



# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

## **Sistema de Información HIS**

## **ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE**

## **2013**

## ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
M400	Cifosis Postural
M402	Otras Cifosis y las no especificadas
M403	Síndrome de Espalda Plana
M405	Lordosis no especificada
M411	Escoliosis Idiopática Juvenil
E660	Sobrepeso (Obesidad debido a exceso de calorías)
E669	Obesidad (Obesidad, no especificada)
Z006	Normal (Estado Nutricional)
E43X	Desnutrición Severa / Delgadez Severa (Desnutrición proteicoalórica severa, no especificada)
E440	Desnutrición Aguda / Delgadez (Desnutrición proteicoalórica moderada)
E344	Talla Alta (Talla alta constitucional)
E45X	Talla Baja (Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicoalórica)
Z010	Examen de Ojos y de la Visión
Z011	Examen de Oídos y de la Audición
99173	Determinación de la Agudeza Visual
Z003	Examen de Estado de Desarrollo del Adolescente
Z559	Problemas no Especificado Relacionado con la Educación y la Alfabetización
Z619	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia
Z639	Otros Problemas Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo, Inclusive Circunstancias Familiares (Relaciones Familiares)
Z651	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psicosociales VIH/SIDA (Sociales, Familiares, Laborales y Académicos)
Z659	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psicosociales (Problemas en el Desarrollo Psicosocial)
Z701	Consulta Relacionada con la Orientación del Paciente (Paciente Preocupado por Falta de Reacción Impotencia Orientación Sexual Promiscuidad)
Z702	Consulta Relacionada con la Orientación con la Conducta Sexual de una Tercera Persona (Consulta solicitada para la Orientación y Conducta Sexual de Esposos(a), Menor, Pareja)
Z703	Consulta Relacionada con Preocupaciones Combinadas Sobre la Actitud, la Conducta y la Orientación Sexuales

Código	Diagnóstico / Actividad
Z720	Problemas Relacionados con el Uso del Tabaco
Z721	Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol
Z722	Problemas Relacionados con el Uso de Drogas
Z7251	Riesgo de Embarazo por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
Z7252	Riesgo de ITS por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
Z7253	Riesgo de SIDA por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
Z7254	Riesgo de SIDA por la Conducta NO Sexual de Alto Riesgo
Z726	Problemas Relacionados con el Juego y las Apuestas
Z728	Otros Problemas Relacionados con el Estilo de Vida
Z7281	Riesgo de Lesiones y Accidentes
C8002	Plan de Atención Integral
U140	Entrevista de tamizaje
99644	Consejería Integral
99403	Consejería Nutricional
99344	Visita Domiciliaria
C0010	Sesión Demostrativa
C0009	Sesión Educativa
U123	Taller para Padres
U127	Taller para Adolescentes
U1243	Capacitación al Docente
U1242	Capacitación al Personal de Salud
U1253	Formación de Educadores de Pares
U134	Consejería a Padres, Tutores o Adultos Referentes
U111	Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)
U100	Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales
U0034	Actividad de salud adolescente

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

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

### A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, 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 laboratorio. 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 el paciente 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 (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

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

## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

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

Durante la atención integral se debe proveer información veraz y oportuna en un lenguaje comprensible para la/ adolescente, para su familia, para el responsable o acompañante, según corresponda, de modo que les facilite la toma de decisiones adecuadas.

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

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

Para esta actividad considere lo siguiente:

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

- En el 1º Casillero la morbilidad o atención de salud que se este brindando.
- En el 2do. Casillero el plan de atención integral de salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

### ELABORACIÓN DE PLAN ATENCIÓN INTEGRAL

En el ítem: Lab Anote en el registro del plan atención integral de salud

**1** cuando se elabora el plan de atención integral.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	San Martín de Porres	14A	M	N	N	1. Acné Vulgar	P	D	R		L700
	89526224						C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	1	C8002
							R	R	3.	P	D	R		

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL EJECUTADO Y PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL COMPLETO

Es el Adolescente o Joven que ha cumplido con su Plan de Atención Integral y recibió el paquete de atención integral completo.

