención educativo comunicacional, realizada por profesional de la salud (psicología, enfermería, trabajo social) capacitado para el desarrollo de un programa de educación dirigido al fortalecimiento de los recursos y las habilidades propias de la persona para hacerle frente a su enfermedad, responsabilizarse de su tratamiento, adquirir un papel activo y fomentar su autocuidado. Esta actividad se realiza de 04 a 06 sesiones, con una duración de 45 minutos en el formato individual y de 90 minutos en el formato grupal cada una.
- **Intervención individual:** Proceso a través del cual profesional de la salud capacitado brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta actividad se realiza de 04 como mínimo con una duración de 45 minutos.
- **Psicoterapia** (terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal): Estos abordajes terapéuticos incluyen técnicas de intervención de activación conductual, técnicas de afrontamiento, técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva. Esta actividad se realiza por profesionales de la salud con competencia en el desarrollo de esta actividad, en 08 sesiones como mínimo, con una duración de 45 minutos, según el grado de severidad del caso.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Esta actividad se realiza en 06 sesiones grupales, 1 por mes, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Visita domiciliaria:** Se busca asegurar la adherencia al tratamiento, la disminución de las complicaciones a través de la continuidad del cuidado profesional en el hogar, desarrollar la adherencia al tratamiento, y la responsabilidad de la familia en la recuperación de la persona. Se brindan de 01 a 03 visitas, de 90 minutos cada una, dependiendo de la severidad.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	6	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	R			F331		
	TALLA										C	C	2. Consultas médica	P	D	R	1		99215
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	R			F331		
	TALLA										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2	2	99366
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__					
08	67554986	2	Lima	6	A	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente,	P	D	R			F331
	M				F	P	a	TALLA	C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	8		99207.04	
	D				F	a	b	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Intervención Individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	A	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente,	P	D	R		F331
	M				F	P	a	TALLA	C	C	2. Intervención individual	P	D	R	3	99207.01	
	D					b	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	M	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente,	P	D	R			F331		
	TALLA										C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	8		90834
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Grupo de Ayuda Mutua:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PESO	N	M	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	R			F331		
	TALLA										C	C	2. Grupo de Ayuda Mutua	P	D	R	6		C0012
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 3) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	N	1. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	R			F331		
	TALLA										C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	3		C0011
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado, para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
3 Consultas medicas	06 Consulta especializada de salud mental
6 Psicoeducación	04 Psicoeducación
4 Intervención individual	08 Psicoterapia (mínimo)
	06 Grupo de ayuda mutua
	01 Visita domiciliaria

5.2. Tratamiento ambulatorio de personas con conducta suicida

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones ambulatorias, organizados en paquetes según severidad, que se brinda a personas con diagnóstico de conducta suicida, según manual CIE 10 (X60 – X84). Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, asistente social) y orientado a su recuperación. Se brinda en establecimiento de salud del nivel I-2, I-3, I-4 (incluye los Centros de Salud Mental Comunitarios) y los hospitales del nivel II y III

Se proporcionan las siguientes intervenciones:

- **Intervención en crisis:** Esta intervención será brindada por profesional de la salud capacitado, se da en el primer contacto con la persona con conducta suicida, implica la contención emocional, la valoración del riesgo y la derivación según grado de severidad del daño al nivel que corresponda.
- **Consulta médica:** Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra, de familia o médico general capacitado para evaluación, valorar el riesgo en conducta suicida, formular el diagnóstico, establecer el plan de tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 4 a 6 sesiones, con una duración de 30 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación de la persona con diagnóstico de conducta suicida realizada por un equipo interdisciplinario (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico) elaborado de manera integral, que incorpora la identificación de la narrativa de la enfermedad y las necesidades

particulares de la persona. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones para la persona usuaria, su familia y su comunidad. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones. La reunión de evaluación integral (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.

- **Psicoeducación al usuario:** Intervención educativa comunicacional, realizada por profesional de la salud capacitado para el desarrollo de un programa de educación al usuario sobre las causas, síntomas, curso, y las diferentes intervenciones en conducta suicida, así como el fortalecimiento de los recursos y las habilidades propias de la persona para hacerle frente a su condición, responsabilizarse de su tratamiento, adquirir un papel activo y fomentar su autocuidado. Esta actividad se realiza de 4 a 8 sesiones grupales, con una duración de 45 minutos cada una.
- **Consejería de salud mental:** Proceso a través del cual el psicólogo brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta actividad se realiza en 6 a 8 sesiones grupales, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Psicoterapia:** Esta actividad se realiza en 10 a 12 sesiones individuales o grupales, con una duración de 45 minutos cada una en formato individual y 90 minutos en formato grupal.
- **Terapia familiar:** actividad se realiza en 6 a 8 sesiones, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Esta Actividad se realiza en 10 sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una.
- **Visita domiciliaria:** Se busca asegurar la adherencia al tratamiento y del cuidado profesional en el hogar además de la colaboración de la familia en la recuperación de la persona. Esta Actividad se realiza en 10 visitas con una duración de 45 minutos cada una.

b. Registro de acciones desarrolladas

Intervención crisis:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención en crisis (99285.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT									
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º										
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	M	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	R			X601									
	TALLA																	C	C	2. Intervención en crisis	P	D	R			99285.01

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPO METRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1 º	2 º	3 º		
HISTORIA CLINICA				10	12													
GESTANTE/PUERPERA				ETNIA	CENTRO POBLADO													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
08	67554986	2	Lima	28	A	M	P	C	PESO	N	N	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	R			X601
	M				F	P	a	b	TALLA	C	C	2. Consultas médica	P	D	R	3		99215
	D							Hb	R	R	3.	P	D	R				

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
											P	D	R	1º	2º	3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____											
08	73276304	2	Lima	10	M	P C	PES O	N	N	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	R				X601						
	8956										M	P a b	TALLA	C	C	2. Reunión de equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	1	1		99366
																	D	F	Hb	R	R	3.	P

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 8) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
											P	D	R	1º	2º	3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____											
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	R				X601						
	8765										M	P a b	TALLA	C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	8			99207.04
																	D	F	Hb	R	R	3.	P

Consejería de salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consejería y orientación psicológica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 8) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	R			X601
	2. Consejería y orientación psicológica										P	D	R	6			96100.02
	3.										P	D	R				

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	R			X601
	2. Psicoterapia individual										P	D	R	12			90834
	3.										P	D	R				

Terapia familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia familiar según corresponda (96100.01 y 90847)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	M	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	R				X601
	2. Psicoterapia familiar									P	D	R	6			96100.01	
	3.									P	D	R					

Grupo de Ayuda Mutua:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	M	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	R				X601
	2. Grupo de Ayuda Mutua									P	D	R	10			C0012	
	3.									P	D	R					

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 º	2 º	3 º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	2	A	M	P	PESO	N	N	1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	R			X601
	8			M	C	TALLA	C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	8		C0011		
				D	a	Hb	R	R	3.	P	D	R					

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado para cada caso. Para ello el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
02 Consultas medicas	03 Consulta especializada de salud mental
04 Psicoeducación	06 Psicoeducación
06 consejerías de salud mental	10 Psicoterapia individual
02 Visitas domiciliarias	06 Terapia familiar
	10 Grupo de ayuda mutua
	06 Visitas domiciliarias

5.3. Tratamiento ambulatorio de personas con ansiedad

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones ambulatorias que se brinda a personas con diagnóstico de ansiedad, según CIE 10 (F40 – F48). Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, trabajadora social) y orientado a su recuperación definida de acuerdo al grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento y etapa del curso de vida. Se brinda en establecimiento de salud desde el nivel I-2. Se proporcionan las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, manejo farmacológico o la referencia del caso. Comprende al menos 4 sesiones, con una duración de 45 min la primera consulta y de 30 minutos las siguientes.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación de la persona con diagnóstico de ansiedad realizada por profesionales de la salud de manera integral (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico). Concluye con la elaboración del plan individualizado de intervenciones a realizar con el usuario, su familia y su

comunidad. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.

- **Psicoterapia:** Esta se llevará a cabo por profesionales capacitados. Se aplicada en 12 sesiones (6 meses) como media, puede ser de manera individual o en grupo. La sesión en formato individual tendrá una duración de 45 minutos y en formato grupal 90 Minutos.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Se realiza en 10 sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una.
- **Talleres de activación física:** basados en las técnicas de estiramientos, relajación y técnicas de respiración. Se brindarán al menos 12 sesiones (1 por semana) de 45 minutos, en forma reglada y deben ser dirigidos por profesionales de la salud capacitados.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	C	1.Fobias sociales	P	D	R			F401		
	TALLA										C	C	2. Consultas médica	P	D	R	1		99215
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1 e		2 e	3 e
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	N	1. Fobias sociales	P	D	R			F401		
	TALL A										C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	4		99207.04
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1 e		2 e	3 e
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PES O	N	N	1. Fobias sociales	P	D	R			F401		
	TALL A										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2	2	99366
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual (90834, 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 20)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ A	P	C	PES O	N	☒ N	1. Fobias sociales	P	D	☒ R			F401
	☒ M				TALL A			C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	☒ R	12		90834	
	☒ F				Hb			R	R	3.	P	D	R				

Grupo de Ayuda Mutua:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 12) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	28	☒ A	P	C	PES O	N	☒ N	1. Fobias sociales	P	D	☒ R			F401
	☒ M				TALL A			C	C	2. Grupo de Ayuda Mutua	P	D	☒ R	12		C0012	
	☒ F				Hb			R	R	3.	P	D	R				

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria (C0011)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 4) según corresponda

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINA NC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	P	N	N	1.Fobias sociales	P	D	R			F401		
	TALLA										C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	4		C0011
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Taller de Activación Física:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Activación física (99402.17)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINA NC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O CTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	P	N	N	1.Fobias sociales	P	D	R			F401		
	TALLA										C	C	2. Actividad física	P	D	R	3		99402.17
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

Paquete en EESS no sexualizados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
03 Consultas medicas	04 Consulta especializada de salud mental
04 Psicoeducación	02 Psicoeducación
06 Grupos de ayuda mutua	12 Psicoterapia individual (mínimo)
08 Taller de actividad física	08 Grupo de ayuda mutua (mínimo)
	12 Sesiones de activación física
	06 Visitas domiciliarias (mínimo)

5.4. Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos, ansiedad y de conducta suicida

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que concierne al tratamiento integral con internamiento y hospitalización brindado a personas con depresión, ansiedad y conducta suicida, con la finalidad de la estabilización clínica, por encontrarse en situación de emergencia psiquiátrica en condición de agudización o re agudización de sus síntomas. Incluye las siguientes intervenciones:

