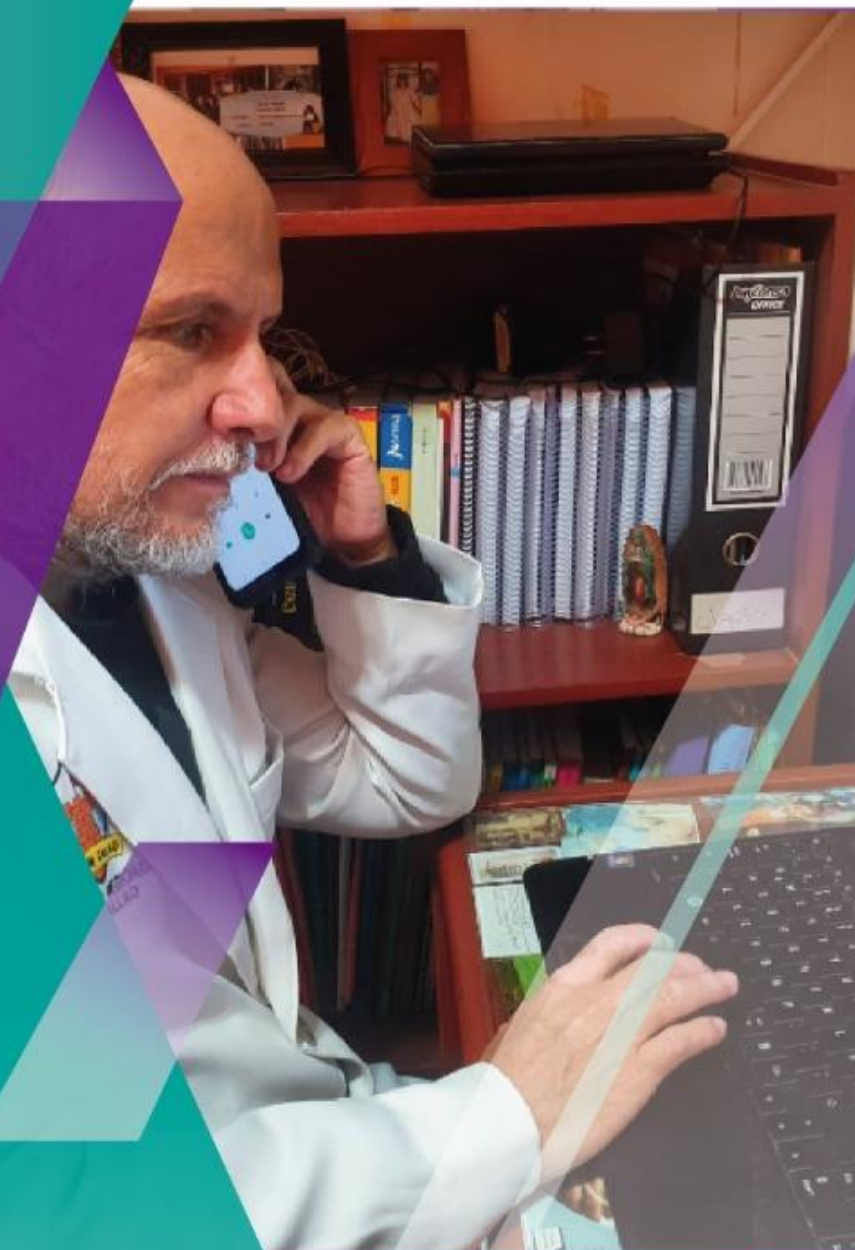




PERÚ

Ministerio
de Salud

Red Nacional de
TeleSalud
Perú



Teleconsulta
Teleinterconsulta
Teleorientación
Telemonitoreo



MANUAL

DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS
DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA
Sistema de Información **HIS**



MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

VERSIÓN 2

SISTEMA DE INFORMACION HIS

DIRECCIÓN GENERAL DE TELESALUD, REFERENCIAS Y URGENCIAS
DIRECCION DE TELEMEDICINA

2021



ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

BERNARDO ELVIS OSTOS JARA
Viceministro de Salud de
Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SILVIANA YANCOURT RUIZ
Secretaria General

LILIANA MÁ CÁRDENAS
Directora General
Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

LUIS ALBERTO HUAMANÍ PALOMINO
Director General
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Pública

JESÚS ANTONIO CARDENAS OSCATA
Director General
Oficina General de Tecnología de la Información

ÁMÉRICA LUCÍA CHANG YUI
Directora Ejecutiva
Dirección de Telemedicina

ÍNDICE

	Página
Presentación	04
Procedimientos Médicos y Sanitarios del Servicio de Telemedicina	05
Instrucciones para el Registro y Codificación de las actividades de Telemedicina	05
Definiciones	06
Registro del Servicio de Telemedicina en el HIS	11
Criterios Referenciales para el Registro en el HIS:	
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral	
Etapa de Vida Niño y Niña	12
Etapa de Vida Adolescente y Joven	15
Etapa de Vida Adulto	18
Etapa de Vida Adulto Mayor	22
Prevención y Control del Cáncer	26
Prevención y Control de Discapacidad	30
Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas	35
Inmunizaciones	37
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	40
Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable	63
Salud Bucal	66
Salud Mental	69
Salud Ocular	73
Salud Sexual y Reproductiva	76
Prevención y Control de la Tuberculosis	82
Prevención y Control de Enfermedades VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis	88
Promoción de la Salud	97

PRESENTACIÓN

En la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, modificada por Decreto Legislativo 1303 y Decreto Legislativo N° 1490, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben incorporar, en forma progresiva y en su cartera de servicios la prestación de los servicios de Telesalud.

Mediante el Decreto de Urgencia N°006-2020 y el Decreto Legislativo N°1412, se creó el Sistema Nacional de Transformación Digital y se aprueba la Ley de Gobierno Digital, respectivamente, los cuales regulan el uso transversal de las tecnologías digitales en los procesos y servicios prestados por el Estado para la sociedad, donde la Telesalud se constituye en un servicio de gobierno digital que promueve la transformación digital del Estado.

La pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 ha demostrado la importancia de la Telesalud para brindar una atención en salud en un estado de aislamiento social obligatorio y como medio de reducir el riesgo de transmisión directa o contagio por el contacto cercano. Es por ello que la Telesalud debe trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud; en ese sentido, se promulgó el Decreto Legislativo que Fortalece los Alcances de la Telesalud, aprobado por Decreto Legislativo N° 1490, cuerpo normativo en el que se incorporaron servicios de Telemedicina como la Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo, los cuales marcan un precedente en materia de salud.

Asimismo, como una respuesta a las acciones que deben desarrollarse en el marco de los servicios de Telemedicina, es que en el presente documento técnico se presentan los criterios referenciales que deben incorporarse en el Registro en el HIS de los establecimientos de salud a nivel nacional, con la finalidad de brindar como fuente básica de la información respecto a la morbilidad, preventivo-promocionales y ambulatoria brindada a los usuarios que reciben una atención por el servicio de Telemedicina. Los criterios identificados han sido propuestos por las Direcciones entre ellos: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral (Etapa Vida Niño y Niña, Etapa Vida Adolescente y Joven, Etapa de Vida Adulto, Etapa de Vida Adulto Mayor), Prevención y Control del Cáncer, Prevención y Control de Discapacidad, Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, Inmunizaciones, Metaxénicas y Zoonosis, Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable, Salud Bucal, Salud Mental, Salud Ocular, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención y Control de la Tuberculosis, Prevención y Control de Enfermedades Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, y Promoción de la Salud; articulando la propuesta con la Dirección de Telemedicina de la Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública - DGIEPS, Oficina General de Tecnologías de la Información; quienes han considerado la importancia de hacer uso de la Telemedicina realizado por personal de salud en condiciones de seguridad, calidad, equidad, eficiencia y oportunidad, considerando los determinantes sociales de la salud, con enfoques de derechos humanos, de género e interculturalidad en salud utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que fortalezca el rol rector del Ministerio de Salud y sus entidades.

En consecuencia, el registro estadístico sanitario para las atenciones que se brindan en el servicio de Telemedicina se convierte en una necesidad de importancia para la toma de decisiones en el sistema sanitario. Es por ello la Dirección de Telemedicina de la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias del Ministerio de Salud, presenta el documento denominado **“Manual de Registro y Codificación de actividades de Atención en Salud del servicio de Telemedicina”**, para su difusión y homogenización de criterios referenciales en la recopilación y codificación de la información basados en los diagnósticos CIE 10 que corresponda y del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud – MINSA.

Tabla 1: Los Procedimientos Extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos Sanitarios del Sector Salud – MINSA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
99499	Telemedicina
99499.01	Teleconsulta en Línea
99499.02	Teleecografía en Línea
99499.03	Teleconsulta fuera de Línea
99499.04	Teleecografía +Teleconsulta en Línea
99499.05	Teleradiografía fuera de Línea
99499.06	Teletomografía fuera de Línea
99499.07	Telemamografía fuera de Línea
99499.08	Teleorientación Síncrona
99499.09	Teleorientación Asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta Síncrona
99499.12	Teleinterconsulta Asíncrona
93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado
93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso, supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TELEMEDICINA

Para el registro de los datos generales se hacen seguimiento las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnósticos, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y LAB presentan algunas particularidades que se detalla a continuación:

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

D: (Diagnóstico Definitivo): Cuando se tiene certeza del diagnóstico 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 Repetitivo): 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 que se estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos y/o actividades lo que se van a registrar, debe continuarse en el siguiente registro y trazar una Línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta donde se dio el servicio.

La atención de Telemedicina es transversal a las atenciones que se brinda en las diferentes áreas de acción del campo de la salud y puede darse por parte del personal de salud.

B. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA:

Los servicios de Telemedicina que se brindan, se registran en el formulario HIS al momento de su desarrollo y cuando se concluye en el servicio brindado.

C. DEFINICIONES:

Para efectos del presente manual se considera algunas de las definiciones operacionales:

- **ACTO MÉDICO:**

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que deriven directamente de estos.

- **ACTO DE SALUD:**

Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud excepto el médico cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad.

- **ASÍNCRONA:**

Comunicación en tiempo diferido, quiere decir que no está en Línea (off-line).

- **CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD:**

Es el conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Es el derecho reconocido a los usuarios mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, con la finalidad de brindar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

- **DISCAPACIDAD:**

Término genérico que incluye las deficiencias de funciones y o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

- **SÍNCRONA:**

Comunicación directa en tiempo real a través de un medio de comunicación.

- **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN – TIC:**

Son un conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

- **TELEMEDICINA:**

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.

- **TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO**

Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente, incluye diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.

- **TELEMONITOREO:**

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

- **TELESALUD:**

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.

- **TELEINTERCONSULTA:**

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

- **TELEORIENTACIÓN:**

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

- **TELECERTIFICACIÓN:**

Acto médico por el cual el médico debidamente capacitado y acreditado realiza la certificación de la condición de salud y la discapacidad de acuerdo a la normativa vigente en la materia, haciendo uso de las TIC y cuyo acto se encuentra debidamente fundamentado y registrado en la Historia Clínica o Historia Clínica Electrónica.



- **TELEREHABILITACIÓN¹**

Provisión de servicios de salud a distancia en el componente de rehabilitación, prestada por personal de salud mediante el uso de las TIC, con el propósito de facilitar el acceso al servicio de rehabilitación a la población.