En el ítem: Lab anote:

- **TA** cuando termine con todas las actividades programadas en el plan

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Martín de Porres	14A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	TA	C8002
	89526224						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### PLAN EJECUTADO Y PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL INCOMPLETO

Es el Adolescente o Joven que ha ejecutado su plan de atención integral y no ha recibido todas las actividades del Paquete de Atención Integral.

En el ítem: Lab deje en BLANCO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	Ocoña	15A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R		C8002
	89526224						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

**Definición Operacional:** Es la actividad que implica que el adolescente reciba una serie de servicios:

evaluación nutricional, evaluación del desarrollo psicosocial, evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva, evaluación del desarrollo sexual según Tanner, Evaluación Físico-Postural, Identificación de Factores Protectores y de Riesgo Psicosocial.

Control que se hace una vez al año y debe tener como mínimo tres sesiones, las que deben de hacerse de la siguiente manera:

- En la 1ª sesión: la Evaluación Nutricional, Evaluación de la Agudeza Visual y Agudeza Auditiva y la Evaluación Físico Postural.
- En la 2ª sesión: Evaluación del desarrollo psicosocial e identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial,
- En la 3ª sesión: Evaluación del desarrollo Sexual según Tanner

### En la 1ª Sesión

Cuando lo realiza algún integrante del equipo multidisciplinario capacitado.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente las actividades del paquete de atención realizadas:

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En el 2º casillero Determinación de la Agudeza Visual
- En el 3º casillero Resultado de la Evaluación Nutricional

**Dentro de la 1ª sesión se deberá considerar la evaluación de la agudeza auditiva y la evaluación postural**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque para todas las actividades "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesiones 1, 2.
- En los campos para la Agudeza Visual se registrará:
  - **N** = Si es Normal
  - **A** = Si es Anormal

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
28	97565	1	80	Ocoña	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z003
	89526224								2. Determinación de la Agudeza Visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	99173
									3. Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006

**Todo adolescente que en la valoración de la agudeza visual no se encontrara en el rango de lo normal 20/20 – 20/25, deberá derivarse a un profesional oftalmólogo.**

Cuando lo realiza un profesional médico

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
28	97565	1	80	Ocoña	15A	M	N	N	1. Escoliosis no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		M419
	89526224								2. Disminución de la agudeza auditiva sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H919
									3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401

### En la 2ª Sesión

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

- **Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales**, para determinar niveles de las habilidades, aplicado por un personal de la salud capacitado, con una duración de 60 minutos realizado en la institución educativa, establecimiento de salud y/o comunidad.
- **Sesión de entrenamiento /desarrollo en Habilidades Sociales**, para grupos de 08 a 17 participantes en los temas: comunicación, autoestima, control de la ira y toma de decisiones, con una duración de 45 minutos por sesión, desarrollado por un personal de salud capacitado, monitorizado por un especialista en salud mental. Es realizado en el establecimiento de salud y/o la comunidad. Esta actividad será registrada de manera individual.

#### APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

**Para esta actividad se ha establecido que el registro se realice de forma INDIVIDUAL debiendo consignar todos los datos generales del paciente (Historia Clínica, Documento de Identidad, Edad, Sexo, etc.)**

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

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En el 2º casillero Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” en ambas

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	15460	1	80	Cusco	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z003
	2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	U100		
	10754268								3.	P	D	R		

### Si fuera positivo

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

- En el 2º casillero Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	15460	1	80	Cusco	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z003
	2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	U100		
	10754268								3. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z734

### Si fuera positivo y Referido

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

- En el 2º casillero Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	15460	1	80	Cusco	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z003
	2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	U100		
	10754268								3. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z734

### SESIONES DE ENTRENAMIENTO/DESARROLLO EN HABILIDADES SOCIALES

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas
- En el 2º casillero Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En todos los casilleros registrar con “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
1	65247	2	07	Yungay	15A	M	N	N	1. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	D	R	2	Z734
	65042118								2. Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales	P	D	R		U1252
									3.	P	D	R		