- **Evaluación y diagnóstico integral de ingreso.** Procedimiento inicial que permite evaluar a la persona usuaria de forma integral con el objetivo de determinar las condiciones en las que se encuentra al momento de ingresar. Incluye la identificación de necesidades, la valoración clínica psicopatológica, físico, psicosocial (familia y otras redes de apoyo) y del funcionamiento. Es realizada por el equipo interdisciplinario en acción conjunta.
- **Diseño e implementación del Plan de Cuidados personalizado.** En base a los problemas y necesidades identificadas durante el proceso de evaluación, el equipo interdisciplinario responsable determina los objetivos terapéuticos, las intervenciones y el tiempo requerido para que la persona reciba cuidados integrales y de calidad. Las intervenciones incluyen:
 - **Cuidado integral de enfermería.** Desarrollo de acciones diligentes de ayuda y apoyo que se realizan para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para la vida, la recuperación y el desarrollo de habilidades que le permitan enfrentar su situación.
 - **Intervención en Crisis:** La intervención en crisis es un método de ayuda inmediata, de corto plazo destinada a auxiliar a las personas en una situación crítica a fin de restablecer el equilibrio, reducir la mortalidad y discapacidad y facilitar el adecuado enfrentamiento del paciente, familiares y/o testigos. Será brindada por profesional de la salud capacitado, durante el primer contacto con la persona. Implica la valoración del riesgo, la contención emocional al usuario y su familia, derivación y enlace con otros servicios y redes de apoyo según grado de severidad.
 - **Tratamiento farmacológico:** Es la prescripción, administración, control y supervisión del tratamiento con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos según corresponda, según necesidad del usuario.
 - **Psicoeducación:** Intervención educativo comunicacional dirigida a la persona usuaria, su familia o cuidadores; realizada por psiquiatra, enfermera, o psicóloga que propicia el intercambio, la expresión de sentimientos y la reflexión sobre las causas, síntomas, curso y las diferentes intervenciones disponibles, así como, el fortalecimiento de sus recursos y habilidades para hacerle frente a su condición, responsabilizarse, adquirir un papel activo en su recuperación. Esta actividad se realiza en 4 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una.
 - **Visita médica** al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.
 - **Consejería de salud mental:** Proceso a través del cual el psicólogo o profesional de la salud capacitado, brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta intervención se realiza en 2 sesiones, con una duración de 30 minutos cada una.

- **Intervención Familiar:** Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Gestión de la continuidad de sus cuidados.** Consiste en la vinculación o gestión realizada por profesional de enfermería, trabajo social u otro según corresponda, con el establecimiento de origen de la referencia o al que se hará la contrarreferencia, para tomar acciones que aseguren la continuidad de cuidados de la persona usuaria, después de su alta.
- **Alta.** Alcanzada la estabilización clínica, de la persona usuaria el psiquiatra procederá con el alta, mediante la elaboración de epicrisis, la evaluación de la derivación a la Unidad de Hospitalización de Día o la referencia al centro de salud mental comunitario u otra institución de servicio ambulatorio cercana más cercano a su domicilio.

b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
 - Evaluación y diagnóstico integral de ingreso,
 - Diseño e implementación del Plan de Cuidados personalizado que incluya las siguientes intervenciones: Cuidado integral de enfermería, Intervención en Crisis, Tratamiento farmacológico, Psicoeducación, Visita médica, Consejería de salud mental, Intervención Familiar
 - Gestión de la continuidad de sus cuidados
 - Alta

VII. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADAS OPORTUNAMENTE

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
Consejería	99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Grupo de Ayuda Mutua	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua

Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Intervención grupal	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
Psicoterapia grupal	90857	Psicoterapia interactiva de grupo
Intervención breve	99207.01	Intervención individual en salud mental
Entrevista motivacional	96150	Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial

6.1. Intervenciones breves motivacionales para personas con consumo perjudicial del alcohol y tabaco

a. Definición operacional

Es la atención que se brinda a personas con consumo problemático de alcohol (F10.1), uso de tabaco (F17.1) o relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos orientadas a su recuperación (F13.1). Estas intervenciones están orientadas a ayudar a reducir o detener el consumo de drogas. Se desarrollan las siguientes intervenciones:

- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Consejería:** Es una consulta educativa que se ofrece en un ambiente de confianza, permitiendo que el consultante tome sus propias decisiones de manera reflexionada respecto a los estilos de vida sobre el consumo de alcohol y/o tabaco, consta de 01 sesión de 30 minutos, brindada por un profesional de la salud capacitado, se realiza en puestos, centros de salud y hospitales generales.
- **Intervención breve,** Consta de 04 sesiones de 30 minutos cada una en 04 semanas consecutivas, brindada por un profesional de la salud capacitado, con entrenamiento de 16 horas de capacitación, se realiza en puestos y centros de salud.

b. Registro de acciones desarrolladas

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Consumo problemático de alcohol
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADOC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	☒ A	☒ M	☒ P	PESO	☒ N	☒ M	1. Consumo problemático de alcohol	☒ P	☒ D	☒ R			F101
	☒ M				☒ P	TALLA	☒ C	☒ C	2. Reunión con equipo interdisciplinario	☒ P	☒ D	☒ R	2		99366		
	☒ F				☒ P	Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R					

Consejería:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Consumo problemático de alcohol
- En el 2º casillero la intervención realizada con el usuario: Consejería en Estilos de Vida saludable

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADOC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ A	☒ M	☒ P	PESO	☒ N	☒ M	1. Consumo problemático de alcohol	☒ P	☒ D	☒ R			F101
	☒ M				☒ P	TALLA	☒ C	☒ C	2. Consejería en Estilos de Vida saludable	☒ P	☒ D	☒ R			99401.13		
	☒ F				☒ P	Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R					

Intervención breve:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Consumo problemático de alcohol
- En el 2º casillero la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad, se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADOC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ A	☒ M	☒ P	PESO	☒ N	☒ M	1. Consumo problemático de alcohol	☒ P	☒ D	☒ R			F101
	☒ M				☒ P	TALLA	☒ C	☒ C	2. Intervenciones breves	☒ P	☒ D	☒ R	4	T	A	99207.01	
	☒ F				☒ P	Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R					

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 01 evaluación integral, 01 consejería y 04 intervenciones breves. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

6.2. Intervención para personas con dependencia del alcohol y tabaco

a. Definición operacional

Es un conjunto de acciones orientadas a brindar tratamiento y actividades recuperativas a las personas con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10.2), al uso de tabaco (F17.2) o Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos orientadas a su recuperación (F13.2). Se realizan en los establecimientos de salud I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E. Incluye a los centros de salud mental comunitarios.

- **Consulta médica.** Se realizará en 04 sesiones con una duración de 30 minutos cada una, con una frecuencia de una vez al mes.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Entrevista motivacional:** Consta de 02 sesiones con una duración de 30 minutos cada una, con una frecuencia de una vez al mes.
- **Psicoterapia individual:** Se realizará en 04 sesiones cada una con una frecuencia de 02 semanas cada una.
- **Visita domiciliaria:** Consta de 02 visitas de 90 minutos cada una (considera 45 minutos de intervención) con una frecuencia de 02 meses.
- **Intervención Familiar:** Se realizan 02 sesiones como mínimo de 45 minutos cada una con una frecuencia de 02 meses.
- **Trabajo Grupal:** Esta actividad consta de 02 sesiones de 75 minutos cada una con una frecuencia de 02 meses

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R			F102		
	TALLA										C	C	2. Consultas médica	P	D	R	4		99215
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de plan individualizado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R			F102		
	TALLA										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario	P	D	R	1	1	99366
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Entrevista motivacional:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Entrevista motivacional (96150)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
											P	D	R	1º	2º	3º												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																
08	67554986	2	Lima	28	☒ A	M	P	C	PES O	N	M	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R		F102											
	☒ M				P													a	b	TAL LA	C	C	2. Entrevista motivacional	P	D	R	2	96150
	☒ F																											

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual (90834, 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1,2, 3 ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
											P	D	R	1º	2º	3º												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																
08	67554986	2	Lima	28	☒ A	M	P	C	PES O	N	M	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R		F102											
	☒ M				P													a	b	TAL LA	C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	4	90806
	☒ F																											

Visitas familiares integrales:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visitas familiares integrales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R			F102		
	TAL LA										C	C	2. Visitas familiares integrales	P	D	R	2		C0011
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención Familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención Familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R			F102		
	TAL LA										C	C	2. Intervención Familiar	P	D	R	2		C2111.01
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Sesiones de trabajo grupal:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R			F102		
	TALLA										C	C	2. Intervención grupal	P	D	R	2		99207.02
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 04 consultas médicas, 01 evaluación integral interdisciplinaria, 02 entrevistas motivacionales, 04 psicoterapias individuales, 02 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 02 sesiones de trabajo grupal. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

6.3. Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol

a. Definición operacional

Es un conjunto de acciones orientadas a estabilizar a los usuarios en condición clínica aguda, de abstinencia relacionada con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol (se considera la clasificación del CIE10 del F10, que requieren de internamiento en un establecimiento de salud a partir del nivel II de atención y/o a las personas que ingresan al servicio de emergencia por intoxicación alcohólica. Se brinda en los Hospitales generales y especializados. Incluye el desarrollo de las siguientes actividades según el caso:

- **Cuidado integral de enfermería.** Desarrollo de acciones diligentes de ayuda y apoyo que se realizan para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para la vida, la recuperación y el desarrollo de habilidades que le permitan enfrentar su situación.
- **Visita médica** al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.
- **Entrevista motivacional:** Se realizarán en sesiones diarias, con una duración de 30 minutos cada una.
- **Intervenciones breves:** Consta de 04 sesiones de 30 minutos cada una en 04 semanas consecutivas, brindada por un profesional de la salud, con entrenamiento de 16 horas de capacitación, se realiza en puestos y centros de salud.
- **Psicoterapia Individual:** Se realizan en sesiones de 45 minutos cada una con una frecuencia interdiaria.
- **Tratamiento farmacológico:** Es la prescripción, administración, control y supervisión del tratamiento con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos según corresponda, según necesidad del usuario.
- **Gestión de la continuidad de sus cuidados.** Consiste en la vinculación o gestión realizada por profesional de enfermería, trabajo social u otro según corresponda, con el establecimiento de origen de la referencia o al que se hará la contrarreferencia, para tomar acciones que aseguren la continuidad de cuidados de la persona usuaria, después de su alta.

- **Alta.** Alcanzada la estabilización clínica de la persona usuaria, el psiquiatra procederá con el alta, mediante la elaboración de epicrisis, la evaluación de la derivación a la Unidad de Hospitalización de Día o la referencia al centro de salud mental comunitario u otra institución de servicio ambulatorio cercana más cercano a su domicilio.

b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
 - Cuidado integral de enfermería
 - Visita médica.
 - Entrevista motivacional
 - Intervenciones breves
 - Psicoterapia individual
 - Tratamiento farmacológico
 - Gestión de la continuidad de sus cuidados
 - Alta

6.4. Atención de personas con intoxicación alcohólica grave

a. Definición operacional

Es un conjunto de acciones orientadas a estabilizar a los usuarios agudos con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol (se considera la clasificación del CIE10 del F10, que requieren de internamiento en un establecimiento de salud a partir del nivel II de atención (incluyen los centros de salud mental comunitario) y/o a las personas que ingresan al servicio de emergencia por intoxicación alcohólica.