- **TELETERAPIA¹**

Procedimiento terapéutico donde el paciente realiza las terapias indicadas en el plan de rehabilitación prescritas por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o médico general capacitado y guiadas por un profesional de la salud competente en forma remota mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC.

- **IPRESS INTERCONSULTANTE:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud, registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, con limitaciones de acceso o capacidad resolutoria, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de telemedicina (teleinterconsulta) de una o más IPRESS consultoras.

- **IPRESS INTERCONSULTORA:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y brinda servicios de Telemedicina (teleinterconsulta) a las IPRESS interconsultantes.

- **TELEINTERCONSULTANTE:**

Personal de la salud que Labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de Telemedicina a uno o más teleconsultores de una IPRESS consultora.

- **TELEINTERCONSULTORA:**

Profesional de la salud, que Labora en una IPRESS, que brinda servicios de Telemedicina teleinterconsulta a uno o más teleinterconsultantes.

¹ Elaboración propia de la Dirección de Prevención y Control de Discapacidad.



D. REGISTRO DE LA PRESTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Para el registro en el HIS del número de la Historia Clínica del usuario de Telemedicina, se toma en cuenta lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 1490, con el objeto de Fortalecer los Alcances de la Telesalud con énfasis los servicios de Telemedicina: Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación y Telemonitoreo

Por otro lado, se identifica:

- a) La IPRESS Interconsultante registra en la Historia Clínica del paciente todo acto brindado por el servicio de Telemedicina, de acuerdo a la normativa vigente.
- b) La IPRESS Interconsultora no apertura Historia Clínica por los servicios brindados de Telemedicina, sin embargo, lleva un registro detallado de las atenciones brindadas y de los formatos de atención de Telemedicina.

La teleinterconsultora registra en el campo de Historia Clínica del formato HIS el Número de documento de identidad del paciente.

E. REGISTRO IPRESS INTERCONSULTORA E IPRESS INTERCONSULTANTE

➤ TELEINTERCONSULTA:

En el HIS para diferenciar a la IPRESS Interconsultora / IPRESS Interconsultante se hará uso del ítem LAB considerando:

LAB : 1= Interconsultante

LAB : 2= Interconsultora

Como se muestra en lo siguiente:

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
7	8	9	11				13	14	15		16	17	18	19		20	21	22			
D.N.I.			FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE VALOR		CÓDIGO			
DIA HISTORIA CLINICA			10		12									Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		DIAGNÓSTICO		LAB		CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA		CENTRO POBLADO			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____							
							A	M	PC		PESO	N	N	1.		P	D	R			Interconsulta
							M				TALLA	C	C	2.		P	D	R			
							D	F	Pab		Hb	R	R	3.		P	D	R	1		

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
7	8	9	11				13	14	15		16	17	18	19		20	21	22			
D.N.I.			FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE VALOR		CÓDIGO			
DIA HISTORIA CLINICA			10		12									Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		DIAGNÓSTICO		LAB		CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA		CENTRO POBLADO			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____							
							A	M	PC		PESO	N	N	1.		P	D	R			Interconsulta
							M				TALLA	C	C	2.		P	D	R			
							D	F	Pab		Hb	R	R	3.		P	D	R	2		

F. PAUTAS DEL NUMERO DE CONTROL PARA EL REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

En el HIS para diferenciar el número de Telemedicina se hará uso del ítem LAB considerando:

LAB : 1, 2, 3 = Número de control de Telemedicina según corresponda.

G. REGISTRO DE ETNIAS EN EL HIS

En el caso de corresponder la atención de un paciente proveniente de una etnia debe ser registrada en cumplimiento a la Directiva Administrativa para el registro de la pertinencia étnica en el sistema de Información en Salud.²

H. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL HIS

A continuación, se muestra algunos criterios referenciales para el registro en el presente HIS

² Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA.

ETAPA DE VIDA NIÑO Y NIÑA

➤ TELECONSULTA EN LÍNEA

A. RECIEN NADIDO BAJO PESO AL NACER

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de nacimiento del RN **SÓLO** si presenta antecedentes de bajo peso, pretérmino, postérmino; en este ejemplo se colocaría **RN bajo peso al nacer**.
- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán el blanco.

AÑO ³	MES ⁴	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶									
										DNI									
DIA	8	9	11		13	14	15		16	17	18	19			20		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R 1ª 2ª 3ª			LAB		CIE / CPT			
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
3	98251652	2	ATE		4	A	M	PC	PESO	N	N	1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED NEONATO			P	D	R		99381.01
	M					X		TALLA	X	X	2. RN BAJO PESO AL NACER.			P	D	R		P07.1	
	56975	59	X	X		Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LÍNEA			P	D	R		99499.01		

B. NIÑA DE 7 MESES CON ALIMENTACIÓN INADECUADA

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de crecimiento y desarrollo, **SÓLO** si existe un riesgo; en este ejemplo se colocaría Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada).
- En el 3° casillero se registrará el servicio realizado Teleconsulta en Línea.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO ³	MES ⁴	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶									
										DNI									
DIA	8	9	11		13	14	15		16	17	18	19			20		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R 1ª 2ª 3ª			LAB		CIE / CPT			
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
3	98251652	2	ATE		3	A	M	PC	PESO	N	N	1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P	D	R		99381
	M					X		TALLA	X	X	2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y Hábitos alimentarios inapropiados. (ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA)			P	D	R		Z72.4	
	56975	59	X	X		Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LÍNEA			P	D	R		99499.01		

Excepciones para el Ítem Tipo de diagnóstico

- En caso la niña o niño continúe durante la Teleconsulta con el mismo diagnóstico se seguirá marcando "R" hasta la recuperación en donde se colocará "PR" en el LAB, y luego se volverá a marcar "D".
- En caso la niña o niño durante la Teleconsulta cuente con un diagnóstico como presuntivo se marcará "P".

 ➤ **TELEORIENTACION:**
C. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA.

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Síncrona**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en **blanco**.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁵					
													DNI					
7 DIA	8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20	21		22	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTÁ- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE VALOR			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12											DIAGNÓSTICO				LAB
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°			
3	98152635	2	ATE		3	A	PC	PESO	N	N	1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P	X	R		99381
	54324					59		D	F	Pab	TALLA			2. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.			P	X
		Hb	R	R							3. TELEORIENTACION SINCRONA			P	X	R		99499.08

D. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA (consejería o asesoría) COMO PARTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO EN LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 1 AÑO.

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

- En el 1° casillero se colocará Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión. **En menor de 1 año** En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Síncrona**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en **blanco**.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
													DNI												
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18	19			20		21	22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		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: ___/___/___												
3		98251652		2		ATE			A		M	PC		PESO		N	N	1. ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO. AREAS: LENGIA, EJEMOTORA, DE COORDINACION Y SOCIAL/SESION			P		D	R	99411.01
		56975		59					M		Pab	TALLA		X	X	2. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.			P		D	R	99401.03		
									D			Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA			P		D	R	99499.08		

➤ TELEMONITOREO

E. CUANDO EL NIÑO O NIÑA NECESITE DE UN MONITOREO O SEGUIMIENTO.

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

- En el 1º casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2º casillero se registrará el **Telemonitoreo**.
- En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “**D**”
- En el ítem **LAB** anote:
- Todos los casilleros quedaran en **blanco**.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
													DNI												
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18	19			20		21	22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		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: ___/___/___												
3		98152635		2		ATE			A		M	PC		PESO		N	N	1. ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P		D	R	99381
		54324		59					M		Pab	TALLA		X	X	2. TELEMONITOREO			P		D	M	99499.10		
									D			Hb		R	R	3.			P		D	R			

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y JOVEN

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

Primer Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la teleinterconsulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar
- 2do casillero: La atención de Consejería de prevención en riesgos de salud mental
- 3er casillero: La siguiente atención: Consejería para el autocuidado
- Siguiendo casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona (1 para el solicitante)**

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D"

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

IPRESS TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2020		mayo		El Tambo				302304			DNI									
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTICO VALOR LAB			CODIGO 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: / /								
27	99526232		JESUS MARÍA		16	M	PC	PESO	N	N	1.	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar			P	X	R			Z553
	99526232					M	Pab	TALLA	X	X	2.	Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental			P	X	R			99402.09
						D		Hb	R	R	3.	Consejería para el autocuidado			P	X	R			99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
						A	PC	PESO	N	N	1.	Teleinterconsulta síncrona			P	X	R	1		99499.11
						M		TALLA	C	C	2.				P	D	R			
						D	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R			

Segundo Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la consulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar
- 2do casillero: El hallazgo del especialista: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa
- 3er casillero, Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona (En Lab. 2 que responde a quien se realiza la referencia)**
- Dependiendo la necesidad; precisará la prescripción correspondiente.

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D o P" del motivo de la consulta

- En el siguiente ítem del hallazgo marcará "D"
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

IPRESS TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020		mayo		El Tambo		302304		DNI										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT					
	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: / /							
27	99526232		JESUS MARÍA	16	M	PC	PESO		N	N	1.	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z553
	99526232						TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z637
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	Teleinterconsulta sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de consulta la Consejería que se brinda al adolescente, según necesidad.
- 2do casillero: Atención, Motivo de consulta o consejería que demande la atención.
- 3er casillero: Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele orientación sincrona**.

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D".

En el ítem Lab. El número de consejería que corresponda de acuerdo al caso.

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020		mayo		El Tambo		302304		DNI										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT					
	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: / /							
25	56906798	10	JESÚS MARIA	16	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería /Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.03
	56906798						TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.19
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	Teleorientación Sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99499.08

➤ TELEMONITOREO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la llamada: Embarazo no confirmado.
- 2do casillero: La atención o necesidad: Orientación/ Consejería en planificación familiar
- 3er casillero: La siguiente atención: consejería nutricional: alimentación saludable.
- Siguiente casillero: la atención de consejería para el autocuidado.
- Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso



En el ítem Tipo de diagnóstico, que corresponde a tele monitoreo, se marcará siempre “R”

- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2020			Mayo			El Tambo			302304			DNI																			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT					
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		D		19		29		39	
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
		98569067		10		ATE		17		M		PC		PESO		N		N		1.		Embarazo no confirmado		P		D		X		Z320	
26		98569067						M		F		Pab		TALLA		X		X		2.		Orientación/Consejería en Planificación Familiar		P		R				99402.04	
				58				D		F		Pab		Hb		R		R		3.		Consejería Nutricional: Alimentación Saludable		P		R				99403.01	
		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
		A		M		PC		PESO		N		N		1.		Consejería para el autocuidado		P		X		R						99401.19			
		M						TALLA		C		C		2.		Telemonitoreo		P		X		R						99499.10			
		D		F		Pab		Hb		R		R		3.				P		D		R									

ETAPA DE VIDA ADULTO

➤ TELECONSULTA EN LINEA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea.

En el ítem: LAB anote:

En el 3er casillero: No se colocará nada.

AÑO 3			MES 4				NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7														
											DNI 12345678 JUAN PEREZ																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO																P D R 1º 2º 3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: 05 / 01 / 2020_ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06 / 06 / 2020_ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___																													
11		198765432		2		BELLAVISTA		45		M		PC		PESO		N		N		1. CEFALEA		P		X		R		R51	
		2368		58				M		F		Pab		TALLA		X		X		2. HIPERTENSION ARTERIAL		X		D		R		I10X	
								D						Hb		R		R		3. TELECONSULTA EN LINEA		P		X		R		99499.01	

➤ TELEINTERCONSULTA SINCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando.