### TAMIZAJE DE SALUD MENTAL

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote: "Tamizaje de Salud Mental"

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

En el ítem: Lab anote la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

- EP = Por Psicosis
- OM = Otros Motivos
- AD = Alcohol y Drogas
- VP = Violencia Política
- VS = Violencia Social
- VIF = Violencia Intrafamiliar
- TD = Trastornos Depresivos

### Cuando el Tamizaje sea NEGATIVO

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	9545	1	80	Camaná	17A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	D	R	1	VIF
	10070662								2. Consejería en Salud Mental	P	D	R		99404
									3.	P	D	R		

### Cuando el Tamizaje sea POSITIVO

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	543145	1	80	Camaná	17A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	D	R	1	VS
	12700606								2. Problemas relacionado con la exclusión y rechazo	P	D	R		Z630
									3. Consejería en Salud Mental	P	D	R		99404

### En la 3ª Sesión

En la 3ª sesión: Se realiza la evaluación del desarrollo sexual según Tanner, en el registro solo se indica la Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente las actividades del paquete de atención realizadas:

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesiones 3



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
28	97565	1	80	Ocoña	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<del>D</del>	R	3	Z003		
	89526224								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

Si el motivo de consulta del adolescente no correspondiera al orden de las sesiones, se atiende prioritariamente el motivo por el cual el adolescente acude al establecimiento de salud ofertando la continuación de las actividades del paquete pendientes en una siguiente sesión.

## INMUNIZACIONES

### Vacuna dT Adulto en Mujeres: NO GESTANTES

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT) Z2781

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
5	35441	2	80	Chipao	13A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<del>D</del>	R	1	Z2781		
	36255415								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

### Vacuna dT Adulto en Mujeres: GESTANTES

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT) Z2781

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda
- En el 2º casillero "G" para indicar si es Gestante o "P" para indicar si es Puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
5	35441	2	80	Copani	17A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<del>D</del>	R	1	Z2781		
	36255415								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R	<b>G</b>	
									R	R	3.	P	D	R		

### Vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT) Z2781

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



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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	35441	2	80	Cochas	17A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Vacuna Influenza en Grupos de Riesgo

 Para identificar que el vacunado de grupos de Riesgo como Personal de Salud, Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Bomberos, Defensa Civil o Estudiantes de Ciencias de la Salud **SOLO SE DEBE IDENTIFICAR EL GRUPO DE RIESGO AL QUE PERTENECE.**

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1º casillero Vacuna contra la Influenza **Z2511**

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

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

- ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- PNP** = Policía Nacional
- M** = Fuerzas Armadas
- BOM** = Bomberos
- DCI** = Defensa Civil
- EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	9652	2	80	San Juan de Miraflores	17A	M	N	N	1. Vacuna contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>EST</b>	Z2511
	65241775								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Vacuna Hepatitis B (HVB) en Población de 12 a 17 años

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

- En el 1º casillero Vacuna Hepatitis B (HVB) **Z246**

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	35441	2	80	Ocros	17A	M	N	N	1. Vacuna Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z246
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

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

- En el 1º casillero Vacuna Hepatitis B (HVB) **Z246**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	35441	2	80	Callao	25A	M	N	N	1. Vacuna Hepatitis B (HVB)	P	<del>D</del>	R	2	Z246
	36255415								2.	P	D	R	HSH	
									3.	P	D	R		

**Para el reporte Analítico todos los vacunados por Grupos de Riesgo se consolidan en un solo grupo, según lo requerido por la Estrategia de Inmunizaciones pero el registro si diferenciará cada uno de ellos.**

### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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

- En el 1º casillero el diagnóstico encontrado
- En los otros casilleros los otros diagnósticos o procedimientos que se realicen

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “P”, “D” o “R”, según sea el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero correspondiente al diagnostico el número de dientes que presentan morbilidad

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	21211	1	80	San Martín de Porres	17A	M	N	N	1. Examen estomatológico	P	<del>D</del>	R	3	D0150
	52410662								2. Caries de la dentina	P	<del>D</del>	R	2	K021
									3. Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentales permanentes posteriores (simple)	P	<del>D</del>	R	1	D2385

### EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Actividad que se realiza dentro del control para clasificar el estado nutricional del adolescente:

Se tendrá en cuenta la siguiente clasificación:

IMC PARA LA EDAD		
CIE10	Punto de Corte	Clasificación
E669	> 3	Obesidad
E660	> 1 a 2	Sobrepeso
Z006	1 a -2	Normal
E440	< -2 a -3	Delgadez
E43X	< -3	Delgadez Severa

TALLA PARA LA EDAD		
CIE10	Punto de Corte	Clasificación
E344	> +2	Talla Alta
Z006	+2 a -2	Normal
E45X	< -2	Talla Baja

Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007.  
DE = Desviación Estándar

**Se utilizará el indicador Talla / Edad (TE) solo hasta los 19 años, posterior a esta edad solo se utiliza el indicador Índice de Masa Corporal (IMC)**

**En el registro:**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" para el diagnóstico y "R" para los controles.

En el ítem: Lab anote:

- **IMC** Peso para la Edad.
- **TE** Talla para la Edad (solo hasta los 19 años).
- El número de sesión de consejería nutricional.

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

- En el 1º y/o 2º casillero el resultado de la Evaluación Antropométrica según la clasificación IMC / TE.
- En el casillero posterior Consejería Nutricional.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	94235	2	80	Casma	15A	<del>M</del>	N	N	1. Obesidad	P	<del>D</del>	R	<b>IMC</b>	E669
	25244123					<del>E</del>	<del>E</del>	2. Consejería Nutricional	P	<del>D</del>	R	1	99403	
						F	R	R	3.	P	D	R		

**RECUERDE: Solo se registra "NORMAL" una sola vez con Lab en blanco cuando los dos indicadores IMC y TE sean Normales, SI SOLO uno de ellos es Normal solo se registra el diagnóstico de la clasificación para el indicador que tiene problemas.**

**Para los CONTROLES**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

- En el 1º y/o 2º casillero el resultado de la Evaluación Antropométrica según la clasificación IMC / TE.
- En el casillero posterior Consejería Nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes, solo será "D" cuando su estado sea **NORMAL**.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	94235	2	80	Casma	15A	M	N	N	1. Obesidad	P	D	R	IMC	E669
	25244123								2. Consejería Nutricional	P	D	R	5	99403
									3.	P	D	R		

**Durante los controles y mientras el adolescente no se RECUPERE, los resultados de la Evaluación Antropométrica siempre deberán registrarse con tipo de diagnóstico "R"**

### Cuando es RECUPERADO(A)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

- En el 1º y/o 2º casillero el resultado de la Evaluación Antropométrica según la clasificación IMC / TE.
- En el casillero posterior Consejería Nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes, solo será "D" cuando su estado sea **NORMAL**.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional.
- En el siguiente casillero "**PR**" que indica **PACIENTE RECUPERADO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	94235	2	80	Casma	15A	M	N	N	1. Obesidad	P	D	R	IMC	E669
	25244123								2. Consejería Nutricional	P	D	R	8	99403
									3.	P	D	R		

**SINO SE REGISTRAR "PR" NO SE PODRÁN CONTABILIZAR COMO PACIENTE RECUPERADO**

### CONSEJERÍA NUTRICIONAL (99403)

**Definición Operacional:** Actividad por la que se proporciona información específica y necesaria, ajustada a la realidad local, para que la madre tome sus propias decisiones de manera informada sobre su alimentación y la de los niños. Tiene que cumplir los 5 pasos de la consejería.