- **Consulta médica:** realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico cirujano con 10 horas de capacitación, comprende la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios que presentan un trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol. Se realizará las veces que sean necesarias.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación comprehensiva de la persona con intoxicación alcohólica grave realizada por profesionales de la salud de manera integral (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico). Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Intervenciones breves:** Es una estrategia terapéutica que considera la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de sustancias que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su conducta de consumo puede causarles problemas

b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
 - Consulta médica
 - Evaluación integral interdisciplinaria
 - Intervenciones breves
 - Alta

6.5. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol**a. Definición operacional**

Actividad desarrollada por personal de salud capacitado (psicólogo(a), médico(a), enfermero(a) y trabajador(a) social) de los Centros de salud mental comunitaria y está dirigida a los usuarios que tienen diagnóstico positivo de dependencia al alcohol como parte de su proceso de recuperación. Esta actividad consiste en:

- **Psicoterapia Grupal:** Actividad grupal (máx. 20 personas) dirigida a los usuarios con diagnóstico positivo de dependencia al alcohol. Tiene por objetivo fortalecer y propiciar la adherencia en el tratamiento a través de actividades entre pares. El personal de salud será facilitador de estos procesos incentivando la participación activa de los participantes. Esta intervención es desarrollada por el personal de salud de los Centros de salud mental comunitaria y se realiza en 10 sesiones de 45 – 60 minutos cada una.
- **Intervención Familiar:** Actividad grupal (máx. 20 personas) dirigida los familiares de los usuarios que tienen diagnóstico positivo de dependencia al alcohol. Tiene por objetivo ayudar en la adherencia al tratamiento de los usuarios involucrando a los miembros de la familia y/o cuidadores, así como brindarle soporte emocional frente al problema a través de la interacción del grupo con cada uno sus integrantes. Esta actividad consta de 02 sesiones como mínimo, con una duración de 45 minutos cada una

b. Registro de acciones desarrolladas**Sesiones de Psicoterapia grupal:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia interactiva de grupo
- En el 3º casillero anote Rehabilitación del Alcohólico (Z502)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1	2	3	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ M	☒ P	☒ PESO	☒ N	☒ N	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	☒ P	☒ D	☒ R				F102
	☒ M				☒ P	☒ TAL LA	☒ C	☒ C	2. Psicoterapia interactiva de grupo	☒ P	☒ D	☒ R	10			90857	
	☒ F				☒ P	☒ Hb	☒ R	☒ R	3.Rehabilitación del Alcohólico	☒ P	☒ D	☒ R				Z502	

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: intervención familiar
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1	2	3	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ M	☒ P	☒ PESO	☒ N	☒ N	1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	☒ P	☒ D	☒ R				F102
	☒ M				☒ P	☒ TAL LA	☒ C	☒ C	2. Intervención familiar	☒ P	☒ D	☒ R	2			C2111.01	
	☒ F				☒ P	☒ Hb	☒ R	☒ R	3.Rehabilitación del Alcohólico	☒ P	☒ D	☒ R				Z502	

Se considera **actividad cumplida** cuando se realizaron como mínimo las 10 sesiones grupales y 02 intervenciones familiares

VIII. PERSONAS CON TRASTORNOS Y SÍNDROMES PSICÓTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan Individualizado formulado)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación a paciente
Intervención individual	99207.01	Intervención individual en salud mental
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia

	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Intervención Social	99210	Atención de servicio social
	99210.01	Evaluación socioeconómica
	99210.02	Evaluación sociofamiliar
	99210.03	Valoración social
	99210.04	Seguimiento social
	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Intervenciones de integración socio comunitaria	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua
	99401.21	Consejería en fomento de la integración social
	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
	C3121	Sesiones educativas en derechos de las personas con discapacidad en adaptaciones arquitectónicas y otros
	C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la población
	C3031	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social
	96100.05	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo
	97535.01	Terapia ocupacional grupal
	99374	Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa
	Z736	Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad
	C7002	Supervisión
	97009	Terapia de lenguaje
	99207	Atención en salud mental

7.1. Tratamiento ambulatorio a personas con síndrome psicótico o trastorno del espectro de la esquizofrenia

a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias dirigido a personas con diagnóstico de síndrome psicótico o del espectro de la esquizofrenia (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3, F06.2, F10.5, F11.5, F12.5, F13.5, F14.5, F15.5, F16.5, F17.5, F18.5 y/o F19.5) brindado por personal de salud capacitado (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, personal técnico en establecimientos de salud I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E y Centros de salud mental comunitaria). Comprende los siguientes paquetes terapéuticos:

Paquete terapéutico estándar en el nivel I-3 y I-4 no especializado	Paquete terapéutico estándar en los centros de salud mental comunitaria y hospitales
Consulta médica ambulatoria de Salud Mental: Esta actividad se realiza en 06 sesiones como mínimo con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una	Consulta médica ambulatoria de Salud Mental: Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
	Evaluación Integral interdisciplinaria: Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia por un equipo interdisciplinario (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico),
Intervención individual: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.	Intervención individual: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
Intervención familiar: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.	Intervención familiar: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
Psicoeducación: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 02 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario	Psicoeducación: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.
	Psicoterapia individual: Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.
Visita domiciliaria: Esta actividad es realizada dos (02) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.	Visita domiciliaria: Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
	Intervención social: Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
	Intervenciones de integración socio comunitaria: Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte y Clubes sociales.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	PESO	N	M	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R				F232		
	TALLA						C				C	2. Consultas médica	P	D	R	6			99215
	Hb						R				R	3.	P	D	R				

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario(a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	PESO	N	M	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R				F232		
	TALLA						C				C	2. Reunión con equipo interdisciplinario	P	D	R	2			99366
	Hb						R				R	3.	P	D	R				

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	N	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R			F232		
	TALLA										C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	4		99207.04
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	N	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R			F232		
	TALLA										C	C	2. Intervención individual	P	D	R	8		99207,01
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R			F232		
	TALLA										C	C	2. Intervención familiar	P	D	R	3		C2111.01
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1,2, ... ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	N	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R			F232		
	TALLA										C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	9		90806
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	N	M	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R				F232			
	TALLA										C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	3			C0011
														Hb	R	R	3.	P	D	R

Intervención social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Atención de servicio social
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Valoración social según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	N	M	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R				F232			
	TALLA										C	C	2. Atención de servicio social	P	D	R	3			99210
														Hb	R	R	3. Valoración social	P	D	R

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2ª actividad Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3ª actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 3ª sesión (Atención de servicio social)

Intervenciones de integración socio comunitaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Sesión de Grupo de ayuda mutua según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R			F232		
	TALLA										C	C	2. Intervención en grupo de salud mental	P	D	R	6		99207.02
	Hb										R	R	3. Sesión de Grupo de ayuda mutua	P	D	R	3		C0012

En el registro de la Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 2º actividad Intervención en grupo de salud mental, debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3º actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 10 sesion (Intervención en grupo de salud mental)

Paquete terapéutico estándar en el nivel I-3 y I-4 no especializado	Paquete terapéutico estándar en los centros de salud mental comunitaria y hospitales
06 Consulta médica ambulatoria de Salud Mental	06 Consulta médica ambulatoria de Salud Mental
	01 Evaluación Integral interdisciplinaria:
06 Intervención individual	06 Intervención individual
03 Intervención familiar	03 Intervención familiar:
02 Psicoeducación	04 Psicoeducación
	10 Psicoterapia individual
02 Visita domiciliaria	03 Visita domiciliaria
	03 Intervención social
	10 Intervenciones de integración socio comunitaria

7.2. Tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio psicótico

a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias brindadas por el equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicóloga(a), enfermera(o), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, personal técnico) en los centros de salud mental comunitaria, con participación de personas con primer episodio psicótico (episodio de psicosis que ocurre por primera vez en la vida de la persona y presenta sintomatología de una duración menor a dos años al momento de la primera consulta médica). Los códigos CIE 10 a considerar son síndrome o trastorno psicótico de “primer episodio psicótico” (F23.8). Incluye las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:** Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia.
- **Intervención individual:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
- **Intervención familiar:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Psicoeducación:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.
- **Psicoterapia individual:** Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.
- **Visita domiciliaria:** Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
- **Intervención social:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Intervenciones de integración socio comunitaria:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte y Clubes sociales.

Para el identificación de una persona con primer episodio psicótico, en el registro se colocará **“siempre”** el valor numérico **“1”** en el 1° lab del diagnóstico y debe registrarse así durante todo el tratamiento.

En definición de diagnóstico:

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1	2	3	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGIA: __/__/__					
08	67554986	2	Lima	28	☒	M	P	C	PESO	N	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	☒	R	1		F238
	8765				☒	M	P	C	TALLA	C	2. Consultas médica	P	☒	R	1		99215
					☒	F	P	a b	Hb	R	3.	P	☒	R			

En tratamiento:

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	D	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238
	8765										2. Psicoterapia individual	P	D	R	9		90806
											3.	P	D	R			

b. Registro de acciones desarrolladas
Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote **siempre "1"**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	D	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238
	8765										2. Consultas médica	P	D	R	6		99215
											3.	P	D	R			

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad se colocará **siempre "1"**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	10	☒ M	☒ P	PESO	☒ N	☒ R	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	☒ P	☒ D	☒ R	1			F238
	☒ M				☒ P	TALLA	☒ C	☒ C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	☒ P	☒ D	☒ R	2	3		99366	
	☒ D				☒ P	Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R					

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	☒ M	☒ P	PESO	☒ N	☒ R	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	☒ P	☒ D	☒ R	1			F238
	☒ M				☒ P	TALLA	☒ C	☒ C	2. Psicoeducación	☒ P	☒ D	☒ R	4			99207.04	
	☒ D				☒ P	Hb	☒ R	☒ R	3.	☒ P	☒ D	☒ R					

Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
											P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1			F238					
	8765									2. Intervención individual de salud mental	P	D	R	4			99207.01					
										3.	P	D	R									

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ó 3) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
											P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1			F238				
	8765									2. Intervención familiar	P	D	R	3			C2111.01				
										3.	P	D	R								

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	N	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238		
	TALL A										C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	9		90806
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	N	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238		
	TALL A										C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	3		C0011
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Intervención social:

En el ítem: Ficha /Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote Atención de servicio social
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Valoración social según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	M	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238
	2. Atención de servicio social										P	D	R	3		99210	
	3. Valoración social										P	D	R			99210.03	

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2ª actividad Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3ª actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 3ª sesion (Atención de servicio social)

Intervenciones de integración socio comunitaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Sesión de Grupo de ayuda mutua según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3da actividad se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	M	1. Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	R	1		F238
	2 Intervención en grupo de salud mental										P	D	R	3		99207.02	
	3. Sesión de Grupo de ayuda mutua										P	D	R	3		C0012	

En el registro de la Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 2ª actividad Intervención en grupo de salud mental, debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3ª actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 10 sesion (Intervención en grupo de salud mental)

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 06 consultas médicas, 01 evaluación integral interdisciplinaria, 06 intervenciones individuales, 03 intervenciones familiares, 04 Psicoeducativas, 10 Psicoterapia individual, 03 visita domiciliaria 03 intervenciones sociales y 10 Intervenciones de integración socio comunitaria. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

7.3. Tratamiento ambulatorio para las personas con deterioro cognitivo

a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones destinadas a la mejora de los síntomas de deterioro cognitivo, así como, a la posible prevención o retraso en la aparición del síndrome de demencia, mediante la estimulación cognitiva, de ejercicio físico, recomendaciones dietéticas y en el estilo de vida y el control de los factores de riesgo vascular asociadas. Eventualmente manejo farmacológico.