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta).
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta).

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES		4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
												DNI																			
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19				20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																		P D R 1º 2º 3º							
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
		198765432		2		BELLAVISTA		45		M		PC		PESO		N		N		1. OBESIDAD				P		R				E669	
		123456		59				45		M		Pab		TALLA		X		X		2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				P		R				E119	
		2456						45		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA				P		R		1		99499.11	

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES		4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
												DNI		12345678		JUAN PEREZ															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19				20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																		P D R 1º 2º 3º							
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
		198765432		2		BELLAVISTA		45		M		PC		PESO		N		N		1. OBESIDAD				P		R				E669	
		3698		58				45		M		Pab		TALLA		X		X		2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				P		R				E119	
								45		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA				P		R		2		99499.11	

➤ TELEINTERCONSULTA ASINCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Asíncrona

En el ítem LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES		4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
												DNI		12345678		JUAN PEREZ															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19				20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																		P D R 1º 2º 3º							
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
		98765432		2		RIMAC		42		M		PC		PESO		N		N		1. OBESIDAD				P		R				E669	
		12345		58				42		M		Pab		TALLA		X		X		2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				P		R				E119	
								42		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA				P		R		1		99499.12	

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
												DNI	12345678	JUAN PEREZ										
7	8		9	11		13	14	15	16	17	18	19			20	21		22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR 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	98765432		2	RIMAC		42	M	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E669			
	12345			58					M	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E119
														Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería Salud mental.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1ero, 2do y 3er casillero: marque D en todos los casos por ser actividades

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Numero de consejería
- En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
												DNI	12345678	JUAN PEREZ									
7	8		9	11		13	14	15	16	17	18	19			20	21		22					
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR 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: / /					
20	19876543		2	BREÑA		55	M	PC	PESO		N	N	1. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF		U140		
	12345			58					M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.14
													Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1

➤ TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Salud mental.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 2do y 3er casillero: marque D en ambos casos por ser actividades

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Asíncrona que corresponda (1,2...)



AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
																				DNI	12345678	JUAN PEREZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20			21			22											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA AHEMOGLOBINA	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: / /			
20	19876543	2	BREÑA	55	M	PC	PESO	N	N	1. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL				P	X	R	VIF			U140											
	12345				M	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL				P	X	R	1			99402.14											
		58			D		Hb		R	R	3. TELEORIENTACION ASINCRONA				P	X	R	1		99499.09											

➤ **TELEMONITOREO:**

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el problema o síndrome o motivo de monitoreo.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero considerar "D" si es primera evaluación.
- En el 2do casillero "D" por ser un problema o síndrome conocido
- En el 3er casillero "D" por una actividad.

En el ítem: LAB anote:

- En el 3º casillero el número de Telemonitoreo que corresponda (1,2...)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
																				DNI	12345678	JUAN PEREZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20			21			22											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA AHEMOGLOBINA	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: / /			
20	12345678	2	SAN MARTIN	50	M	PC	PESO	N	N	1. HIPERTENSION ARTERIAL				P	X	R				I10X											
	321654				M	Pab	TALLA	X	X	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				P	X	R				E11.9											
		58			D		Hb		R	R	3. TELEMONITOREO				P	X	R	1		99499.10											

ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

➤ TELECONSULTA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de caídas en los últimos tres meses.
- En el 2do casillero: Se colocará el número de la Teleconsulta realizada.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																									
														DNI																									
7		8		11					13		14		15		16		17		18		19					20		21		22									
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA					EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO 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																								P		D		R							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(7)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
25543431		1		HUANCAYO					72		M		PC		PESO		N		N		1. CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA					P		R		1				W.010					
22554		58							D		Pab		TALLA		Hb		R		R		2. TELECONSULTA EN LÍNEA					P		R				99499.01							
																					3.					P		D		R									

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona

En el ítem: LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷														
														DNI														
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21	22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		D	R	1º	2º	3º
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																P		D	R	1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
14		25543431		2		LA VICTORIA			65		M	PC		PESO		N	N		1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL			P		D	R			I10x
		22554		58					65		M	Pab		TALLA		X	X		2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			P		D	R			E119
									65		D	Pab		Hb		R	R		3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA			P		D	R	1		99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷														
														DNI														
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21	22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		D	R	1º	2º	3º
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																P		D	R	1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
13		25543431		2		LA VICTORIA			65		M	PC		PESO		N	N		1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL			P		D	R			I10x
		22554		58					65		M	Pab		TALLA		X	X		2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			P		D	R			E119
									65		D	Pab		Hb		R	R		3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA			P		D	R	2		99499.11

➤ TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Asíncrona

En el ítem LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷														
														DNI														
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21	22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		D	R	1º	2º	3º
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																P		D	R	1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
13		25543431		2		LA VICTORIA			65		M	PC		PESO		N	N		1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL			P		D	R			I10x
		22554		58					65		M	Pab		TALLA		X	X		2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			P		D	R			E119
									65		D	Pab		Hb		R	R		3. TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA			P		D	R	1		99499.12

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷												
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21		22
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
HISTORIA CLINICA		10		12																P	D	R	19	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
25543431		2		LA VICTORIA			65	M	PC		PESO		N	N	1.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL					P	X	R			I10x
22554		58					72	M	Pab		TALLA		X	X	2.	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN					P	X	R			E119
							D	F			Hb		R	R	3.	TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA					P	X	R	2		99499.12

 ➤ **TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:**

En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 2do y 3er casillero: marque D en ambos casos por ser actividades

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Numero de consejería
- En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷												
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21		22
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
HISTORIA CLINICA		10		12																P	D	R	19	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
25543431		1		CAJAMARCA			72	M	PC		PESO		N	N	1.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS					P	X	R			Z724
22554		58					72	M	Pab		TALLA		X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL					P	X	R	1		99401
							D	F			Hb		R	R	3.	TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA					P	X	R	1		99499.08

 ➤ **TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:**

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 2do y 3er casillero: marque D en ambos casos por ser actividades

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Asíncrona que corresponda (1,2...)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6															
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO															P D R 1º 2º 3º			P D R 1º 2º 3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
18	25543431	2	CAJAMARCA			72	M	PC		PESO		N	N	1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS			P	X	R									2724	
	22554	58					M		TALLA		X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL			P	X	R	1								99401		
							D	Pab	Hb		R	R	3. TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA			P	X	R	1								99499.09		

➤ TELEMONITOREO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).
- En el 2do casillero: Se colocará el problema o síndrome geriátrico motivo de monitoreo.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero considerar “D” si es primera evaluación del VACAM.
- En el 2do casillero “D” por ser un problema o síndrome geriátrico conocido
- En el 3er casillero “D” por una actividad.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero registre la categoría de clasificación de la Persona Adulta Mayor:

AS	Persona Adulta Mayor Saludable	AF	Persona Adulta Mayor Frágil
E	Persona Adulta Mayor Enferma	GC	Persona Adulta Mayor Geriátrico Complejo

- En el 2º casillero el número de caídas (1, 2...)
- En el 3º casillero el número de Telemonitoreo que corresponda (1,2...)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6															
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO															P D R 1º 2º 3º			P D R 1º 2º 3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
14	25543431	2	HUANCAYO			72	M	PC		PESO		N	N	1. VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR			P	X	R	AF							99387		
	22554	58					M		TALLA		X	X	2. CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA			P	X	R	1								W.010		
							D	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO			P	X	R	1								99499.10		

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

➤ TELEORIENTACIÓN:

CONSEJERÍA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico.
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Número de consejería

2		3	4				5						6							
Nº		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
7		8	11				13	14	15		16	17	18	19		20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA				EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE		VALOR	CÓDIGO		
	HISTORIA CLINICA	10	12												DIAGNÓSTICO		LAB	CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
35241796		2	SANTA MARIA				23	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERÍA EN ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO		P	D	R	1	99401.26
								M			TALLA	X	X	2. CANCER DE MAMA		P	D	X		C509
58								D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNICA		P	D	R		99499.08

ENTREGA DE RESULTADOS DE TAMIZAJES TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la actividad “entrega de resultados PAP”
- En el 2do casillero: Se colocará la consejería
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el resultado del PAP
- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería

2		3	4				5						6							
Nº		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
7		8	11				13	14	15		16	17	18	19		20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA				EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE		VALOR	CÓDIGO		
	HISTORIA CLINICA	10	12												DIAGNÓSTICO		LAB	CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
35241796		2	SANTA MARIA				23	A	M	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS PAP		P	D	R	N	88141
								M			TALLA	X	X	2. CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE CANCER		P	D	R	1	99402.08
58								D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNICA		P	D	R		99499.08

➤ TELEMONITOREO:

ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la actividad “entrega de resultados biopsia de estómago”
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 3er casillero: Se colocara Telemonitoreo

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el resultado de la biopsia

2	3	4	5					6					7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR			CÓDIGO						
	HISTORIA CLINICA	10	12			n	ION	BLEC	VICIO	IDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB	CIE /CPT								
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	20295134	2	LOS OLIVOS		28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	ENTREGA DE RESULTADOS DE BIOPSIA DE ESTOMAGO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A		43600	
		59				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C169	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10	

MONITOREO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda
- En el 3er casillero: Se colocara Telemonitoreo

2	3	4	5					6					7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR			CÓDIGO						
	HISTORIA CLINICA	10	12			n	ION	BLEC	VICIO	IDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB	CIE /CPT								
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	25879462	2	EL AGUSTINO		23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C509	
		59				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	EXAMEN DEL SEGUIMIENTO CONSECUTIVO AL TRATAMIENTO POR TUMOR MALIGNO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2089	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10	

ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA CONTROL DE PACIENTE CONOCIDO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda
- 3er casillero: Telemonitoreo

En el ítem: LAB anote:

- 2do casillero: Se colocará el número de atención en cuidados paliativos

2	3	4	5	6																		
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
													DNI									
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE VALOR			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12				ION	BLEC	VICIO	DAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB										
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R		1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	TUMOR MALIGNO DE CUELLO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C539	
		59				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99489
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb	R	R	3.	TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.10
2	3	4	5	6																		
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
													DNI									
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE VALOR			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12				ION	BLEC	VICIO	DAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB										
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R		1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO		33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	TUMOR MALIGNO DE CUELLO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C539	
		59				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99489
						<input checked="" type="checkbox"/>	D			Hb	R	R	3.	PROBLEMAS SOCIALES CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					2658
2	3	4	5	6																		
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
													DNI									
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE VALOR			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12				ION	BLEC	VICIO	DAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB										
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R		1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.10
						<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R					
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R					

➤ TELEMAMOGRAFÍA:

Con la finalidad de tener un adecuado registro de las actividades de telemamografía en la IPRESS interconsultante e IPRESS interconsultora se ha diferenciado el mismo, tomando en cuenta los resultados en los diferentes BI-RADS.