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

- En el 1º casillero la morbilidad, riesgo que motivan la consejería
- En el 2º casillero la consejería nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el 2º casillero "D"

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
23	85426	2	80	Santa Rosa	15A	M	N	N	1. Delgadez Severa	P	D	R	IMC	E43X
	10150776						E	E	2. Talla Baja	P	D	R	TP	E45X
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

Quando en el establecimiento se cuenta con especialista en nutrición, registre:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
23	85426	2	80	Santa Rosa	15A	M	N	N	1. Atención en Nutrición	P	D	R	1	99209
	10150776						E	E	2. Delgadez Severa	P	D	R	IMC	E43X
							R	R	3. Talla Baja	P	D	R	TP	E45X
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	2	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

La Consejería Nutricional cuando va acompañada de un diagnóstico se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Si el paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente por la patología que origina la consejería SIEMBRE DEBE registrarse con tipo de diagnóstico Repetido (R); solo irá con tipo de diagnóstico Definitivo (D) cuando se diagnostique por primera vez el episodio de la enfermedad.
- La forma de registro de la Consejería Nutricional, de forma general, es la que se ha mostrado en el ejemplo pero como esta es una actividad realizada por diferentes profesionales de la salud para las diferentes estrategias sanitarias y etapas de vida, el detalle específico para cada una de ellas se encuentra descrito en cada uno de los capítulos que corresponden a ellos.

## MORBILIDAD EN EL ADOLESCENTE

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante la etapa de vida Adolescente y Joven, así como enfermedades transmisibles y no transmisibles.

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

- P** Marcar con un aspa (X) únicamente cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o este requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- D** Se marca con un aspa (X) únicamente la primera vez que se establece el diagnóstico definitivo por clínica y/o por exámenes auxiliares.
- R** Se marca "R" cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que se estableció el diagnóstico definitivo.

En el ítem: Lab anote la letra "G" si es gestante y "P" si es puérpera



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	65243	1	80	Callao	12A	M	N	N	1. Intoxicación Alimentaria Bacteriana, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A059
	65047315								2. Deshidratación (Depleción del Volumen)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	24212	1	80	Puno	14A	M	N	N	1. Lordosis, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		M405
	35240127								2. Acné, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		L709
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	65243	1	80	Carhuaz	16A	M	N	N	1. Desviación del Tabique Nasal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J342
	47031655								2. Otolgia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H920
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
9	65640	1	80	El Agustino	17A	M	N	N	1. Trastorno de la Conducta, no Especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		F919
	24165367								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

## ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

### DEBERÁ TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Siempre se registrará la clasificación de la EDA seguido del grado de deshidratación, de acuerdo a la nueva codificación

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Se registra
Acuosa, Disentérica o Persistente	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + Deshidratación (E86X)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + Shock (R571)

**En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda**, registre:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero el tipo de deshidratación si tuviera

 En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **D**
**EDA SIN COMPLICACIÓN:** Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre el diagnóstico de la EDA

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
15	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	14A	M	N	N	1 EDA Acuosa	P	<del>D</del>	R		A090		
	46284620								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R		
									<del>F</del>	R	R	3.	P	D	R	

**EDA CON COMPLICACIÓN:** Es decir con Deshidratación o Shock, para lo cual registre el diagnóstico de la EDA seguido del tipo de deshidratación:

- Deshidratación (E86X – Depleción de Volumen)
- Shock Hipovolémico (R571 – Choque Hipovolémico)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
06	8521	1	80	San Juan de Miraflores	12A	M	N	N	1. EDA Acuosa	P	<del>D</del>	R		A090		
	44620628								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Deshidratación	P	<del>D</del>	R		E86X
									<del>F</del>	R	R	3.	P	D	R	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
	45351	1	80	Lince	17A	M	N	N	1. Cólera	<del>P</del>	D	R		A009		
	24620846								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Shock Hipovolémico	P	<del>D</del>	R		R571
									<del>F</del>	R	R		P	D	R	

**ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**
**DEBERÁ TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

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 laboratorio. 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 el paciente 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.