Esta intervención incluye:

- **Consulta médica**, como mínimo deben realizarse 04 sesiones durante la cual el psiquiatra determinará la pertinencia del uso de medicamentos y el seguimiento correspondiente al paciente.
- **Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo** es desarrollada por un profesional en psicología a partir la evaluación del nivel de funcionamiento cognitivo y emocional, de la persona usuaria mediante su inclusión en talleres que fortalezcan estas funciones y la identificación de signos de avance del deterioro para su derivación. Por lo menos 6 sesiones.
- **Terapia ocupacional** realizada por el terapeuta ocupacional de salud capacitado en la cual desarrollarán estrategias tanto individuales o colectivas para el mantenimiento de sus funciones físicas y cognitivas. Por lo menos debe participar en 6 sesiones de trabajo.
- **Orientación y apoyo a familiares** desarrollada por un profesional en psicología a partir de la evaluación del nivel de funcionamiento cognitivo y emocional, brindando información sobre manifestaciones y curso de la enfermedad.

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, 3 ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Demencia	P	D	R			F000		
	TAL LA										C	C	2. Consultas médica	P	D	R	4		99215
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	M	1. Demencia	P	D	R			F000		
	TAL LA										C	C	2. Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo	P	D	R	6		96100.05
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Terapia ocupacional:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Terapia ocupacional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10 ETNIA	12 CENTRO POBLADO								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	N	C	1. Demencia	P	D	R				F000		
	TALLA									C	C	2. Terapia ocupacional	P	D	R	6			97535.01
	Hb									R	R	3.	P	D	R				

Orientación y apoyo a familiares:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación a la familia

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10 ETNIA	12 CENTRO POBLADO								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	N	C	1. Demencia	P	D	R				F000		
	TALLA									C	C	2. Psicoeducación a la familia	P	D	R	6			C2111.01
	Hb									---	R	3.	P	D	R				

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 04 consultas médicas, 06 terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo y 06 terapia ocupacional. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

7.4. Cuidados de salud domiciliarios a personas con demencia severa y en precarias condiciones económicas

a. Definición operacional

Es el cuidado integral de salud para personas diagnosticadas con demencia severa (F00 al F09 o F01 al F01.9 o F02 al F02.8) y en precaria condición económica familiar. Esta atención es brindada por un personal de salud (técnico de enfermería, de manera exclusiva, enfermera y médico) del centro de salud mental comunitaria.

Este personal realizará acciones de cuidado directo con la persona que padece la enfermedad (cuidados de higiene y aseo, ejercicios físicos y mentales en casa, actividades de ocio, etc.) y

acciones indirectas relacionadas al bienestar del familiar (acompañamiento emocional y coordinación de la continuidad de cuidados, etc.)

Estos cuidados son fundamentales para prevenir el deterioro progresivo propio de estas enfermedades, y sobre todo en las etapas más severas, permitiendo la reducción de costos afines, como tratamientos ambulatorios y hospitalarios, los cuales aumentan con la severidad del cuadro. El subproducto comprende:

- Cuidado diario por técnica de enfermería
- Supervisión de enfermera con intervalo máximo interdiario.
- Evaluación médica semanal.

b. Registro de acciones desarrolladas

Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
											P	D	R	1º	2º	3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	N	1. Demencia	P	D	R			F000								
	TALLA																								
	Hb																								
	8765										2. Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa	P	D	R	6		99374								
											3.	P	D	R											

Supervisión de enfermera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PESO	N	M	1. Demencia	P	D	R			F000		
	TALLA										C	C	2. Supervisión	P	D	R	6		C7002
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla las 10 supervisiones médicas del cuidado de un paciente en casa. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO**.

7.5. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias brindado por equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, personas técnico) en los centros de salud mental comunitaria, para personas con trastorno mental grave.

Un trastorno mental grave es cualquier trastorno mental caracterizado por su evolución prolongada cuya gravedad repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento y tiene un tiempo de duración superior a dos años o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada), está asociado a discapacidad y dependencia psicosocial que altera su relación familiar, laboral y social, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada.

Este subproducto incluye las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:** Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia por un equipo interdisciplinario (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico).
- **Intervención individual:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
- **Intervención familiar:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Psicoeducación:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.

- **Psicoterapia individual:** Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.
- **Visita domiciliaria:** Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
- **Intervención social:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Intervenciones de integración socio comunitaria:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte, Clubes psicosociales.
- **Intervenciones del gestor de caso:** Esta actividad es desarrollada por el profesional designado como gestor de caso en el marco de la continuidad de cuidados y es realizada en 10 sesiones como mínimo.
- **Movilización de redes de soporte comunitario** Intervenciones que buscan canalizar el apoyo de las diferentes instituciones u organizaciones de la comunidad para su protección y para favorecer su desarrollo e integración sociocomunitaria de la persona afectada por un trastorno mental grave. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 02 coordinaciones como mínimo.

Para el identificación de una persona con Trastorno Mental Grave, en el registro se colocara **"siempre"** el valor numérico **"2"** en el 1° lab del diagnóstico y debe registrarse así durante todo el tratamiento.

En definición de diagnóstico:

DIA	D.N.I.	FINA N.C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	2			F201		
	2. Consultas médica									P	D	R	1			99214.06			
	3.									P	D	R							

En tratamiento:

DIA	D.N.I.	FINA N.C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	2			F201		
	2. Visita domiciliaria									P	D	R	3			C0011			
	3.									P	D	R							

b. Registro de acciones desarrolladas

Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab del diagnóstico se colocará el **número 2 "siempre"**.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PESO	N	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALLA						C	C	2. Consulta médica	P	D	R	2	-	-	99215			
	Hb						R	R	3.	P	D	R							

Quando el usuario(a) ingresa al programa de continuidad de cuidados, el coordinador del programa registrará **"Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave"** con el código 99207.09 y en el 1er casillero lab registrará **"IA"**.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PESO	N	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALLA						C	C	2. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R	IA	-	-	99207.09			
	Hb						R	R	3.	P	D	R							

Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Reunión con equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado

- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 1era actividad se registrará el número "2" siempre.
 - En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
 - En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	10	M	P	C	P	N	D	1. Dependencia de alcohol	P	D	R	2		F102		
	TALLA										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplina	P	D	R	1	1	99366
	Hb										R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R			99207.09

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	R	2			F102			
	8765										M	P	C	P	D	R	6			99207.01

Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	R	2			F102			
	8765										M	P	C	P	D	R	2			C2111.01

Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2,...ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. 10 ETNI A	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALL A									C	C	2. Psicoeducación	P	D	R	3			99207.04
	Hb									R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R				99207.09

Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. 10 ETNI A	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALL A									C	C	2. Psicoterapia individual	P	D	R	8			90806
	Hb									R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R				99207.09

Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. 10 ETNI A	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	N	C	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALLA									C	C	2. Visita domiciliaria	P	D	R	3			C0011
	Hb									R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R				99207.09

Intervención social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Atención de servicio social
- En el 3º casillero anote la actividad que se desarrolla según corresponda (99210.01, 99210.02, 99210.03 ó 99210.04)
- En el 4º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINA NC. 10 ETNI A	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	N	C	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102		
	TALLA									C	C	2 Atención de servicio social	P	D	R	3			99210
	Hb									R	R	3. Valoración social	P	D	R	2			99210.03
										1. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R				99207.09		

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2da actividad la Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde independientemente de la 3era actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la **3º sesion de la Atención de servicio social.**

Intervenciones de integración socio comunitaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la actividad que se desarrolla según corresponda (C0012, 99401.21, 99207.02, C3121, C3131 ó C3031)
- En el 4º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	P	N	D	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
	TALLA										C	C	2. Intervención en grupo de salud mental	P	D	R	6		99207.02
	Hb										R	R	3. Sesión de Grupo de ayuda mutua	P	D	R	4		C0012
											1. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave		D				99207.09		
											2.								
											3.								

En el registro de las Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 3º actividad Intervención en grupo de salud mental debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde independientemente de la 4º actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la **10ma sesion de Intervención en grupo de salud mental**

Intervenciones del gestor de caso:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre.**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	M	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
	TALLA										C	C	2. Supervisión	P	D	R	1		C7002
	Hb										R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R			99207.09

Quando el usuario(a) termina el programa de continuidad de cuidados, el coordinador del programa registrará **“Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave”** con el código 99207.09 y en el 1er casillero lab registrará **“TA”**.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	67554986	2	Lima	28	M	P	C	PES O	N	M	1. Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102			
	TALLA										C	C	2. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R	TA	-	-	99207.09
	Hb										R	R	3.	P	D	R				

7.6. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hospitales

a. Definición operacional

Corresponde al tratamiento integral con internamiento y hospitalización, brindado a personas con síndrome o trastorno psicótico con la finalidad de la estabilización clínica por encontrarse en situación de emergencia psiquiátrica, o por encontrarse en condición de agudización o re agudización de sus síntomas. Se realiza en apoyo a los servicios de salud mental comunitaria y se realiza excepcionalmente cuando los recursos de la intervención comunitaria se han agotado. Esta actividad es desarrollada por equipo de profesionales y técnicos con competencias.

El tratamiento con internamiento a personas en situación de emergencia psiquiátrica comprende su admisión en un establecimiento de salud para recibir atención inmediata, específica y constante que por un periodo no mayor de doce (12) horas, por presentar una condición repentina e inesperada, asociada a trastornos psicóticos, que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el usuario.

El tratamiento con internamiento a personas en condición de agudización o re agudización corresponde a su hospitalización en establecimientos de salud con camas de hospitalización.

Las intervenciones que incluye el internamiento y la hospitalización se planifican de acuerdo a la complejidad del caso, constituyéndose por el número necesario para la estabilización clínica y derivación a atención ambulatoria con seguimiento, de las siguientes intervenciones (considerar las definiciones operacionales consignadas a nivel de Producto para los casos correspondientes):

- Admisión, evaluación, diagnóstico y plan terapéutico.
- Alojamiento y alimentación.
- Atención médica en internamiento y hospitalización.
- Cuidado de enfermería integral y permanente.
- Intervenciones individuales.
- Intervenciones familiares.
- Psicoeducación.
- Intervenciones de integración socio comunitaria.

b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
 - Consulta médica
 - Evaluación integral interdisciplinaria
 - Intervenciones breves
 - Alta

7.7. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hogares protegidos

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que se brinda a personas entre 18 y 65 años, con síndromes o trastornos psicóticos en condición de discapacidad psicosocial, atendidas en un hospital o en centro de salud mental comunitario y que se encuentran en situación de abandono socio familiar, con la finalidad de dar continuidad al cuidado que se inició en un hospital o en un centro de salud mental comunitaria: Los usuarios son admitidos por la Comisión de Salud Mental de la jurisdicción, que valora la pertinencia de integrar a la persona al hogar, de acuerdo a los criterios (NTS 140-MINSA/2018/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos, aprobada por la Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA).