TELEINTERCONSULTANTE

Nota: Solo para el registro de Telemamografía (toma del examen de mama) en el teleinterconsultante se debe dejar en blanco el ítem LAB

2	3	4	5	6																		
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
													DNI									
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE VALOR			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12				ION	BLEC	VICIO	DAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB										
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R		1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.	TELEMAMOGRAFÍA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.07
		59				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2.		P	D	R					
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R					

TELEINTERCONSULTORA

En el ítem tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem LAB:

- En el 1° casillero registre la categoría de evaluación BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System):
 - 0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
 - 1 = Negativa (BI - RADS 1)
 - 2 = Benigna (BI - RADS 2)
 - 3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
 - 4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
 - 5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
 - 6 = Malignidad conocida (Bi - RADS 6)

Nota: Se considera para el teleinterconsultora la entrega del informe de la lectura realizada al teleinterconsultante y se coloca en ítem LAB el resultado de BI-RARDS según corresponda.

2	3	4	5				6															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	11		13	14	15		16	17	18	19			20	21		22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	LITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAC	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA			TIPO DE		VALOR		CÓDIGO				
HISTORIA CLINICA	10	12							BLEC	VICIO	DAD DE SALUD			DIAGNÓSTICO		LAB		CIE / CPT				
GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	TELEMAMOGRAFÍA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99499.07	
		59				<input type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2.		P	D	R				
						<input checked="" type="checkbox"/>	Pab							3.		P	D	R				
						<input type="checkbox"/>	D			Hb		R	R			P	D	R				

PREVENCIÓN Y CONTROL DE DISCAPACIDAD

A continuación, se muestra algunos ejemplos referenciales para el registro en el HIS.

➤ TELECONSULTA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

- En el 3er casillero: No se colocará nada.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6				
													DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC. VICIO	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: ____/____/____					
21	20218293	2	ADAHUAYLAS	45	M	PC	PESO	N	1.	INFARTO CEREBRAL	P	D				1639	
	231458	58			M			TALLA		C	2.	CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	R			99247
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA	P	R			99499.01

➤ TELEINTERCONSULTA:

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleinterconsulta.
- En el 2do casillero: Anote teleinterconsulta.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 2º casillero LAB anote:
1= Teleinterconsultante (solicitud de la Teleinterconsulta)
2= Teleinterconsultor (responde la Teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6				
													DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC. VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12							P <th rowspan="2">D <th rowspan="2">R <th rowspan="2">1º <th rowspan="2">2º <th rowspan="2">3º <th rowspan="2"></th> </th></th></th></th></th>	D <th rowspan="2">R <th rowspan="2">1º <th rowspan="2">2º <th rowspan="2">3º <th rowspan="2"></th> </th></th></th></th>	R <th rowspan="2">1º <th rowspan="2">2º <th rowspan="2">3º <th rowspan="2"></th> </th></th></th>	1º <th rowspan="2">2º <th rowspan="2">3º <th rowspan="2"></th> </th></th>	2º <th rowspan="2">3º <th rowspan="2"></th> </th>	3º <th rowspan="2"></th>		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
21	40005000	2	ANDAHUAYLAS	2	A	PC	PESO	N	1.	ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIDAD)	P	D				287.6	
	102030	58			M			TALLA		C	2.	CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	R			99247
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	R	1		99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
21	20218293	2	ATE		2	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIEDAD)	P	D	X			287.6	
	102030	58				M	F	Pab	TALLA	X	C	2.	CONSULTA MÉDICO ESPECIALIZADA	P	X	R			99247	
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	X	R	2		99499.11	

➤ TELEORIENTACION:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
21	20218293	2	ANAHUAYLAS		45	M	M	PC	PESO	N	N	1.	COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO	P	D	X			U071	
	102030	58				M	F	Pab	TALLA	X	C	2.	CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	X	R			99247	
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R			99499.08	

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
21	40005000	2	ANAHUAYLAS		45	M	M	PC	PESO	N	X	1.	COVID -19, VIRUS NO IDENTIFICADO	P	D	X			U072	
	102030	58				M	F	Pab	TALLA	X	C	2.	CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	X	R			99247	
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION ASINCRONA	P	X	R			99499.09	

TERAPIA FISICA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
														DNI																						
7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20		21		22																
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA		10		12								P D R 19 2º 3º			P D R		19 2º 3º		CIE / CPT																
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS		45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1.	SECUELAS DE POLIOMIELITIS			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			891.X													
	102030		58					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	EVALUACION DE TERAPIA FISICA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			97001													
								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99499.08													

TERAPIA DE LENGUAJE:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Sincrónica.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
														DNI																						
7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20		21		22																
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA		10		12								P D R 19 2º 3º			P D R		19 2º 3º		CIE / CPT																
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS		45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1.	INFARTO CEREBRAL			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			163.9													
	102030		58					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TERAPIA DEL LENGUAJE			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		97009													
								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08													

TERAPIA OCUPACIONAL:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Teleorientación Sincrónica.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Sincrónica.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
														DNI																						
7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20		21		22																
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA		10		12								P D R 19 2º 3º			P D R		19 2º 3º		CIE / CPT																
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS		45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1.	COVID 19, VIRUS IDENTIFICADO			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			U071													
	102030		58					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		97003													
								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08													

TERAPIA RESPIRATORIO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	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: ___/___/___										
21	20218293	2	ANDAHUAYLAS	45	M	PC		N	N	1. COVID 19, VIRUS IDENTIFICADO	P	D	X				U071					
	102030	58								M	TALLA	X	X	X	2. TERAPIA RESPIRATORIA / PROCEDIMIENTO NO LISTADO	P	X	R	1			97799
										D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R			

➤ **TELEMONITOREO**

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	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: ___/___/___										
21	40005000	2	ANDAHUAYLAS	45	M	PC		N	N	1. COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO	P	D	X				U071					
	102030	58								M	TALLA	X	X	X	2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	X	R				99247
										D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	X	R	1		

➤ **TELERADIOGRAFÍA FUERA DE LÍNEA:**

Telesradiografía fuera de Línea. Es una Teleinterconsulta, que realiza un Teleinterconsultante a un Teleinterconsultor, donde el diagnóstico se basa en la transmisión de imágenes de radiografía en tiempo real desde la IPRESS Teleinterconsultante hacia la IPRESS Teleinterconsultora.

- En el 1er casillero LAB anote:
LAB 1= Teleinterconsultante.
LAB 2= Teleinterconsultor.

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE VALOR		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: ____/____/____									
27	20218293	2	HUANUCO	45	M	PC	PESO	C	C	2	1. OTROS TIPOS DE ARTROSIS DE CADERA, SECUNDARIA BILATERAL				P	D	M16.6				
	102030	58					TALLA				R	R	3	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				P	R	99247	
							Hb							3. TELERADIOGRAFIA FUERA DE LINEA				P	R	1	99499.05

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE VALOR		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: ____/____/____									
27	20218293	2	LIMA	45	M	PC	PESO	C	C	2	1. OTROS TIPOS DE ARTROSIS DE CADERA, SECUNDARIA BILATERAL				P	D	M16.6				
	102030	58					TALLA				R	R	3	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				P	R	99247	
							Hb							3. TELERADIOGRAFIA FUERA DE LINEA				P	R	2	99499.05

➤ TELEECOGRAFÍA:

Teleecografía + Teleconsulta en línea. Es una Teleinterconsulta en tiempo real, que realiza un Teleinterconsultante a un Teleinterconsultor, donde el diagnóstico se basa en la transmisión de imágenes de ecografía en tiempo real desde la IPRESS Teleinterconsultante hacia la IPRESS Teleinterconsultora.

- En el 1er casillero LAB anote:
LAB 1= Teleinterconsultante.
LAB 2= Teleinterconsultora.

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE VALOR		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: ____/____/____									
27	20218293	2	HUANUCO	45	M	PC	PESO	C	N	1	1. TENDINITIS DEL SUPRA ESPINOSO				P	D	M75.4				
	102030	58					TALLA				R	R	3	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				P	R	99247	
							Hb							3. TELEECOGRAFIA + TELECONSULTA EN LINEA				P	R	1	99499.04

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE VALOR		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: ____/____/____									
27	20218293	2	LIMA	45	M	PC	PESO	C	C	2	1. TENDINITIS DEL SUPRA ESPINOSO				P	D	M75.4				
	102030	58					TALLA				R	R	3	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				P	R	99247	
							Hb							3. TELEECOGRAFIA + TELECONSULTA EN LINEA				P	R	2	99499.04

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, RARAS Y HUERFANAS

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la valoración clínica de factores de riesgo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico nutricional que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 4to casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará DNT.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC		SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12															P D R		1º 2º 3º							
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
21		98251652		2		ATE		M PC		PESO		N N		1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO			P X R		DNT				Z019					
		56975		58				M Pab		TALLA		X X		2. SOBREPESO			P X R						E66.2					
								D		Hb		R R		3. SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO			P X R						Z017					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
								A M PC		PESO		N N		1. TELEORIENTACION SINCRONA			P X R						99499.08					
								M		TALLA		C C		2.			P D R											
								D F Pab		Hb		R R		3.			P D R											

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS A TRAVÉS DE TELEMONITOREO SEGUNDA ATENCIÓN:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero se colocará motivo de la consulta de continuación de la primera atención de valoración clínica.
- En el 2do y siguientes casilleros se consignarán los resultados de los exámenes de laboratorio.
- En el 3ro Finalizando con la actividad de Telemonitoreo

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar DNT que corresponde a la actividad de daños no transmisibles.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC		SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12															P D R		1º 2º 3º							
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
21		43578908		2		ATE		M PC		PESO		N N		1. EVALUACION DE ENTREGA DE RESULTADOS DE DIAGNOSTICOS			P X R		DNT				U262					
		4567		58				M Pab		TALLA		X X		2. HIPERGLUCEMIA NO ESPECIFICADA			P X R						R739					
								D		Hb		R R		3. TELEMONITOREO			P X R						99499.10					

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE TELEMONITOREO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de enfermedad hipertensiva.
- En el 2do casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda.

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar N: presión arterial <140/90 y A: presión arterial ≥ 140/90

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
		GESTANTE/P UER P ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:				
		P	D	R	1º	2º	3º				P	D	R	1º	2º	3º		
21		98152546	2	ATE	38	M	PC	PESO	N	N	1. HIPERTENSION ARTERIAL			P	D	R	DNT	110
		5467				M		TALLA			2. TELEMONITOREO			P	D	R		99499.10
			58			F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R		

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS A TRAVÉS DE TELEMONITOREO.

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: se colocará el diagnóstico hallado.
- En el 2do casillero: se registrará el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda.

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar N: glucosa 70- 130mg/dl y A: glucosa >130mg/dl.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
		GESTANTE/P UER P ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:				
		P	D	R	1º	2º	3º				P	D	R	1º	2º	3º		
21		4826351	2	COMAS	38	M	PC	PESO	N	N	1. DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN COMPLICACIONES			P	D	R	DNT	110
		45672				M		TALLA			2. TELEMONITOREO			P	D	R		99499.10
			58			F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R		

INMUNIZACIONES

➤ TELECONSULTA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE del efecto adverso identificado
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 3ro casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea.