**En las Atenciones realizadas por el Médico**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anotar claramente el tipo de diagnóstico según la CIE10

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	97245	2	80	Cusco	12A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	<del>D</del>	R		J020
	84521475					<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

**En las Atenciones realizadas por el Profesionales no Médicos o Técnicos**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente la clasificación establecida:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	2244	2	80	La Merced	16A	M	N	N	1. No Neumonía	P	<del>D</del>	R		J069
	35246895					<del>E</del>	<del>E</del>	2. Desnutrición Aguda	P	<del>D</del>	R	<b>TP</b>	E440	
						R	R	3.	P	D	R			

**En los Controles de las Neumonías: Registre:**

 En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **SIEMPRE "R"**

En el ítem Lab anote el número de control 1, 2... Según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	53230	2	80	Coracora	14A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189
	78645511					<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

**Cuando el Control se hace en el domicilio: Registre:**

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

- En el 1º casillero Visita Domiciliaria 99344
- En el 2º casillero la Morbilidad

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número de visita 1, 2... según corresponda
- En el 2º casillero anote el número de control 1, 2... Según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	53230	2	80	Coracora	1A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189
	78645511					<del>E</del>	<del>E</del>	2. Visita Domiciliaria	P	<del>D</del>	R	1	99344	
						R	R	3.	P	D	R			



**En las Atenciones del Síndrome Obstrutivo Bronquial (SOB) y Asma: Tener en cuenta en:**

- J448 SOBA (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: leve, moderado ó severo)
- J449 Asma no especificada y SOBA (usado por personal no médico).

 En el ítem Lab anote el **Grado de Severidad** de la Crisis (para los casos atendidos por el profesional Médico)

- **LEV** = Leve
- **MOD** = Moderado
- **SEV** = Severo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	84513	2	80	Cañete	15A	M	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD	J448
	98548426						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	22265	2	80	Cañete	13A	M	N	N	1. Crisis asmática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SEV	J459
	41452475						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	20245	2	80	Cañete	12A	M	N	N	1. Asma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	J450
	41435675						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**Personal No Médico**

Nótese que la forma de registro es la misma, solo cambia la codificación, se debe utilizar el código J449

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	303351	2	80	Cañete	1 A	M	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J449
	48462620						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**Nebulización:** Para ser usado por el personal responsable:

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

- En el 1º Casillero la Nebulización
- En el 2º Casillero el diagnóstico que requiere la Nebulización

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "X"

- En el 1º Casillero en "D"
- En el 2º Casillero en "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número de nebulizaciones realizadas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	33351-03	2	80	San Juan de Miraflores	4M	M	N	N	1. Nebulización	P	<del>D</del>	R	3	94664
	46284620								2. SOBA	P	D	<del>R</del>		J449
									3.	P	D	R		

**SI EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FUERA REALIZADO POR PERSONAS DIFERENTES, EL REGISTRO SE REALIZA DE FORMA SEPARADA, CADA PERSONAL DE SALUD REGISTRARÁ LA ACTIVIDAD QUE REALIZA.**

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

**Definición Operacional:** Es el desarrollo de sesiones dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo de las y los adolescentes entre 10 y 14 años, y prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Esta actividad se desarrolla en un grupo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) y tiene una duración 60 minutos cada sesión. Esta actividad es realizada por un personal de salud debidamente capacitado y es realizado en los espacios de la comunidad y/o las instituciones educativas públicas. Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud del nivel 1-3 y 1-4.

Unidad de medida: Adolescente Fortalecido

Este paquete consiste en la ejecución de:

- 07 sesiones dirigidas a los adolescentes: 1º amor y límites: estilos de crianza, 2º establecer reglas en la casa, 3º estimular el buen comportamiento, 4º utilización de las sanciones, 5º establecer vínculos, 6º protección sobre los comportamientos de riesgo y 7º conexiones con la comunidad.
- 07 sesiones dirigidas a los padres: 1º tener objetivos y sueños, 2º apreciar a los padres, 3º hacer frente al estrés, 4º obedecer las reglas, 5º hacer frente a la presión de los compañeros, 6º la presión del grupo y los buenos amigos y 7º ayudar a otros.
- 07 sesiones dirigidas al trabajo en conjunto entre padre e hijos: 1º Apoyar los objetivos y sueños, 2º Promover la comunicación en la familia, 3º Aprecio a los miembros de la familia, 4º Empleo de las reuniones familiares, 5º Comprender los principios de la familia, 6º Las familias y la presión de los compañeros y 7º la recapitulación de todo lo trabajado.

### SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN FAMILIAS FUERTES

Si bien es cierto esta actividad tiene dos fases, la primera el trabajo con los adolescentes es de registro es individual; la segunda con los padres es de registro grupal.

**Registro con los Adolescentes,** registre de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud: Sesión de Entrenamiento en Familias Fuertes

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero registre del 1 al 7 según corresponda el número de sesión
  - 1 = Amor y límites: Estilos de crianza
  - 2 = Establecer reglas en la casa
  - 3 = Estimular el buen comportamiento
  - 4 = Utilización de las sanciones
  - 5 = Establecer vínculos
  - 6 = Protección sobre los comportamientos de riesgo
  - 7 = Conexiones con la comunidad

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	15020	1	80	Cusco	13A	M	N	N	1. Sesión de Entrenamiento en Familias Fuertes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1258
	54724563								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Para el caso del registro de la sesión con los padres**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambas

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de padres participantes de la sesión
- En el 2º casillero **FF** para indicar "Familias Fuertes"

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
21	APP146			Cusco		M	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009		
									2. Actividades de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			FF	U0066
									3.	P	D	R				

**B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES**

**Visita Familiar Integral.**- Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias. En esta actividad se elabora el Plan Familiar.

**Plan Familiar.**- Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

Cuando se realiza la visita por primera vez:

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

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria
- El Plan Familiar de acuerdo al riesgo identificado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero el número 1 cuando se elabora el Plan Familiar



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	98211	1	80	Arequipa	14A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	98980421								2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
									3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	D	R	1	U721
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Cuando se hace Seguimiento al Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero deje en BLANCO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	98211	1	80	Arequipa	4M	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	98980421								2. Visita Domiciliaria	P	D	R	2	99344
									3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	D	R		U721

### Cuando se termina con el Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita según corresponda
- En el 3º casillero "TA" cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan Familiar.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	98211	1	80	Arequipa	4M	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	98980421								2. Visita Domiciliaria	P	D	R	6	99344
									3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	D	R	TA	U721

Por convención se utilizará el término "Visita Domiciliaria" para referirse a la Visita Familiar Integral

### TALLER PARA ADOLESCENTES.

**Definición Operacional.**- Actividad dirigida a los adolescentes de tipo formativo y educativo creados para facilitar procesos de enseñanza aprendizaje en temas de salud en general, con el propósito de fortalecer conocimientos y desarrollar habilidades para la vida, que contribuyan al auto cuidado y cuidado mutuo de la salud en la población adolescente. Se desarrollan con un número no mayor de 20 adolescentes agrupados por edad 12 a 14 y 15 a 17 años.

Estas actividades serán registradas por la persona responsable de la organización del taller y lo hará al finalizar el número total de horas programadas para la actividad.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades con Adolescentes

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

- En el 1º Casillero Taller en Salud
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote el número de participantes

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Taller en Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	U122
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

### TALLER PARA PADRES

**Definición Operacional.**- Actividades dirigida a los padres de familia para el fomento de factores protectores relacionados a temas del desarrollo bio- social del adolescente.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP146 Actividades con Padres

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

- En el 1º Casillero Taller en Salud
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote el número de participantes

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
08	APP146			San Martín de Porres		M	N	N	1. Taller en Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	38	U122
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

### SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa C0009
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente U0034

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casos

En el ítem: Lab, anote el número de participantes en el primer casillero.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	APP93	/	/	San Juan de Miraflores	/	/	M	N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	12	C0009
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	D	R		U0034	
							F	R	R	3.	P	D	R		

### SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa C0010
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente U0034

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

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	APP141	/	/	San Juan de Miraflores	/	/	M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	D	R	20	C0010
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	D	R		U0034	
							F	R	R	3.	P	D	R		

### CAPACITACIÓN (U124)

**Definición Operacional:** Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

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

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre según sea el caso:

- APP100 Establecimiento / Personal de Salud
- APP144 Actividades con Docentes
- APP145 Actividades con Alumnos
- APP146 Actividades con Padres

**Puede utilizar cualquier otro APP descrito en el capítulo general del presente documento técnico para indicar el grupo objetivo a quien se realiza la capacitación.**

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

- En el 1º casillero Capacitación U124
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente U0034

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la capacitación

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	APP100			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Capacitación	P	D	R	24	U124
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	D	R		U0034
									3.	P	D	R		

**Cuando la Capacitación sea realizada para otro personal que no sea de salud utilice el código U124 y registre de la misma manera como se muestra en el ejemplo anterior; en el ítem 8: Historia Clínica debe identificar el APP que corresponda el grupo poblacional al que va dirigida la capacitación. (Revise el capítulo de Generalidades para conocer el listado de APP).**

**PARA EL CASO DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD EN FAMILIAS FUERTES**

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

- En el 1º casillero Capacitación
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de personas participantes
- En el 2º casillero la sigla según corresponda al tipo de taller:
  - FF = Si es sobre Familias Fuentes

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP100			Ancón		M	N	N	1. Capacitación	P	D	R	20	C0008
									2. Actividades de Salud Mental	P	D	R	FF	U0066
									3.	P	D	R		

**Siempre que la capacitación es realizada al personal de salud se debe utilizar APP100**

**ANIMACIÓN SOCIO CULTURAL (ENCUENTRO JUVENIL Y OTROS)**

**Definición Operacional.**- Conjunto de actividades de índole o característica académica, recreativa, cultural y /o deportiva, cuya finalidad es la de crear o consolidar espacios donde los adolescentes sean los protagonistas, que establezcas lazos o vínculos amigables y utilicen de manera racional su tiempo libre en actividades que enriquezcan su desarrollo integral.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades de Salud en Adolescentes

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

- En el 1º Casillero Animación Socio Cultural
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem: Lab, anote el número de participantes

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
08	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	38	U111
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

## FORMACIÓN DE ADOLESCENTES COMO EDUCADORES DE PARES

**Definición Operacional.**- Actividad que promueve la formación de los adolescentes en educadores de pares ya sea en instituciones educativas como en la comunidad, quienes promoverán el desarrollo integral de sus pares en el ámbito comunitario, en los diferentes procesos de atención integral de salud y en el análisis de sus principales necesidades de salud, la adecuación de la infraestructura y ambientación de los servicios.

Esta actividad será registrada por la persona responsable de la organización y lo hará al finalizar el número total de horas programadas para la actividad.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades de Salud del Adolescente

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

- Formación de Educadores de Pares
- Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero el número de sesión 1, 2, 3, 4 y en la siguiente "TA" (no se coloca 5)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
08	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Formación de Educadores de Pares	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	U1253
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0034
									3.	P	D	R		

## OTRAS ACTIVIDADES:

### EN LAS REUNIONES DE ABOGACÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS CON AUTORIDADES Y LIDERES

Actividades en el proceso de implementación de sensibilización, realice el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código según corresponda:

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| • APP91 Organización Vecinal       | • APP104 Municipalidades             |
| • APP92 Club de Madres             | • APP136 Familia y vivienda          |
| • APP93 Colegios                   | • APP144 Actividades con Docentes    |
| • APP94 Comedores                  | • APP145 Actividades con Alumnos     |
| • APP95 Organización Privada       | • APP146 Actividades con Padres      |
| • APP96 Organización Gubernamental | • APP150 Actividades con Autoridades |
| • APP102 Organizaciones Juveniles  |                                      |



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

En el ítem: Lab anote el número de participantes

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	APP104			Cusco		M	N	N	1. Reunión de Abogacía y Políticas Públicas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U7531
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

### EN LAS REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN CON OTROS ACTORES

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

- En el 1º casillero Reunión de Sensibilización
- En el 2º Casillero Actividades de Promoción de la Salud

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	APP91			Puente Piedra		M	N	N	1. Reunión de Sensibilización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	U753
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

En general las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar.

Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y se ser posible lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.