Los cuidados son brindados por personal técnico de enfermería capacitado, con la supervisión continua de un profesional de enfermería capacitado y con el apoyo del equipo interdisciplinario del centro de salud mental comunitario y del hospital del territorio en el que se encuentra ubicado.

Las intervenciones en el hogar protegido son:

- Promoción del auto cuidado personal. Están orientadas al cuidado y mantenimiento de la propia salud y bienestar: aseo, actividad física, etc.
- Desarrollo de habilidades para actividades de la vida diaria. Son aquellas que permiten la interacción de la persona con el medio/entorno que lo rodea, cuidado del hogar.
- Promoción de la integración socio comunitaria: integración social incluyendo actividades de autocuidado, de la vida diaria, relaciones sociales, integración comunitaria, ocio y tiempo libre.
- Apoyo a la reintegración laboral, implica la motivación o estímulo para el desarrollo de actividades ocupacionales con cada residente, así como, la identificación de las redes sociales o de soporte con las cuales puede interactuar con este propósito.

b. Registro de acciones desarrolladas

COORDINADOR (A) DEL HOGAR PROTEGIDO

Ingreso de usuario

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra "IA" (Ingreso al hogar)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	35	A	P	C	PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201		
	M				TAL LA			C	C	2. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R	I	A	Z742			
	F																P	a	b
	D																		
	8956							Hb	R	R	3.	P	D	R					

Formulacion de Plan individualizado de cuidado

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado - PAI)
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de reunión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	35	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201			
	TALLA										C	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2			99366
	Hb										R	R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R				Z742

Monitoreo del Plan individualizado de cuidado

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Monitoreo
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3... ó 56) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
08	73276304	2	Lima	35	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201			
	TALLA										C	C	4. Monitoreo	P	D	R	2			C7001
	Hb										R	R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R				Z742

Capacitación a cuidadoras

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Sesión educativa para cuidadores
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 1º casillero lab de la 1da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3...ó 24) y en el 2º lab número de personas capacitadas

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	APP100		Samegua	A	M	P		PES O	N	N	1. Sesión educativa para cuidadores	P	D	R	3	8	C2063
		M		F	TALL A	C	C	5. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R					Z742	
		D		Hb	R	R	3.	P	D	R							

Movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad.
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3, ...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	73276304		Lima	A	M	P		PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201
		M		F	TALL A	C	C	2. Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad	P	D	R	3		C1043			
	8956	D		Hb	R	R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	D	R				Z742			

Reuniones de participación comunitaria y empoderamiento social:

Son las reuniones dirigidas a conectar al residente con la comunidad a través de las organizaciones locales para contribuir a su reinserción social y laboral (clubes, programas del gobierno local, entre otros).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social

- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3, ...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1 e	2 e	3 e		
08	73276304	2	Lima	3	5	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201
	2. Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social											P	D	R	2			C3001
	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar.											P	D	R				Z742

De la administración de medicamentos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Atención de enfermería en I nivel de atención (Administración de Tratamiento)
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3... ó 56) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1 e	2 e	3 e		
08	73276304	2	Lima	3	5	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201
	2. Atención de enfermería en I nivel de atención (Administración de Tratamiento)											P	D	R	1	5		99205.01
	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar											P	D	R				Z742

Gestiones para la alta del usuario del hogar protegido

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" siempre. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	35	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201		
	TALLA										C	C	2. Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería	P	D	R	3		99316
	Hb										R	R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	D	R			2742

En caso el usuario sea reinsertado (egreso) se anotará **"TA"** en el 1º casillero de las 2da actividad.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
08	73276304	2	Lima	35	M	P	C	P	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201		
	TALLA										C	C	2. Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería	P	D	R	TA		99316
	Hb										R	R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliar y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	D	R			2742

COORDINADORA Y/O PERSONAL DE ACOMPAÑAMIENTO

Actividades que desarrolla:

Código	Descripción
99401.19	Consejería para el autocuidado
C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables

C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la población
C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
C6114	Sesiones demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos)
C2062	Orientación Familiar
97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos
97535	Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (Ejemplo: actividades cotidianas (ADL)) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
97537	Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (Ejemplo: compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajo no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
99402.17	Consejería de actividad física
99082	Viajes fuera de lo habitual (p. ej. para transportar y acompañar al paciente)

Registro de actividades

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote el procedimiento según corresponda por ejemplo Consejería para el autocuidado
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g		
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGIA: __/__/__						
08	73276304	2	Lima	35	A	M	P	C	PESO	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201
	TALLA				C				C	2. Consejería para el autocuidado	P	D	R	2			99401.19	
	Hb				R				R	3. Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R				Z742	

7.8. Rehabilitación psicosocial.

a. Definición operacional

Es el conjunto de intervenciones múltiples e interdisciplinarias para personas afectadas por síndromes o trastornos psicóticos y trastornos mentales graves, cuyo objetivo esencial es ayudarlas a recuperar o a adquirir las capacidades y habilidades para una vida cotidiana e integrada en su comunidad de la manera más autónoma, digna, con ejercicio de ciudadanía y con un desempeño, lo más óptimo posible, en las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. Se realizan en centros de salud mental comunitaria, centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral.

En cada encuentro con el usuario y/o su familia, ya sea en el ámbito intra o extramural, se realizan más de una intervención maximizando los recursos disponibles, por profesionales o técnicos de acuerdo a sus correspondientes competencias: terapia ocupacional, terapia de lenguaje, enfermería, terapia física, trabajo social, personal técnico, voluntarios y agentes o expertos comunitarios.

Las intervenciones se desarrollan en modalidad individual y/o grupal, por un período mínimo de dos (02) años y se listan a continuación:

- Intervenciones de rehabilitación psicosocial:
 - Entrenamiento para la autosuficiencia.
 - Entrenamiento en habilidades de la vida diaria (auto cuidado y manejo del hogar).
 - Taller de habilidades sociales.
 - Visita domiciliaria para el entrenamiento en habilidades de la vida diaria y cuidado :
 - Rehabilitación cognitiva.
 - Terapia de lenguaje.
 - Actividad física.
 - Intervenciones con el uso de arte y otros recursos expresivos.
 - Intervenciones para la reducción del estigma hacia las personas con trastornos mentales.
- Intervenciones de integración socio comunitaria: Grupos de ayuda mutua, clubes psicosociales, redes de apoyo y soportes, acompañamiento de expertos comunitarios, incluyendo actividades sobre el autocuidado, la vida diaria, las relaciones sociales, ocio y tiempo libre, des-estigmatización y participación.
- Apoyo y asesoramiento a sus familias. Acompañamiento para fortalecer la asociatividad, organización, otras acciones de empoderamiento, des-estigmatización, liderazgo y participación.

b. Registro de acciones desarrolladas

Intervenciones de rehabilitación psicosocial

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Esquizofrenia hebefrenica (F201) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote Atención en salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención de rehabilitación psicosocial realizada con el usuario, por ejemplo terapia del lenguaje

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda.
 - En el 1º casillero lab de la 3era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda.
- Quando se ha finalizado el proceso de rehabilitación se colocará "TA"

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNI A	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	28	M	P C	PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R				F201
	TALL A						C	C	2. Atención en salud mental	P	D	R	8			99207	
	Hb						R	R	3. Terapia de lenguaje	P	D	R	2			97009	

Se debe realizar como mínimo 10 sesiones de rehabilitación psicosocial. Cuando las intervenciones programadas se hayan cumplido, se colocará en el valor del 1º lab de la segunda actividad **TA**

7.9. Rehabilitación laboral

a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales para la reintegración y sostenibilidad laboral. Implica favorecer la recuperación o adquisición de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral normalizado (empleo en empresas u otras instituciones o autoempleo) o en empleo protegido.

Las intervenciones en modalidad individual y/o grupal se listan a continuación:

- Intervenciones de rehabilitación laboral:
 - Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo.
 - Orientación Vocacional
 - Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
 - Entrenamiento en asertividad laboral.
 - Entrenamiento para la inserción: Técnicas de Búsqueda de Empleo.
 - Asesoría para empleadores
 - Reinserción socioproductiva y seguimiento comunitario: Búsqueda activa de empleo, trabajo protegido, autoempleo y mantenimiento en el mercado laboral comunitario.
 - Acompañamiento de incorporación a espacios laborales Intervención con familias en el proceso de rehabilitación.

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Esquizofrenia hebefrenica (F201) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Entrenamiento para la inserción laboral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda.
Cuando se ha finalizado el proceso de rehabilitación se colocará **"TA"**

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e		
			ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
08	67554986	2	Lima	28	☒	P	C	PES O	N	N	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	☒			F201	
	TALL A				C			C	2. Entrenamiento para la inserción laboral	P	D	R	7			97537.01		
	8765				☒			Hb	R	R	3.	P	D	R				

Se debe realizar como mínimo 10 sesiones de rehabilitación laboral. Cuando las intervenciones programadas se hayan cumplido, se colocará en el valor del 1º lab de la segunda actividad **TA**

IX. COMUNIDADES CON POBLACIONES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Análisis de la Situación de salud	C0071	Análisis de la situación de salud. Identificación de necesidades de salud de la población con participación de la comunidad
Acompañamiento psicosocial	99207.07	Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política
Reconstrucción de la identidad colectiva	C0006	Taller comunitario
Intervencion en grupo	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
	Z654	Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

8.1. Fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial

a. Definición operacional

Comprende, mínimamente de 06 reuniones de trabajo con actores sociales y líderes comunales, cada una de una duración de 4 a 5 horas, llevadas a cabo cada 15 días (3 meses) y organizadas según el siguiente detalle:

Actividad	Descripción
Primera reunión	Presentación y sensibilización a líderes, organizaciones de base y población en general.
Segunda reunión	Diagnóstico comunitario con todos los actores sociales a través de lluvia de ideas, trabajo en grupo o collage.
Tercera reunión	Priorización de necesidades con actores sociales.
Cuarta reunión	Análisis FODA con los actores sociales.
Quinta reunión	Conformación de la red de apoyo psicosocial.
Sexta reunión	Presentación del diagnóstico comunitario a la comunidad y el informe al jefe del establecimiento.

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Análisis de la Situación de salud
- En el 2º casillero anote Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de reunión (1, 2, ... ó 6)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____					
15	APP 108		Samegua	A	M	P	PES O	N	N	1 Análisis de la Situación de salud	P	D	R	6		C0071	
				M	P	TALL A	C	C	2. Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura	P	D	R			Z654		
				F	a	Hb	R	R	3.	P	D	R					
				D	b					P	D	R					

8.2. Acompañamiento psicosocial a comunidades víctimas de violencia política

a. Definición operacional

Actividad se realiza mínimamente en 6 reuniones, de 4 a 5 horas de duración, cada 15 días (3 meses) y está dirigida a las comunidades que se encuentran inscritas en el RUV. Es desarrollada en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención (incluye los CSMC) y en los hospitales (II-1 y II-2).