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶													
														DNI													
7	8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA BLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
DIA		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: / /															
29	34567892		2		ATE		A M PC		PESO		N N		1. EFECTO ADVERSO A LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA		P		D R								Y5901		
	56975		58				M Pab		TALLA		X X		2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES		P		D R								99401.07		
							D		Hb		R R		3. TELECONSULTA EN LINEA		P		D R								99499.01		

La madre y/o persona a vacunar llama a la enfermera para consultas relacionadas a inmunizaciones

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA

TELEINTERCONSULTANTE:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1º, y SIEMPRE en el casillero 2do el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero, Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "1" para indicar la SOLICITUD de Teleinterconsulta Síncrona.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																									
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19					20		21		22											
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC	SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT											
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																			P	D	R	18	28	38											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
25		34567892		2		SAN LUIS			3		A	M	PC		PESO		N	N		1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG					D	R			Y580										
		56975		58							M		TALLA							2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA					P	D	R	1		99499.11									
											F	Pab	Hb			R		R		3.					P	D	R												

Personal de enfermería consulta con otro profesional de la salud

TELEINTERCONSULTORA:

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

- En el 1ro casillero: Se consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque para todos los casos "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "2" para indicar la ATENCIÓN de Teleinterconsulta Síncrona.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																									
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19					20		21		22											
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC	SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT											
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																			P	D	R	18	28	38											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
25		34567892		2		SAN LUIS			3		A	M	PC		PESO		N	N		1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG					D	R			Y580										
		56975		58							M		TALLA							2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA					P	D	R	2		99499.11									
											F	Pab	Hb			R		R		3.					P	D	R												

Profesional de la salud atiende interconsulta de profesional de enfermería

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE para ambos casos "D".

En el ítem: LAB dejar en blanco.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
										DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	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	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
31	34567892	2	JESUS MARIA	1	M	PC	PESO	N	N	1. CONSERIA EN INMUNIZACION	P	D	R	99401.07
	56975				M		TALLA		D	2. TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	99499.08
		58			D	Pab	Hb		R	3.	P	D	R	

Nota: Para el caso de la vacunación a menores de edad en los que la coordinación y gestión de la cita para vacunación se realizar con la madre, padre o tutor debe consignarse los datos den vacunado para el registro HIS.

- Enfermera llama a la madre y/o persona a vacunar para concretar cita para vacunación.

➤ TELEMONITOREO

En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 3ro casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: LAB dejar en blanco.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
										DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	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	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
30	34567892	2	SAN LUIS	1	M	PC	PESO	N	N	1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG	P	D	R	Y580
	56975				M		TALLA		D	2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES	P	D	R	99401.07
		58			D	Pab	Hb		R	3. TELEMONITOREO	P	D	R	99499.10

Enfermera llama a la madre y/o persona vacunada para seguimiento post vacunación.

ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOSIS

➤ TELEMONITOREO

CASO PROBABLE DE DENGUE

En el registro HIS anote:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico según tipo de Dengue.
- En el 2do casillero: Se colocará toma de muestra diagnóstico.
- En el 3er casillero: Se colocará administración de Tratamiento de ser el caso.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero: Se colocará "P": Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará "D": Definitivo.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de tratamiento de ser el caso (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

Caso probable de Dengue y Toma de muestra:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																		
7		8		9		11			13		14		15			16		17		18		19			20			21			22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR 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: / /																
21	623745		2		COMAS			27		M		PC			PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P			D R			A970		
	45672		58					M		Pab			TALLA		C		C		2. TOMA DE MUESTRA DE DIAGNOSTICO			P			D R			U2142				
								D					Hb		R		R		3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P			D R			1 U310				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
A		M		PC			PESO		N		N		1. TELEMONITOREO			P			D R			1 99499.1										
M		F		Pab			TALLA		C		C		2.			P			D R													
D							Hb		R		R		3.			P			D R													

El registro de Administración de Tratamiento en los Casos Probables de Dengue está sujeta a evaluación clínica del personal de salud que atiende el caso.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO CLÍNICO DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Dengue sin señales de alarma – A970
Tipo de diagnóstico: Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo 99499.10
Tipo de diagnóstico: Definitivo
LAB= 1, 2, 3... según corresponda

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																					
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20			21		22						
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
		HISTORIA CLINICA		10		12															P D R			1º 2º 3º											
		GESTANTE/P/ UER P/ ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
2		623745		2		COMAS			27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P			D			R		A970			
		45672		58							M		Pab		TALLA		D		D		2. TELEMONITOREO			P			D			R		1		99499.10	
											D		Pab		Hb		R		R		3.			P			D			R					

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE DENGUE MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará la evaluación y Entrega de resultados de Dengue.
- En el 3ro casillero: Se colocará el Telemonitoreo.

En el ítem Tipo de diagnóstico: marque en TODOS los casilleros “Definitivo: D”.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Registre el Serotipo Presentado, si y solo si, se realizó una prueba PCR, caso contrario deje en blanco.
 - 1 = DEN-1
 - 2 = DEN-2
 - 3 = DEN-3
 - 4 = DEN-4
- En el 2do casillero: Registre el tipo de examen:
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3ro casillero anote seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo, con LAB= 1, 2, 3... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																					
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20			21		22						
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
		HISTORIA CLINICA		10		12															P D R			1º 2º 3º											
		GESTANTE/P/ UER P/ ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
21		623745		2		COMAS			27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P			D			R		A970			
		45672		58							M		Pab		TALLA		D		D		2. EVALUACION Y ENTREGA DE RESULTADOS			P			D			R		IGG		U2625	
											D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			D			R		4		99499.10	

Si en la evaluación diaria del paciente, mediante monitoreo, el profesional de la salud identifica algún signo de alarma o de dengue grave, el paciente tiene que ser referido inmediatamente a un IPRESS.

MALARIA

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM: Se administran por 3 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero: Colocar el diagnóstico de malaria falciparum.
- En el 2do casillero: Colocar el número de tratamiento 2 ó 3, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 3 el fin del mismo.
- En el 3er casillero: Colocar la reacción adversa.
- En el 4to casillero: Colocar síntoma principal de la reacción adversa.

En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2 según corresponda

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
HISTORIA CLINICA		10		12																		P D R		1º 2º 3º					
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
28	567954	2	COMAS			A	M	PC			PESO	N	N	1. MALARIA MIXTA	P	D	R											B538	
	12767					X	X			TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	P	X	R	2											U310	
		58				D	F	Pab			Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	P	X	R											Y412	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
28	567954	2	COMAS			A	M	PC			PESO	N	N	1. VOMITO	P	D	R											R11X	
	12767					X	X			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO	P	X	R	1										99499.10		
		58				D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R												

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA VIVAX: Se administra por 7 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria vivax.
- En el 2do casillero el número de tratamiento 2 hasta 7, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 7 el fin del mismo.
- En el 3er casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2,...6 según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
HISTORIA CLINICA		10		12																		P D R		1º 2º 3º					
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
21	567954	2	COMAS			A	M	PC			PESO	N	N	1. MALARIA POR P. VIVAX SIN COMPLICACIONES	P	D	R											B519	
	12767					X	X			TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	P	X	R	2											U310	
			58				D	F	Pab			Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	P	X	R										Y412	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
21	567954	2	COMAS			A	M	PC			PESO	N	N	1. VOMITO	P	D	R											R11X	
	12767					X	X			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO	P	X	R	1										99499.10		
			58			D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R												



ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MIXTA

Se iniciará tratamiento por 04 días como malaria vívax, si se observa mejora luego de una evaluación al paciente, se completa tratamiento para vívax (07 dosis), caso contrario se cambia tratamiento como malaria falciparum por 03 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria mixta.
- En el 2do casillero el número de tratamiento desde n° 2 al 7 según corresponda; donde 2 indica el 2do. día de tratamiento y 7 (término de tratamiento).
- En el 3er casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero: Registre el número de Telemonitoreo en Línea 1, 2, ... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
8		9		11					16					19				
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA					EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA					DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				
HISTORIA CLINICA		10		12					17					20				
GESTANTE/P. UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO					ESTABLECIMIENTO					TIPO DE DIAGNÓSTICO				
DIA		10		12					17					20				
GESTANTE/P. UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO					ESTABLECIMIENTO					TIPO DE DIAGNÓSTICO				
DIA		10		12					17					20				
GESTANTE/P. UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO					ESTABLECIMIENTO					TIPO DE DIAGNÓSTICO				
DIA		10		12					17					20				
GESTANTE/P. UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO					ESTABLECIMIENTO					TIPO DE DIAGNÓSTICO				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
28	567954	2	ANDAHUAYLAS	16	M	PC	PESO	N	N	1. MALARIA MIXTA	P	D	X			B538		
	12767	58		M			TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	P	X	R	2		U310		
				D	F	Pab	Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	P	X	R			Y412		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
				A	M	PC	PESO	N	N	1. VOMITO	P	D	X			R11X		
				M			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO	P	X	R	1		99499.10		
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

Nota: En cada sesión de Telemonitoreo se preguntará al paciente sobre su evolución y si está tomando el tratamiento contra la malaria según lo indicado:

- ¿Tomó su medicamento el día de hoy? ¿Qué medicamento tomó?
- ¿Tiene vómitos a repetición? ¿tolera la vía oral? ¿Ha sufrido convulsiones?
- ¿Presenta dificultad para respirar?

Si el paciente refiere algún síntoma grave y/o alguna reacción adversa al medicamento grave debe ser referido al EESS de mayor resolución inmediatamente.

ZOONOSIS - RABIA

➤ TELEINTERCONSULTA

Responsable de la actividad: El médico Cirujano

TELEINTERCONSULTA EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico del tipo de herida (Ver ANEXO 02)
- En el 2do casillero el tipo de animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550 o
 - ✓ Mordedura de roedor W530 o
 - ✓ Mordedura por otro animal doméstico en zona urbana W558

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero siempre "R"
- En el 2do. Casillero siempre "R"

En el ítem: LAB anote:

- En la 3era fila: el número 1 si es el Interconsultante y 2 si es la Interconsultora.

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Menor Complejidad realiza la consulta (INTERCONSULTANTE) para la profilaxis post-exposición de un paciente a un Médico Cirujano del EE.SS. de mayor complejidad.

AÑO 3			MES			4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
												DNI													
7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANCIAMIENTO		11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		16 EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		17 ESTABLECIMIENTO	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO		21 VALOR LAB		22 CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10		12 CENTRO POBLADO				P		D				R		1º		2º		3º				
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
12	623745		2		OYON		35	M	PC		PESO		N	N	1. Herida de la mejilla y de la region temporomandibular			P	D	R			S014		
	4567					D			F	Pab	TALLA				Hb		2. Mordedura de perro			P	D	R			W540
			58																3. Teleinterconsulta sincrona			P	D	R	1

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Mayor Complejidad resuelve la consulta (INTERCONSULTORA) realizada por el Médico Cirujano del EE.SS. de Menor Complejidad, para la profilaxis post-exposición de un paciente.

AÑO 3			MES			4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
												DNI													
7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANCIAMIENTO		11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		16 EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		17 ESTABLECIMIENTO	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO		21 VALOR LAB		22 CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10		12 CENTRO POBLADO				P		D				R		1º		2º		3º				
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
12	623745		2		HUACHO		35	M	PC		PESO		N	N	1. Herida de la mejilla y de la region temporomandibular			P	D	R			S014		
	4567					D			F	Pab	TALLA				Hb		2. Mordedura de perro			P	D	R			W540
			58																3. Teleinterconsulta sincrona			P	D	R	2

TELEINTERCONSULTA EN RABIA SILVESTRE

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico del tipo de herida (Ver ANEXO 02)
- En el 2do casillero el tipo de animal mordedor:
 - ✓ Mordedura por murciélago W5591
 - ✓ Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre W557
 - ✓ Mordedura por otro animal silvestre W559

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero siempre "R"
- En el 2do. Casillero siempre "R"

En el ítem: LAB anote:

- En la 3er fila: el número 1 si es el Interconsultante y 2 si es la Interconsultora

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Menor Complejidad realiza la consulta (INTERCONSULTANTE) para la profilaxis post-exposición de un paciente a un Médico Cirujano del EE.SS. de mayor complejidad.

AÑO			3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
										DNI						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	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:	José Palomino	(*)FECHA DE NACIMIENTO:	15/08/1984	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:	/ /	FECHA DE ULTIMA REGLA:	/ /									
12	623745	2	LLOCHEGUA	35	M	PC	PESO	N	N	1.	Herida de la mejilla y de la region temporomandibular	P	D	R		S014
	4567				M		TALLA	C	C	2.	Mordedura por otro animal silvestre	P	D	R		W569
		58			D	F	Pab	HB	R	R	3.	Teleinterconsulta sincrona	P	R	1	99499.11

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Mayor Complejidad resuelve la consulta (INTERCONSULTORA) realizada por el Médico Cirujano del EE.SS. de Menor Complejidad, para la profilaxis post-exposición de un paciente.

➤ TELEORIENTACIÓN

Realizada por el Responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud

TELEORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550 o
 - ✓ Mordedura por otros animales domésticos en zona urbana W558 o
 - ✓ Mordedura de roedor W530
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Teleorientación Síncrona 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2..., según corresponda.
- En la 3era fila: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2..., según corresponda.

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de perro, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
									DNI												
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO 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: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
2	623745	2	CERRO COLORADO		35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	R				W540		
	4567							TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	D	R	1				99401	
		58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	D	R	1				99499.08	

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de gato, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
									DNI												
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO 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: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
2	623745	2	CERRO COLORADO		35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura de gato	P	D	R				W550		
	4567							TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	D	R	1				99401	
		58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	D	R	1				99499.08	

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura por otro animal doméstico en zona urbana (porcino, equino, bovino, etc.), para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
									DNI												
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO 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: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
2	4658798	2	CALLAO		35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura por otro animal doméstico en zona urbana	P	D	R				W558		
	4567							TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	D	R	1				99401	
		58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	D	R	1				99499.08	

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de roedor, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
									DNI												
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO 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: José Palomino												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
2	4658798	2	SANTA CRUZ		35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura de roedor	P	D	R				W530		
	4567							TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	D	R	1				99401	
		58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	D	R	1				99499.08	

TELEORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL EN RABIA SILVESTRE

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - Mordedura por murciélago W5591
 - Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre W557
 - Mordedura por otro animal silvestre W559

- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401.
- En el 3er. casillero Teleorientación Síncrona 99499.08

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2..., según corresponda.
- En la 3era fila: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2, ... según corresponda.

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de murciélago, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	EXAMEN CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO:		15/08/1984		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	4658798	2	OXAPAMPA	35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura de Murciélago	D	R		W5591	
	4567						TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	R	1		99401
	58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	R	1		99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de otro animal silvestre, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	EXAMEN CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO:		15/08/1984		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	4658798	2	MEGANTONI	35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura de otro animal silvestre	D	R		W5591	
	4567						TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	R	1		99401
	58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	R	1		99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre (porcino, equino, bovino, etc.), para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	EXAMEN CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO:		15/08/1984		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	4658798	2	MEGANTONI	35	M	PC	PESO	N	N	1.	Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre	D	R		W557	
	4567						TALLA	C	C	2.	Consejería Integral	P	R	1		99401
	58						Hb	R	R	3.	Teleorientación síncrona	P	R	1		99499.08

➤ TELEMONITOREO

Responsable de la actividad: Responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675

- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
 - En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10
- En el ítem Tipo de diagnóstico anote:
- En el 1er. casillero “P”
 - En el 2do. casillero siempre “D”
 - En el 3er. casillero “D”
- En el ítem LAB. Anote
- En la 1era fila:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema PRE (Pre-exposición)
 - El grupo de riesgo ST (Persona de Salud)
 - La 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
 - La 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
											DNI											
DIA	8		9	11		13	14	15	16		17	18	19			20		21		22		
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:						
2	4658798		2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM			X	D	R	1	PRE	ST	90675
	4567		58				M		TALLA		X	C	2. Consejería Integral			P	X	R	1			99401
							D	F	Pab			Hb		R	R	3. Telemonitoreo			P	X	R	1

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
											DNI											
DIA	8		9	11		13	14	15	16		17	18	19			20		21		22		
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:						
9	4658798		2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM			X	D	R	2	PRE	ST	90675
	4567		58				M		TALLA		X	C	2. Consejería Integral			P	X	R	2			99401
							D	F	Pab			Hb		R	R	3. Telemonitoreo			P	X	R	2

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3ra dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
											DNI											
DIA	8		9	11		13	14	15	16		17	18	19			20		21		22		
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:						
30	4658798		2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM			X	D	R	3	PRE	ST	90675
	4567		58				M		TALLA		X	C	2. Consejería Integral			P	X	R	3			99401
							D	F	Pab			Hb		R	R	3. Telemonitoreo			P	X	R	3

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN RABIA SILVESTRE

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675

- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema PRE (Pre-exposición)
 - El grupo de riesgo M (Fuerzas Armadas), PNP (Policía Nacional), RSA (Riesgo Sanitario Alto) u OCU (Ocupacional).
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO			MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7			8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DIA			D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
			HISTORIA CLINICA	10	12											P	D	R	1ª	2ª	3ª	
			GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
2	4658798	2	CALLAO	29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1	PRE	M		90675	
	4567	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO			MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7			8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DIA			D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
			HISTORIA CLINICA	10	12											P	D	R	1ª	2ª	3ª	
			GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
9	4658798	2	CALLAO	29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	2	PRE	M		90675	
	4567	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99401
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO			MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7			8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DIA			D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
			HISTORIA CLINICA	10	12											P	D	R	1ª	2ª	3ª	
			GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
30	4658798	2	CALLAO	29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	3	PRE	M		90675	
	4567	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99401
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			

Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(**)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	4658798	2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	PRE	PNP	90675	
	4567	58						TALLA		X	C	2. Consejería Integral	P	X	R	1				99401
								Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	X	R	1				99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(**)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
9	4658798	2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	PRE	PNP	90675	
	4567	58						TALLA		X	C	2. Consejería Integral	P	X	R	2				99401
								Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	X	R	2				99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(**)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
30	4658798	2	LA PERLA		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	3	PRE	PNP	90675	
	4567	58						TALLA		X	C	2. Consejería Integral	P	X	R	3				99401
								Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	X	R	3				99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(**)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	4658798	2	MEGANTONI		29	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	PRE	RSA	90675	
	4567	32						TALLA		X	C	2. Consejería Integral	P	X	R	1				99401
								Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	X	R	1				99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
9	4658798	2	MEGANTONI		29	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	PRE	RSA	90675								
	4567	32																			2.	Consejería Integral	P	X	R	2			99401

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
30	4658798	2	MEGANTONI		29	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	3	PRE	RSA	90675								
	4567	32																			2.	Consejería Integral	P	X	R	3			99401

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
2	4658798	2	MEGANTONI		29	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	PRE	OCU	90675								
	4567	32																			2.	Consejería Integral	P	X	R	1			99401

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
9	4658798	2	MEGANTONI		29	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	PRE	OCU	90675								
	4567	32																			2.	Consejería Integral	P	X	R	2			99401

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición

AÑO			MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7			8	9	11		13	14	15	16		17	18	19			20		21		22					
DIA			D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT					
			HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1ª	2ª	3ª				
			GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino					(*FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
30			4658798	2	MEGANTONI		29	M	M	PC		PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM			X	D	R	3	PRE	OCU	90675
			4567					M			TALLA			X	C	2.	Consejería Integral			P	X	R	3			99401
				32			D	F	Pab	Hb			R	R	3.	Telemonitoreo			P	X	R	3			99499.10	

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN EN RABIA URBANA (Ver Anexo 01)

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO			MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7			8	9	11		13	14	15	16		17	18	19			20		21		22					
DIA			D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT					
			HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1ª	2ª	3ª				
			GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino					(*FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
2			4658798	2	JULIACA		29	M	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación antirrábica Humana IM			X	D	R	1	POS		90675	
			4567					M			TALLA			X	C	2.	Consejería Integral			P	X	R	1			99401
				58			D	F	Pab	Hb			R	R	3.	Telemonitoreo			P	X	R	1			99499.10	

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
5	4658798	2	JULIACA	29	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	2	POS	90675			
	4567	58					M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99401
							D	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
9	4658798	2	JULIACA	29	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	3	POS	90675			
	4567	58					M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99401
							D	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 4ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
16	4658798	2	JULIACA	29	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	4	POS	90675			
	4567	58					M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99401
							D	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 5ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(**)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
30	4658798	2	JULIACA	29	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antirrábica Humana IM	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	5	POS	90675			
	4567	58					M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5			99401
							D	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Telemonitoreo	<input checked="" type="checkbox"/>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5			99499.10

ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA PARA HUMANOS Y VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) 90375
- En el 3er. casillero Consejería Integral 99401
- En el 4to. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "P"
- En el 3er. casillero "D"

- En el 4to. casillero “D”
- En el ítem LAB. Anote
 - En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - En la 2da fila: queda en blanco.
 - En la 3era fila: el número de consejería integral 1 o 2 según corresponda
 - En la 4ta fila: el número de Telemonitoreo 1 o 2 según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
7			8			9			10			11											
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD											
			HISTORIA CLINICA			10			12			SEXO											
			GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL											
												EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA											
												ESTAB- SER- VICIO											
												DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD											
												TIPO DE DIAGNÓSTICO											
												VALOR LAB											
												CÓDIGO CIE / CPT											
												P D R 1º 2º 3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:					
2	4658798		2	JULIACA		29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1	POS	90675	
	4567			58	M		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	C	C	2.	Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			90375
					D		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	Consejería Integral			<input checked="" type="checkbox"/>	P	R	1		99401
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:					
							A	M	PC	PESO	N	N	1.	Telemonitoreo			<input checked="" type="checkbox"/>	P	R	1		99499.10	
				M	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		C	C	2.				<input checked="" type="checkbox"/>	P	D	R			
				D	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.				<input checked="" type="checkbox"/>	P	D	R			

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
7			8			9			10			11											
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD											
			HISTORIA CLINICA			10			12			SEXO											
			GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL											
												EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA											
												ESTAB- SER- VICIO											
												DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD											
												TIPO DE DIAGNÓSTICO											
												VALOR LAB											
												CÓDIGO CIE / CPT											
												P D R 1º 2º 3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:					
5	4658798		2	JULIACA		29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	2	POS	90675	
	4567			58	M		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	C	C	2.	Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			90375
					D		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	Consejería Integral			<input checked="" type="checkbox"/>	P	R	2		99401
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						José Palomino			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:					
							A	M	PC	PESO	N	N	1.	Telemonitoreo			<input checked="" type="checkbox"/>	P	R	2		99499.10	
				M	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		C	C	2.				<input checked="" type="checkbox"/>	P	D	R			
				D	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.				<input checked="" type="checkbox"/>	P	D	R			

Tener en cuenta que la administración de la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) es por indicación médica, se aplica una vez en la vida y sólo se puede administrar hasta antes de la 3era dosis de vacunación antirrábica humana o 7mo día de iniciada la vacunación.

VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA INTRAMUSCULAR EN EL CASO DE UNA RE-EXPOSICION CON ANTECEDENTE DE ESQUEMA VACUNAL COMPLETO

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675

- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de dosis DA (Dosis adicional)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P		D		R		1º		2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2		4658798		2		JULIACA		29		M		PC		PESO		N		N		1. Vacunación Antirrábica Humana IM		D		R		1		DA		90675			
		4567		58				D		F		Pab		TALLA		R		R		2. Consejería Integral		P		R		1				99401			
														Hb		R		R		3. Telemonitoreo		P		R		1				99499.10			

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P		D		R		1º		2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
5		4658798		2		JULIACA		29		M		PC		PESO		N		N		1. Vacunación Antirrábica Humana IM		D		R		2		DA		90675			
		4567		58				D		F		Pab		TALLA		R		R		2. Consejería Integral		P		R		2				99401			
														Hb		R		R		3. Telemonitoreo		P		R		2				99499.10			

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN EN RABIA SILVESTRE (Ver ANEXO 01)

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		1º		2º		3º	
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
2	4658798	2	CAHUAPANAS	29	M	PC		PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	POS	ZOO	90675									
	4567	23						TALLA		X	C	2.	Consejería Integral	P	X	R	1			99401									
								Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	P	X	R	1			99499.10									

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		1º		2º		3º	
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
5	4658798	2	CAHUAPANAS	29	M	PC		PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	POS	ZOO	90675									
	4567	23						TALLA		X	C	2.	Consejería Integral	P	X	R	2			99401									
								Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	P	X	R	2			99499.10									

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																P		1º		2º		3º	
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
9	4658798	2	CAHUAPANAS	29	M	PC		PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	3	POS	ZOO	90675									
	4567	23						TALLA		X	C	2.	Consejería Integral	P	X	R	3			99401									
								Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	P	X	R	3			99499.10									

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 4ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21			22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:		
16	4658798	2	CAHUAPANAS	29	M	M	PC	PESO	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	P	D	R	4	POS	ZOO	90675			
	4567	23			M	F	Pab	TALLA			2.	Consejería Integral	P	D	R	4				99401		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	P	D	R	4				99499.10	

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 5ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21			22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			15/08/1984			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:		
30	4658798	2	CAHUAPANAS	29	M	M	PC	PESO	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	P	D	R	5	POS	ZOO	90675			
	4567	23			M	F	Pab	TALLA			2.	Consejería Integral	P	D	R	5				99401		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	P	D	R	5				99499.10	

ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA PARA HUMANOS Y VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA INTRAMUSCULAR

En el caso se adicione la indicación de suero o inmunoglobulina antirrábica:

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) 90375
- En el 3er. casillero Consejería Integral 99401
- En el 4to. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "P"
- En el 3er. casillero "D"
- En el 4to. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: queda en blanco.
- En la 3er fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 4ta fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC		SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
		HISTORIA CLINICA		10		12																P D R 1º		2º 3º			
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	4658798	2	AMAZONAS	29	M	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	POS	ZOO	90675							
	4567				M	M	PC	TALLA		C	C	2.	Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)	X	D	R					90375						
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Integral	P	X	R	1					99401					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Telemonitoreo	P	X	R	1				99499.10						
					M	M	PC	TALLA		C	C	2.		P	D	R											
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R											

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC		SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
		HISTORIA CLINICA		10		12																P D R 1º		2º 3º			
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
5	4658798	2	AMAZONAS	29	M	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	POS	ZOO	90675							
	4567				M	M	PC	TALLA		C	C	2.	Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)	X	D	R					90375						
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Integral	P	X	R	2					99401					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Telemonitoreo	P	X	R	2				99499.10						
					M	M	PC	TALLA		C	C	2.		P	D	R											
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R											

Tener en cuenta que la administración de la Inmunoglobulina Antirrábica Humana es por indicación médica, se aplica una vez en la vida y sólo se puede administrar hasta antes de la 3er dosis de vacunación antirrábica humana o 7mo día de iniciada la vacunación.

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR EN EL CASO DE UNA RE-EXPOSICIÓN CON ANTECEDENTE DE ESQUEMA VACUNAL COMPLETO.

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de dosis DA (Dosis adicional)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)											NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA. BLEC.		SER- VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
		HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
2	4658798	2	AMAZONAS	29	M	M	PC								N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	P	D	R	1	DA	ZOO	90675				
	4567				M											C		2.	Consejería Integral	P	D	R	1			99401			
		7				D	F	Pab								R	R	3.	Telemonitoreo	P	D	R	1			99499.10			

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)											NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA. BLEC.		SER- VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
		HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Palomino				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
5	4658798	2	AMAZONAS	29	M	M	PC								N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	P	D	R	2	DA	ZOO	90675				
	4567				M											C		2.	Consejería Integral	P	D	R	2			99401			
		7				D	F	Pab								R	R	3.	Telemonitoreo	P	D	R	2			99499.10			

➤ TELEMONITOREO

Responsable de la actividad: el encargado de la observación del animal mordedor o el responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud.

TELEMONITOREO DE LA OBSERVACIÓN DEL ANIMAL MORDEDOR EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550

- En el 2do casillero Animal observado C5092
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero siempre "R"
- En el 2do. Casillero siempre "D"
- En el 3er. Casillero siempre "D"

En el ítem: LAB anote:

- La 2da fila:
 - ❖ El número de monitoreo u observación del animal mordedor 1, 2 o 3 según corresponda
 - ❖ La situación del animal mordedor AS (Aparentemente Sano), SR (Sospechoso de Rabia), MOC (Muerto por otras causas) o PA (Alta del paciente), este último siempre y cuando en la 3era observación se encuentre aparentemente Sano.
- La 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

Primera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
											DNI																
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10	12								P			D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	HUACHO		35	M	PC			N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	X				W540							
	4567																		2.	Animal observado	P	D	X	R	1	AS	C5092
		58																		3.	Telemonitoreo	P	D	X	R	1	

Segunda observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
											DNI																
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10	12								P			D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
7	623745	2	HUACHO		35	M	PC			N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	X				W540							
	4567																		2.	Animal observado	P	D	X	R	2	AS	C5092
		58																		3.	Telemonitoreo	P	D	X	R	2	

Tercera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano, por lo tanto, se da el Alta del paciente (PA).

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
											DNI																
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10	12								P			D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
12	623745	2	HUACHO		35	M	PC			N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	X				W540							
	4567																		2.	Animal observado	P	D	X	R	3	PA	C5092
		58																		3.	Telemonitoreo	P	D	X	R	3	

Tercera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Sospechoso de Rabia (SR).

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
											DNI																
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10	12								P			D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
12	623745	2	HUACHO		35	M	PC			N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	X				W540							
	4567																		2.	Animal observado	P	D	X	R	3	SR	C5092
		58																		3.	Telemonitoreo	P	D	X	R	3	

Tercera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando Muerto por Otras Causas (MOC).

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
											DNI																
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10	12								P			D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			José Palomino		(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
12	623745	2	HUACHO		35	M	PC			N	N	1.	Mordedura de perro	P	D	X				W540							
	4567																		2.	Animal observado	P	D	X	R	3	MOC	C5092
		58																		3.	Telemonitoreo	P	D	X	R	3	



ANEXO 01: Esquema de tratamiento POST-EXPOSICIÓN³

Tipo de exposición en relación al riesgo de rabia	Grado de Exposición	Conducta con el animal	Tratamiento de la persona	
			PASIVO (CON SUERO)	ACTIVO (CON VACUNA)
EXPOSICIÓN LEVE	Mordeduras por animales (perro o gato) localizado SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión superficial y única; y no está localizada en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies.	Control por 10 días	NO	Iniciar profilaxis antirrábica humana si el animal muere, desaparece o presenta sospecha de rabia dentro de los 10 días,
EXPOSICIÓN GRAVE	Mordedura o arañazo por animales perro o gato SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión sea en: cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies; lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Control por 10 días del PERRO o GATO	NO	Iniciar profilaxis con dos dosis de vacuna antirrábica humana los días 0-3, realizar observación del animal mordedor.
				Suspender temporalmente la vacunación si al 5to día del accidente de la mordedura, el animal se encuentra sano y suspender definitivamente la vacunación si al 10mo día del accidente de mordedura o término de la observación el animal se encuentra sano.
				Si no es posible terminar el control (animal huido, muerto) o hay sospecha clínica de rabia, indicar según evaluación de riesgo:
				Completar esquema con vacuna antirrábica los días 7, 14 y 28 o según esquema de recuperación.
				Aplicar Suero antirrábico humano hasta antes de aplicar la tercera dosis o séptimo día de iniciada la vacunación y completar vacunación.
Cualquier tipo de mordedura por animal NO LOCALIZADO O HUIDO				Sin inmunoglobulina o sin suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
			Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Con inmunoglobulina o suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28)
				En ambos casos Suspender la vacunación si se localiza al animal mordedor y al término del control está aparentemente sano.
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL SOSPECHOSO A RABIA.		Control por 10 días del PERRO o GATO		Sin inmunoglobulina o sin suero antirrábico Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
			Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Con inmunoglobulina o suero antirrábico Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA (urbana y silvestre).			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Contacto con saliva del ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA , con heridas recientes o con las mucosas.			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).

³ NTS N° 131-MINSA/2017/DGIESP NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. HUMANA EN EL PERÚ aprobada con Resolución Ministerial RM 024-2017/MINSA

ANEXO 2: DIAGNÓSTICOS CIE-10

REGISTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA	
CÓDIGO	DIAGNÓSTICOS
S010	Herida del Cuero Cabelludo
S011	Herida del Parpado y de la Región Periocular
S012	Herida de la nariz
S013	Herida del oído
S014	Herida de la mejilla y de la región temporomandibular
S015	Herida del labio y de la cavidad bucal
S017	Heridas Múltiples de la Cabeza
S018	Herida de otras partes de la cabeza
S019	Herida de la Cabeza, parte no Especificada
S110	Herida que compromete la laringe y la tráquea
S111	Herida que compromete la glándula tiroides
S112	Herida que compromete la faringe y el esófago cervical
S117	Heridas múltiples del cuello
S118	Heridas de otras partes del cuello
S119	Herida de Cuello, parte no Especificada
S200	Contusión de la mama
S201	Otros traumatismos superficiales y los no especificados de la mama
S210	Herida de la mama
S211	Herida de la pared anterior del tórax
S212	Herida de la pared posterior del tórax
S217	Herida Múltiple de la Pared Torácica
S218	Herida de otras partes del tórax
S219	Herida del Tórax, parte no Especificada
S310	Herida de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S311	Herida de la Pared Abdominal
S312	Herida del pene
S314	Herida de la vagina y de la vulva
S315	Herida de otros Órganos Genitales Externos y de los no Especificados
S317	Heridas Múltiples del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S318	Heridas de otras partes y de las no especificadas del abdomen
S410	Herida del Hombro
S411	Herida del Brazo
S417	Heridas Múltiples del Hombro y del Brazo
S510	Herida del Codo
S517	Heridas Múltiples del Antebrazo
S518	Herida de otras partes del antebrazo
S519	Herida del Antebrazo, parte no Especificada
S610	Herida de dedo (s) de la Mano, sin daño de La (s) Una (s)
S611	Herida de dedo (s) de la Mano, con daño de La (s) Una (s)
S617	Heridas Múltiples de la Muñeca y de la Mano
S619	Herida de la Muñeca y de la Mano, parte no Especificada
S710	Herida de la Cadera
S711	Herida del Muslo
S717	Heridas Múltiples de la Cadera y del Muslo
S718	Herida de otras partes y de las no Especificadas de la Cintura Pélvica
S810	Herida de la Rodilla
S817	Heridas múltiples de la pierna
S819	Herida de la pierna, parte no especificada
S910	Herida del Tobillo
S911	Herida de dedo (s) del Pie sin daño de La (s) Una (s)
S912	Herida de dedo (s) del Pie con daño de La (s) Una (s)
S913	Herida de otras partes del pie
S917	Heridas Múltiples del Tobillo y del Pie
T010	Heridas que afectan la cabeza con el cuello
T011	Heridas que afectan el tórax con el abdomen, la región lumbosacra y la pelvis
T012	Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es)
T013	Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) inferior(es)
T016	Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es) con miembro(s) inferior(es)
T018	Heridas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo
T019	Heridas Múltiples, no Especificadas

UNIDAD FUNCIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

➤ TELECONSULTA

La Teleconsulta no podrá realizarse a niños sin anemia, ya que su finalidad es brindar el diagnóstico de anemia.