Este proceso se inicia después de tener formulado el diagnóstico comunitario, con la priorización de las necesidades y el FODA de las comunidades que se esta interviniendo. Consiste en la selección de 03 necesidades prioritarias relacionadas a hechos traumáticos (procesos forenses por desapariciones forzadas, stress post traumático, violencia familiar, consumo de alcohol y otros) y se desarrolla un plan de intervención comunitaria determinando estrategias a implementar frente a los acontecimiento traumático (antes, durante y después).

- Primera Reunión: Dinámica para romper el hielo, presentación de los miembros del grupo y sus expectativas.
- Segunda Reunión: Se conforman grupos de trabajo por afinidad y se determina un representante, se elabora el plan de intervención en relación al hecho traumático, cada miembro del grupo participa brindando posibles acciones que se deben desarrollar, y es expuesta por el líder, fomentando la discusión y la critica constructiva para afinar las estrategias de intervención.
- Tercera Reunión: Cada participante relata su testimonio del hecho traumático (Escucha activa del grupo)
- Cuarta Reunión: Se trabajan dinámicas grupales de cohesión de grupo y trabajo en equipo
- Quinta Reunión: Cada participante informara ante el grupo que cambios a observado en su vida en los últimos 3 meses
- Sexta Reunión: Cada participante presenta en un papelote su proyecto de vida, en persona, familia y comunidad

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de sesión (1, 2, ... ó 6)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
15	APP 108		Samegua		A	M	P	PESO	N	N	1. Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política	P	D	R	6		99207.07
				M		P	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
				F		a	Hb	R	R	3.	P	D	R				

8.3. Reconstrucción de la identidad colectiva

a. Definición operacional

Consiste en intervenciones que ayudan a la comunidad afecta o con secuelas de la violencia política a reconstruir su identidad colectiva mediante acciones que generan productos que son socializados por la autoridad local en un acto público en una fecha simbólica, por ejemplo: 28 de agosto, 30 de agosto, 10 de diciembre.

- Primera Reunión: Narraciones orales del primer grupo referente a lo vivido en la comunidad que les genera dolor y recuerdos nostálgicos de alegría.
- Segunda Reunión: Narraciones orales del segundo grupo referente a lo vivido en la comunidad que les genera dolor y recuerdos nostálgicos de alegría
- Tercera Reunión: Primer grupo: A través del uso de colores, crayolas y plastilina recordamos un hecho significativo para la comunidad.
- Cuarta Reunión: Segundo grupo: A través del uso de colores, crayolas y plastilina recordamos un hecho significativo para la comunidad
- Quinta Reunión: Reconstruimos la historia de las costumbres y vivencias de la comunidad haciendo el collage.
- Sexta Reunión: Se plasma la memoria colectiva en un documento presentado a las autoridades locales en un acto público en una fecha simbólica.

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Taller comunitario
- En el 2º casillero anote Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de sesión (1, 2, ... ó 6)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOM	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT

[illegible]

X. POBLACIÓN EN RIESGO QUE ACCEDE A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
C2111.02	Taller en prevención familiar de conductas de riesgo en adolescente familias fuertes: Amor y límite
99207.02	Intervención en grupo de salud mental
96150.05	Aplicación del cuestionario de habilidades sociales
99401.15	Consejería en habilidades sociales
Z734	Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
90872	Taller de habilidades sociales
99207.08	Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

9.1. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familia. Familias fuertes: amor y límites

a. Definición operacional

Son un conjunto de intervenciones que incluyen el entrenamiento de habilidades parentales, manejo de conducta, disciplina y mejora del manejo familiar con el objetivo de prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Es desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención y está dirigido a niñas, niños a partir de los 10 años hasta adolescentes de 14 años. El taller consiste en siete sesiones con un grupo máximo de 15 niños y/o adolescentes juntos con sus respectivos padres o cuidadores. Puede ser desarrollada en el establecimiento de salud u otro que cuente con las condiciones para desarrollar la actividad.

Con adolescentes	Con padres	Adolescentes y padres
1º Tener objetivos y sueños	1º Amor y límites: estilos de crianza	1º Apoyar los objetivos y sueños
2º Apreciar a los padres	2º Establecer reglas en la casa	2º Promover la comunicación en la familia
3º Hacer frente al estrés	3º Estimular el buen comportamiento	3º Aprecio a los miembros de la familia
4º Obedecer las reglas	4º Utilización de las sanciones	4º Empleo de las reuniones familiares
5º Hacer frente a la presión de los compañeros	5º Establecer vínculos	5º Comprender los principios de la familia
6º La presión del grupo y los buenos amigos	6º Protección sobre los comportamientos de riesgo	6º Las familias y la presión de los compañeros
7º Ayudar a otros.	7º Conexiones con la comunidad.	7º la recapitulación de todo lo trabajado.

b. Registro de acciones desarrolladas

De las sesiones con niñas, niños y adolescente (registro individual):

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la Primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 7)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
											P	D	R	1º	2º	3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
08	04453575	2	Lima	15	M	P C	PES O	N	N	1. Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias familias fuertes: Amor y límite	P	D	R	7		C2111.02											
	5875																M	P a b	TALLA	C	C	2.	P	D	R		

De las sesiones con padres:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP146 Actividades con padres

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

- En el 1º casillero anote Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 7)
- En el 2º casillero se registra número de total de participantes

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
											P	D	R	1º	2º	3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
15	APP 146		Samegua		M	P C	PES O	N	N	1. Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite	P	D	R	7	14	C2111.02											
																	M	P a b	TALLA	C	C	2.	P	D	R		

Las sesiones con adolescentes se registrarán "Individualmente" por cada sesión. Las sesiones con los padres de registrarán de forma "grupal". Se considera actividad cumplida con 7ma sesion.

a. Definición operacional

Intervenciones llevadas a cabo por el personal de la salud capacitado (médico, psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social) del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar

habilidades sociales en adolescente de 12 a 17 años. Son monitoreadas por el profesional de psicología o responsable de salud mental del establecimiento de salud.

Consiste en 10 sesiones de una duración de 45 minutos cada una, con grupos no mayores de 15 integrantes, priorizadas de las 19 que propone el Manual de Habilidades Sociales para Adolescentes Escolares y que se desarrollan en el establecimiento de salud y/o en locales de la comunidad. Las sesiones priorizadas son las siguientes:

Módulo I: Comunicación	Módulo II: Autoestima	Módulo III: Control de la Ira	Módulo V: Toma de decisiones
- Utilizando mensajes claros y precisos. - Estilos de comunicación. - Aceptación positiva.	- Conociéndonos - Orgulloso de mis logros.	- Identificando pensamientos que anteceden la ira. - Auto instrucciones. - Pensamientos saludables.	- La mejor decisión. - Proyecto de Vida.

b. Registro de acciones desarrolladas

De la aplicación del cuestionario:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del adolescente

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

- En el 1º casillero anote Aplicación del cuestionario
- En el 2º casillero anote Consejería en habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
15	1322		Samegua	15	☒	M	P	C		PESO		☒	N	1. Aplicación del cuestionario	P	☒	R			96150.05
	☒				M	P	a	b		TALLA		☒	C	2. Consejería en habilidades sociales	P	☒	R			99401.15
	☒				D	F	a	b		Hb		R	R	3.	P	☒	R			

Si en la aplicación del cuestionario da como resultado que el adolescentes presenta problemas en sus habilidades sociales se adicionará en la tercera actividad **“Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales” (Z734)**

De las sesiones de los adolescentes:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del adolescente

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
- En el 2º casillero Taller de habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" solo para la primera sesión del taller y para las demás "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra el número de sesión (1, 2 ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
13	07458075	2	Lima	10	M	P	C	PESO	N	N	1 Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales	P	D	R			Z734		
	TALLA										C	C	2. Taller de habilidades sociales	P	D	R	10		90872
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Esta actividad se registra de manera individual y para el desarrollo de las sesiones se toman de referencia la guía educativa. Se considera actividad cumplida con la 10ma sesión.

9.3. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias

a. Definición operacional

Es una actividad de acompañamiento desarrollada por profesional de la salud capacitado (médico, psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social). Es desarrollado por el primer nivel de atención (I-3 y I-4 incluyen los centros de salud mental comunitaria) que cuente con profesional en psicología y el II nivel de atención (Hospitales generales).

Esta actividad es desarrollada en el lugar en el que la persona presente la crisis considerando:

- Que se seguro y garantice la confidencialidad del usuario.
- Libre de estímulos aversivos que interfieran con la intervención.

b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del usuario

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

- En el 1º casillero Primeros Auxilios Psicologicos
- En el 2º casillero Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (Z65.5)
- En el 2º casillero motivo de la intervención:

En el 3er casillero se puede registrar los factores que influyen en el estado de la salud mental:

- Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja
- Z63.1 Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
- Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- Z63.3 Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia (hospitalización)
- Z63.4 Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- Z636 Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en casa
- Z65.4 Víctima de crimen y terrorismo incluye tortura
- Z65.5 Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
13	07458075	2	Lima	44	M	P	C	PES O	N	N	1. Primeros auxilios psicologicos	P	☒	R			99207.08		
	TALL A										C	C	2. Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades	P	☒	R			Z65.5
	Hb										R	R	1. Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia	P	☒	R			Z63.4

Para el registro de los Primeros auxilios psicologicos realizados en el marco de una situación de crisis o emergencia humanitaria, **siempre** se adicionará al registro la actividad de Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (Z65.5).

9.4. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños

a. Definición operacional

Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar habilidades sociales para población de niñas y niños de 08 a 11 años, con una duración de 45 minutos por cada sesión y es monitoreado por un especialista en salud mental. Esta actividad es desarrollada en el establecimiento de salud y/o la comunidad con grupos no mayores de 15 integrantes. Los temas a desarrollar por módulo son los siguientes:

MÓDULO	TEMAS DE LA SESIÓN
Módulo I: Habilidades relacionadas a los derechos y deberes de las niñas y niños	- Conociendo y practicando mis derechos. - Conociendo y practicando mis deberes.
Módulo II: habilidades básicas relacionadas a la comunicación	- Identificando estilos de comunicación - Practicando mi comunicación asertiva.

Módulo III: Habilidades relacionadas a los sentimientos	- Identificando y expresando mis emociones. - Aprendiendo a valorarme.
Módulo IV: Habilidades alternativas a la agresión	- Reconociendo las consecuencias de una conducta agresiva. - Mensajes internos para calmar la ira.
Módulo V: Habilidades para el manejo de estrés	- Identificando situaciones que me producen estrés. - Enfrentando la presión del grupo.

b. Registro de acciones desarrolladas

De la aplicación del cuestionario:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Aplicación del cuestionario (96150.05)
- En el 2º casillero anote Consejería en habilidades sociales (99401.15)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
15	1322		Samegua	11	A	M	P	C		PESO	N	N	1. Aplicación del cuestionario	P	D	R			96150.05
	M				TALLA					C	C	2. Consejería en habilidades sociales	P	D	R			99401.15	
	F				Hb					R	R	3.	P	D	R				
	04253845				D														

Si en la aplicación del cuestionario da como resultado que la niña, niño o adolescentes presenta problemas en sus habilidades sociales se adicionará **"Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales" (Z734)**

De las sesiones con las niñas y niños:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
- En el 2º casillero Taller de habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" solo en la primera sesión y en las demás sesiones "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión (1, 2 ó 10) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
13	07458075	2	Lima	10	A	M	P	C	PESO	N	N	1 Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales	P	D	R			Z734
	M				F	a	TALLA		C	C	2. Taller de habilidades sociales	P	D	R	1		90872	
	D					b	Hb		R	R	3.	P	D	R				

Esta actividad será registrada de manera individual y para el desarrollo de las sesiones se toma de referencia la guía educativa. Se considera actividad cumplida con la **10ma sesión**.

XI. FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
C0002	Reunión con institución educativa
C0003	Reunión de comunidad
C0005	Taller para institución educativa
C0006	Taller para la Comunidad
C0007	Taller para la Familia
C0011	Visitas familiares integrales
C2111	Taller psicoeducativo grupal
C3051	Constitución de Comités de Salud
C7001	Reunión de Monitoreo
C7003	Reunión de Evaluación
99207.02	Intervención en grupo de salud mental
99401.25	Consejería en pautas de crianza y buen trato
99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja
99402.14	Promoción del buen trato y salud mental
APP 093	Actividad con institución educativa
APP 108	Actividad en comunidad
APP 136	Actividad con Familia
APP 138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
APP 144	Actividad con Docentes
APP 150	Actividad con autoridades y líderes comunales
APP 151	Actividad con Mujeres
APP 166	Actividades con Líderes Escolares

10.1. Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil

a. Definición operacional:

Se refiere a la intervención que se realiza en aquellas familias con niños menores de cinco años. El personal de salud capacitado (psicología, enfermería o trabajadora social) realiza sesiones educativas en las visitas domiciliarias a las familias. Se considera familias intervenidas cuando se completan las 03 sesiones programadas según edad del menor. Cada visita tiene una duración de 45 minutos efectivos en el hogar de la familia. Es desarrollada por establecimientos de salud del I-2 al I-4. Para el desarrollo de las visitas domiciliarias se deberá tener en cuenta lo siguiente:

EDAD DEL NIÑO (A)	FRECUENCIA	TEMAS
Niñas y niños entre 0 a 12 meses	1° Visita: 7 días después del parto. 2° Visita: entre los 2 y 6 meses. 3° Visita: entre los 7 y 12 meses.	Cuidado psicoafectivo (con énfasis en el apego seguro de madre e hijo), Detección precoz de la depresión post parto (primera semana de nacimiento del menor) Apoyo a la madre y el padre, rol de los padres y buenas prácticas de crianza.
Niñas y niños entre 13 y 24 meses	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientaciones en establecimientos de límites, gestión de las emociones y construcción de la identidad
Niñas y niños entre 25 y 36 meses	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientaciones para la construcción de la autonomía y el autocuidado
Niñas y niños entre 37 a 48 meses	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Prácticas para la convivencia saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego
Niñas y niños entre 49 a 60 meses	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos

RECUERDE: El tema a abordar será el correspondiente a la edad de la niña(o), tal como se menciona líneas arriba.

b. Registro de las actividades desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1º casillero Visitas familiares integrales
- En el 2º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de visita familiar (1, 2 ó 3) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
13	07458075	2	Lima	11	M	P	C	P	N	N	1. Visita familiar integral	P	D	R	3		C0011		
	TALLA										C	C	2. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	D	R	3		99401.25
	Hb										R	R	3.	P	D	R			

Recuerde: Para las actividades de Promoción de la salud dirigidas a la familia se debe tener presente que se considerará paquete cumplido cuando se realice la 3era Consejería en pautas de crianza y buen trato y la 3era visita familiar integral, de acuerdo a la edad de cada niño/a.

10.2. Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable

a. Definición operacional:

Se refiere a la intervención con parejas mediante sesiones de consejería para adquirir habilidades que permitan comprender y resolver los conflictos y tensiones que favorezcan la promoción de una convivencia saludable. Es realizada por un profesional de la salud capacitado (psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social), quien implementará las estrategias necesarias para la convocatoria de las parejas que participarán en el taller.

b. Registro de las actividades desarrolladas:

Coordinación con organizaciones de la comunidad

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 108 Actividad en comunidad

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

- En el 1º casillero anote Reunión en comunidad (C0003)
- En el 2º casillero anote Consejería en promoción del buen trato y salud mental (99402.14)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
15	APP 108		Samegua		A	P	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	D	R	1			C0003
					M	P	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
					F	P	Hb	R	R	3.	P	D	R				
					D	P											

Taller de Consejería en convivencia saludable en pareja (registro individual)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero: Intervención en grupo de salud mental
- En el 2º casillero: Consejería en convivencia saludable en pareja

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión del taller que se ha desarrollado (1, 2, 3 ó 4) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
15	09865765		Samegua	3	M	P	PESO	N	N	1. Intervención en grupo de salud mental	P	D	R	3			99207.02
	5438	2		8	M	P	TALLA	C	C	2. Consejería en convivencia saludable en pareja	P	D	R				99401.29
					F	P	Hb	R	R	3.	P	D	R				
					D	P											

Cuando se concluya cada sesión del Taller de Consejería en convivencia saludable también se registrará de manera grupal

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 136 Actividades con Familia

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

- En el 1º casillero Taller para la Familia
- En el 2º casillero Consejería en convivencia saludable en pareja

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión del taller que se ha desarrollado (1, 2, 3 ó 4) según corresponda.
- En el 2º casillero se registra el **número de parejas** que han participado de la sesión.

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	EST A- BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1 º	2 º	3 º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
15	APP 136		Samegua		A	P	PES O		N	N	1. Taller para la Familia	P	D	R	3	8	C0007
				M	P	TAL LA		C	C	2. Consejería en convivencia saludable en pareja	P	D	R			99401.29	
				F	a	Hb		R	R	3.	P	D	R				
				D	b												

Recuerde: Se considera actividad cumplida cuando de desarrolle y registre la **cuarta sesión**.
Se deberá realizar ambos tipos de registro (individual y grupal) al cierre de cada sesión.

10.3. Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad

a. Definición operacional:

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda (psicología, enfermería, obstetra o trabajador social). Para implementar estas acciones, se deberá identificar a los adolescentes (población objetivo) de las comunidades priorizadas que cuenten con el perfil para desarrollar las acciones de vigilancia de problemas de salud mental en sus pares y poder brindar la orientación según corresponda.

Para el desarrollo de esta actividad, el personal de salud deberá realizar las siguientes tareas:

- Identificación de una institución educativa.
- Coordinación con director de institución educativa para presentarle propuesta de intervención y programación de actividades.

Acciones con docentes:

- Reunión de inducción (02 horas de duración).
- Selección de adolescentes a ser capacitados (entre 15 y 20 personas)

Acciones con los adolescentes:

- Taller de capacitación (De 02 sesiones de 3 horas cada uno).
- Reunión de monitoreo y acompañamiento (03 reuniones de 1 hora de duración como mínimo con intervalo mensual).

- Reunión de evaluación (1 hora de duración).

b. Registro de las actividades desarrolladas:

Coordinación con institución educativa

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 093 Actividad con institución educativa

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

- En el 1º casillero anote Reunión con institución educativa.
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
13	APP 93		Samegua	A	M	P	PESO	N	N	1. Reunión con institución educativa	P	D	R	1			C0002
		M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R					99402.14	
		F			Hb	R	R	3.	P	D	R						

Reunión de inducción con docentes

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 144 Actividad con Docentes.

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

- En el 1º casillero anote Taller para institución educativa.
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)
- En el 2º casillero se registra número de participantes en la reunión.

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
13	APP 144		La Victoria	A	M	P	PESO	N	N	1. Taller para institución educativa	P	D	R	1	1	2	C0005
		M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R					99402.14	
		F			Hb	R	R	3.	P	D	R						

Taller de capacitación a adolescentes líderes

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero anote Taller psicoeducativo grupal
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 ó 2 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
13	09865765	2	Cajamarca	35	M	P	C	P	N	N	1. Taller psicoeducativo grupal	P	D	R	2	C	C2111			
	5438										TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R			99402.14
											Hb	R	R	3.	P	D	R			

Si la actividad es realizada por un Centro de Desarrollo Juvenil se colocará "CDJ" en 2º casillero lab de la primera actividad.

Reunión de Monitoreo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP166 Actividades con Líderes Escolares

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primer actividad anote:

- En el 1º casillero anote el número de reunión (1,2 ó 3) según corresponda.
- En el 2º casillero anote número de participantes

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
13	APP 166		Cajamarca	35	M	P	C	P	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	D	R	2	15	C7001			
											TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R			99402.14
											Hb	R	R	3.	P	D	R			

Reunión de Evaluación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE APP166 Actividades con Líderes Escolares

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

- En el 1º casillero anote Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero el número de reunión 1 ó 2 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINA N.C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER VIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1 º	2 º	3 º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____					
13	APP 166				A		PES O		N	N	1. Reunión de evaluación	P	☒	R	1		C7003
					M	P C											
					M		TALL A		C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	☒	R			99402.14
					F	P a b											
					D		Hb		R	R	3.	P	☒	R			

Recuerde: Se considera actividad cumplida aquella que se desarrolla con los adolescentes en la 2ª sesión con la reunión de evaluación

10.4. Agentes comunitarios de salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja

a. Definición operacional:

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado (psicología, enfermería, obstetra o trabajadora social) del establecimiento de salud I-2, I-3 y I-4 incluido los Centros de salud mental comunitarios. Está dirigido a las mujeres de las organizaciones comunitarias preferentemente las agentes comunitarias. Estas actividades se realizan en un local comunal o en la que se designe para tales casos. Cada sesión educativa, se realiza con un máximo de 30 personas.

El personal del establecimiento de salud realizará:

1. Incidencia ante las organizaciones comunitarias para la implementación de la vigilancia comunitaria y conformación de redes de apoyo. Una reunión de 45 minutos.
2. Taller que consiste en cuatro sesiones educativas de 90 minutos, dirigido a mujeres líderes de las organizaciones sociales (preferentemente las agentes comunitarias) en temas de liderazgo y promoción de la salud mental, derechos, violencia en la pareja, redes apoyo, resolución de conflictos y conformación conjunta del sistema de vigilancia comunitaria.
3. Monitoreo a la implementación de la vigilancia ciudadana de las organizaciones sociales, se realiza mediante:
 - Una reunión para conocer el registro de familias vulnerables, en la cual se identifican las mujeres y niños de la comunidad víctimas de violencia, y elaborar el cronograma de acciones. Tiene una duración de 1 hora.
 - Reuniones de acompañamiento, durante las cuales, las agentes comunitarias presentan sus casos detectados, estrategias de ayuda empleadas y dificultades que afrontan, lo cual permite la retroalimentación para la mejora de la intervención. Cada reunión (03 como mínimo) tiene una duración de 1 hora como mínimo.

b. Registro de las actividades desarrolladas:
Reunión de Incidencia ante organizaciones comunitarias

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Reunión en comunidad
- En segundo casillero: Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la fase del proceso "VCO" (vigilancia comunitaria)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
13	APP 150		CAMANÁ		A	M	P	PES O	N	N	1.Reunión de comunidad	P	D	R	1	0	VCO	C0003
					M		P	TALL A	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
					D	F	a	Hb		R	R	3.	P	D	R			

Taller de capacitación a mujeres de organizaciones comunitarias

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 Actividad con Mujeres

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Taller para la comunidad
- En segundo casillero: Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambas

En el ítem: Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero anote 1, 2, 3 ó 4 (número de sesión desarrollada) según corresponda.
- En el 2º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 3º casillero el tipo de taller "VCO" para indicar vigilancia comunitaria

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
12	APP151		CAMANÁ		A	M	P	PES O	N	N	1. Taller para la comunidad	P	D	R	4	1	VCO	C0006
					M		P	TALL A	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
					D	F	a	Hb		R	R	3.	P	D	R			

Monitoreo de la implementación de la vigilancia comunitaria

En el ítem: DNI / HC registre SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En 1º casillero: Reunión de monitoreo
- En 2º casillero: Promoción del buen trato y salud mental (99402.14)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” para ambas

En el ítem: Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero anote el número de reunión de monitoreo 1, 2, 3 ó 4.
- En el 2º casillero anote el “VCO” para indicar vigilancia comunitaria

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1 g	2 g	3 g				
HISTORIA CLINICA				10	12															
GESTANTE/PUERPERA				ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
13	APP 151	2	C	35	M	P	C	PES	O	N	N	1. Reunión de monitoreo			P	D	R	2	VCO	C7001
	2. Promoción del buen trato y salud mental																			
	3.																			

Recuerde: Se considera actividad cumplida al número de mujeres que participan en 03 reuniones de monitoreo.

XI. ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL RELACIONADAS A PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

11.1. Con la comunidad de la jurisdicción

Son aquellas reuniones de trabajo que realiza el personal de salud de los Centros de Salud Mental Comunitaria (Servicio de Participación social y comunitaria), los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención los representantes o líderes comunitarios de su jurisdicción a fin de promover el empoderamiento y la resiliencia comunitaria, a través del fortalecimiento de las capacidades y de los recursos locales para el cuidado mutuo de la salud mental, abogacía y defensa de sus derechos al acceso a servicios de salud mental, incluidas las unidades de hospitalización en el territorio y la vigilancia de sus recursos. Para ello, el personal de salud realizara el acompañamiento en el desarrollo de las siguientes actividades:

a. Reuniones con la comunidad:

COD LAB	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES
COO	Fase de coordinación	• Mapeo de actores sociales • Identificación de las juntas vecinales o líderes comunitarios
FSE	Fase de sensibilización	• Tiene por objetivo la concientización de las personas sobre la problemática de salud mental de su comunidad generando interés en ellos para su participación activa en su abordaje.
FO	Fase de organización	• Tiene por objetivo la conformación, reactivación o fortalecimiento de su Comité.

PP	Diagnóstico y Planificación Participativa	- Diagnóstico comunitario (Análisis específico de determinantes (Identificación de problemas de salud mental de la jurisdicción, Definición de prioridades y FODA) - Planificación participativas - Estrategias (acciones) de intervención - Plan de acción.
FE	Fase de ejecución	Monitoreo de la implementación del plan de acción elaborado
FEV	Fase de evaluación	Se evalúa los procesos y resultados de las estrategias/acciones implementadas.

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Reunion con representantes de la comunidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote siglas de la fase correspondiente
- En el 2º casillero anote numero de reunión de la fase en la que se encuentra

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA:					
15	APP 108		Samegua	A	M	P	PESO	N	N	1 Reunión en comunidad	P	D	R	F	O	1	C0003
				M		P	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
				F		P											
				D		a	Hb	R	R	3.	P	D	R				

b. Reuniones de trabajo comunitario (instituciones, mesas de trabajo y organizaciones de la comunidad)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número reunión a la cual participa (1,2,3, ...)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA:					
15	APP 108		Samegua	A	M	P	PESO	N	N	1 Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad	P	D	R	3			C1043
				M		P	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
				F		P											
				D		a	Hb	R	R	3.	P	D	R				

11.2. Con la organización de los asociaciones y comités de familiares y/o usuarios de servicios de salud mental

Son reuniones que realiza el personal de salud con los usuarios y familiares con el propósito de generar agrupaciones dado que propician entre sus miembros la sensación de apoyo emocional, el aumento de información sobre la salud y la enfermedad mental, la mejora de sus habilidades para enfrentar la vida, el fortalecimiento de su identidad como cuidador (a), su capacidad para brindar apoyo, lo que mejora la relación con su familiar afectado y suele mitigar la carga emocional, económica y social. Asimismo, promueve la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental y la vigilancia ciudadana en salud mental.

Para ello, el personal de salud realizara el acompañamiento en el desarrollo de las siguientes actividades:

a. Apoyo a la organización, constitución legal y reconocimiento comunitario y social de usuarios y familiares.

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Asistencia técnica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de reunión que se realiza

DIA	D.N.I.	FIN ANC	DISTRITO DE PROCEDE- NCIA	EDA D	SE XO	PERIME- TRO CEFALI- CO Y ABDO- MINAL	EVALUACI- ON ANTROPO- METRICA HEMOGL- OBINA	ES- TA- BL EC	SE- R- VI- CI- O	DIAGNÓSTICO CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	MOTIVO DE	TIPO DE DIAGNÓ- TICO			VALOR LAB			CÓDIG O CIE / CPT
												P	D	R	1 º	2 º	3 º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
15	APP 136		Samegua	A			PES O		N	N	1 Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	2		C3001	
				M			TAL LA		C	C	2. Asistencia técnica	P	D	R			C7004	
				F			Hb		R	R	3.	P	D	R				
				D								P	D	R				

b. Formación de facilitadores, usuarios, familiares y otros cuidadores

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
- En el 2º casillero anote

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de sesión según corresponda:

COD LAB	DESCRIPCIÓN
1	Derecho a la salud
2	Desestigmatización
3	Empoderamiento
4	Asociacionismo
5	Liderazgo

- En el 2º casillero anote número de participantes

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
											P	D	R	1	2	3						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
15	APP 136		Samegua		A	M	P	C	PES O	N	N	1 Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)			P	D	R	2	8	C3141		
												TAL LA	C	C	2.	P	D	R				
																Hb	R	R	3.		P	D

Para el proceso de capacitación se debe seguir el orden de la secuencia de las temáticas.

c. Conformación de redes de asociaciones de usuarios y familiares

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividades con Familia

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Constitución de Comités de Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
											P	D	R	1	2	3						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
15	APP 136		Samegua		A	M	P	C	PES O	N	N	1 Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social			P	D	R			C3001		
												TAL LA	C	C	2. Constitución de Comités de Salud	P	D	R				
																Hb	R	R	3.		P	D

SOLO en caso se logre conformar el comité de familiares y/o usuarios se registrara el código **C3051 Constitución de Comités de Salud**

11.3. Encuentros de participación comunitaria

Es el desarrollo de actividades con grupos comunitarios que buscan fortalecer los vínculos y la cohesión comunitaria, el apoyo mutuo y la solidaridad mediante acciones de recreación, disfrute de su tiempo libre, animación sociocultural, entre otros. Incluye encuentros con agentes comunitarios, usuarios, familiares, clubes de adolescentes.

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de encuentro según corresponda (1,2, ..)

DIA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADABLE C	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1 e	2 e	3 e	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
15	APP 136		Samegua	A	M	P	PESO	N	N	1 Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	2		C3031	
				M	P	TALLA	C	C	P		D	R					
				F	a	Hb	R	R	P		D	R					
				D	b												

11.4. Vigilancia y acompañamiento comunitario (agentes comunitarios de salud)

Son sesiones de entrenamiento, seguimiento y monitoreo a agentes comunitarios en temas de salud mental, con el objetivo de promover la salud mental y proteger a poblaciones vulnerables. Se realiza desde el Servicio de Participación Social y Comunitaria (CSMC) y servicios de salud mental articulando con promoción de la salud de los establecimientos.

COD. LAB	TEMA
1	Promoción de la crianza saludable
2	Primeros Auxilios Psicologicos
3	Prevención conductas de riesgo de problemas de salud mental en las familias.
4	Empoderamiento de los derechos en salud de las personas con discapacidad mental.

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP138 Actividad con Agentes Comunitarios de Salud

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Sesión educativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de tema que desarrolla según corresponda (1,2, 3 ó 4)
- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de participantes

DÍA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
GESTANTE/PUERPERA				ETNIA	CENTRO POBLADO												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____					
15	APP 138		Samegua	A	M	P	C	PESO	N	N	1 Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R			C3001
		M		F	TALLA	C	C	2. Sesión educativa	P	D	R	2	8		C0009		
		D		F	Hb	R	R	3.	P	D	R						

XII. BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (SERVICIO DE FARMACIA)

Es el proceso dirigido a las personas que presentan un diagnóstico relacionado a un problema o trastorno de Salud Mental que requieren un tratamiento farmacológico indicado por un médico. Es realizado por el profesional químico farmacéutico en los servicios de farmacia de los centros de salud mental comunitaria. Esta actividad comprende la dispensación de psicofármacos a los usuarios y la consejería en el uso racional de medicamentos.

Dispensación y consejería en uso racional de medicamentos: Es la entrega de psicofármacos prescritos por el médico brindando la información al usuario o su familia sobre el uso racional de los medicamentos para asegurar su uso en las dosis y cantidades correctas, así como la comprensión del mecanismo de acción, tipo de reacciones adversas, polifarmacia, efectos secundarios, buenas prácticas de almacenamiento, automedicación irracional y riesgos.

Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del usuario

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

- En el 1º casillero anote Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- En el 2º casillero anote Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos
- En el 3º casillero anote Consejería en uso racional de medicamentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de vez que realiza la entrega de los medicamentos según corresponda (1,2, 3,...)

DÍA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1 g	2 g	3 g	
GESTANTE/PUERPERA				ETNIA	CENTRO POBLADO												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____					
08	67554986	2	Lima	2	M	P	C	PESO	N	N	1. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	P	D	R			F323
	8			M	F	TALLA	C	C	2. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	P	D	R			99199.05		
				D	F	Hb	R	R	3. Consejería en uso racional de medicamentos	P	D	R			99401.20		

Consejería en uso racional de medicamentos en sesión grupal:
Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Consejería en uso racional de medicamentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de veces que realiza la actividad según corresponda (1,2, 3,...)
- En el 2º casillero de la primera actividad anote número de personas que participan.

DÍA	D.N.I.	FINA NC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACIÓN ANTROPOM ÉTRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1 º	2 º	3 º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	APP 108		Lima		A		PES O		N	N	1. Consejería en uso racional de medicamentos	P	D	R	2	1 5	99401.20
					M	P C											
					M		TALL A		C	C	2.	P	D	R			
					F	P a b	Hb		R	R	3.	P	D	R			