Teleconsulta a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo “D”

Item Lab:

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

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2° Fila: 99499.01 Teleconsulta.

Ejemplo de Teleconsulta Sincrona niño con anemia:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																				
														DNI																				
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19					20		21		22					
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA- BLEC-		SER- VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIA GNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
HISTORIA CLINICA		10		12																			P D R		1º 2º 3º									
GESTANTE / P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																			P D R											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
5		46284620		1		VMT		6		A		M		PC		PESO		N		N		1. ANEMIA					P		R		LEV		D509	
		123456						M						TALLA		C		C		2. TELECONSULTA EN LINEA					P		R				99499.01			
		2456						D		F		Pab		Hb		R		R		3.					P		D		R					

➤ TELEORIENTACIÓN

Teleorientación a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

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

Item LAB:

- Para ambas actividades “ ” (vacío)

Código CIE/CPT:

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

Ejemplo de Teleorientación a niño con anemia:

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																								
7		8		9					10					11																								
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO			(*)FECHA DE NACIMIENTO:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																					
P		D		R			1º		2º		3º			P		D		R			1º		2º		3º													
2		46284620		1		VMT			8		A		M			PC		PESO		N		N			1. ANEMIA					P		D		R			D509	
		123456									M		X			X		TALLA		E		X			2. TELEORIENTACION SINCRONA					P		D		R			99499.08	
		2456									D		F			Pab		Hb		R		R			3.					P		D		R				

Teleorientación a niños sin anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo "D"

Item LAB:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de Teleorientación a niño sin anemia:

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																								
7		8		9					10					11																								
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO			(*)FECHA DE NACIMIENTO:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																					
P		D		R			1º		2º		3º			P		D		R			1º		2º		3º													
1		46284620		1		VMT			7		M		X			X		PESO		N		N			1. ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.					P		D		R			Z298	
		123456									M		X			X		TALLA		E		X			2. TELEORIENTACION SINCRONA					P		D		R			99499.08	
		2456									D		F			Pab		Hb		R		R			3.					P		D		R				

TELEMONITOREO

Dicha actividad será realizada por un profesional de la salud especializado en el manejo de la anemia y/o atención nutricional.

Telemonitoreo a niños con anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

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

Item LAB:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

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

Ejemplo de Telemonitoreo a niño con anemia:

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7		8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20		21			22					
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
		HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º								
		GESTANTE/P/UEP/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
1	46284620	1		VMT		7	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ANEMIA			P	D	R				D509		
	123456						M			TALLA			2.	TELEMONITOREO			P	D	R				99499.10		
	2456						D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R						

Telemonitoreo a niños sin anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo "D"

Item LAB:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de Telemonitoreo a niño sin anemia:

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7		8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20		21			22					
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
		HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º								
		GESTANTE/P/UEP/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
1	46284620	1		VMT		7	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.			P	D	R				Z298		
	123456						M			TALLA			2.	TELEMONITOREO			P	D	R				99499.10		
	2456						D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R						

SALUD BUCAL

➤ TELEINTERCONSULTA:

Registro de Teleinterconsulta Síncrona que realiza un profesional de salud a otro profesional de salud con la finalidad de determinar el diagnóstico definitivo.

1. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTANTE,

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

- En el 1er casillero: se registra el **Diagnóstico PRESUNTIVO**.
- En el 2do casillero: se registra **Teleinterconsulta Síncrona**.

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico **Presuntivo (P)**.
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 2do casillero del 1er campo **LAB** registre el Número "1".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD DE CHUCUITO				ODONTOLOGÍA				DNI	45178357	RAFAELLA MENDOZA ACERO								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO 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*	2*	3*				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1*	2*	3*				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JUAN PALOMINO BENAVENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /		
5	84263578	2	CHUCUITO	2	A	M	PC		N	N	1. Fisura del Paladar duro, Bilateral	P	D	R			Q350			
	84263578	59			D	F	Pab		X	X	2. Teleinterconsulta Síncrona o en línea	P	D	R	1		99499.11			
								Hb	R	R	3.	P	D	R						

2. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTOR,

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

- En el 1er casillero: se registra el **Diagnóstico DEFINITIVO**.
- En el 2do casillero: se registra **Teleinterconsulta Síncrona**.

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico **Definitivo (D)**.
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).
-

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 2do casillero del 1er campo **LAB** registre el Número "2".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020	JULIO	INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO				ODONTOLOGÍA				DNI	09915382	AURELIO PEÑA RAMOS								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO 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*	2*	3*				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1*	2*	3*				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JUAN PALOMINO BENAVENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /		
5	84263578	2	BREÑA	2	A	M	PC		X	X	1. Fisura del Paladar duro y del Paladar Blando, Unilateral	P	D	R			Q355			
	84263578	59			D	F	Pab		C	C	2. Teleinterconsulta Síncrona o en línea	P	D	R	2		99499.11			
								Hb	R	R	3.	P	D	R						

➤ TELEORIENTACIÓN:

Se realiza la Teleorientación Síncrona al usuario de salud y se le brinda la recomendación, orientación o consejería sobre el problema de salud bucal a través de una comunicación directa (en Línea).

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

- En el 1er casillero: se registra Teleorientación Síncrona, si la Teleorientación se realizó a través de una comunicación directa con el usuario.

En el ítem correspondiente a: Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marca con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a: Valor LAB:

- En el 1er casillero del 1er campo **LAB**, registre la sigla "**SBU**".

Registro de la Teleorientación, cuando el usuario de salud requiere una atención que finalice con una derivación del usuario para una atención por urgencia odontológica a un establecimiento de salud

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD DE YANGAS				ODONTOLÓGIA				DNI	49578621	CARMEN PALACIOS ROJAS						
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO 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*	2*	3*			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ALBERTO TECO MORAN (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
4	78010217	10	SANTA ROSA DE QUIVES	14	M	PC	PESO	N	N	1. Teleorientación Síncrona			P	X	R	SBU		99499.08
		59			M		TALLA	C	C	2.			P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R		

Se brinda los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, a través de la Teleorientación Síncrona (comunicación directa con el usuario de salud - en línea), en el caso de que se disponga la entrega de una pasta dental fluorada y un cepillo dental, se realizará la receta correspondiente y las coordinaciones para la entrega de estos productos sanitarios al usuario de salud.

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

- En el 1er casillero: se registra **Instrucción de higiene oral**.
- En el 2do casillero: se registra **Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales**
- En el 3er casillero: se registra **Teleorientación Síncrona**, si la Teleorientación se realizó a través de una comunicación directa con el usuario.

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En todos los casilleros: marque con un aspa (X) en todos los campos (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 1er y 2do casillero en los campos LAB "**no se registran siglas ni números**".
- En el 3er casillero del 1er campo **LAB** registre la sigla "**SBU**".

Registro de la se le brinda al usuario de salud, los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD DE BREÑA				ODONTOLOGÍA				DNI	40852471			LUIS CASTRO LOPEZ									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO <th rowspan="2">P</th> <th rowspan="2">D</th> <th rowspan="2">R</th> <th rowspan="2">1'</th> <th rowspan="2">2'</th> <th rowspan="2">3'</th> <th rowspan="2">1</th> <th rowspan="2">2</th> <th rowspan="2">3</th>	P	D	R	1'	2'	3'		1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ALEXIA GUTIERREZ CHAVEZ										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
7	85860352	2	LIMA		7	M	PC	PESO	N	N	1. Instrucción de higiene oral (IHO)			P	D	R				D1330			
		59				M	Pab	TALLA	C	C	2. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales			P	D	R				D1310			
						D		Hb	R	R	3. Teleorientación Síncrona			P	D	R	SBU			99499.08			

► TELEMONITOREO:

Registro de Telemonitoreo cuando se realiza a un paciente continuador a quien previamente se le efectuó una atención de urgencia odontológica en el establecimiento de salud

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

- En el 1er casillero: se registra el **diagnóstico concluyente de la urgencia odontológica atendida en el establecimiento de salud.**
- En el 2do casillero: se registra **Telemonitoreo**

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico **REPEPTITIVO (R)**
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 1er casillero en los campos LAB "no se registran siglas ni números".
- En el 2do casillero del 1er campo LAB registre la sigla "SBU".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD DE YANAS				ODONTOLOGÍA				DNI	49578621			ERNESTO AVALOS CAMPOS									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO <th rowspan="2">P</th> <th rowspan="2">D</th> <th rowspan="2">R</th> <th rowspan="2">1'</th> <th rowspan="2">2'</th> <th rowspan="2">3'</th> <th rowspan="2">1</th> <th rowspan="2">2</th> <th rowspan="2">3</th>	P	D	R	1'	2'	3'		1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: RICARDO SOTO CAMPOS										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
4	76216758	2	YANAS		17	M	PC	PESO	N	N	1. Alveolitis del Maxilar			P	D	R				K103			
		59				M	Pab	TALLA	X	X	2. Telemonitoreo			P	D	R	SBU			99499.10			
						D		Hb	R	R	3.			P	D	R							

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD ACOMAYO				ODONTOLOGÍA				DNI	43428621			MARIA QUISPE BURGOS									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO <th rowspan="2">P</th> <th rowspan="2">D</th> <th rowspan="2">R</th> <th rowspan="2">1'</th> <th rowspan="2">2'</th> <th rowspan="2">3'</th> <th rowspan="2">1</th> <th rowspan="2">2</th> <th rowspan="2">3</th>	P	D	R	1'	2'	3'		1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUELA HUERTAS VALDÉS										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
12	86512479	2	ACOMAYO		14	M	PC	PESO	N	N	1. Absceso periapical con fístula			P	D	R				K046			
		59				M	Pab	TALLA	X	X	2. Telemonitoreo			P	D	R	SBU			99499.10			
						D		Hb	R	R	3.			P	D	R							

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD SORITOR				ODONTOLOGÍA				DNI	49125621			GABRIEL DUARTE MONTAÑEZ									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO <th rowspan="2">P</th> <th rowspan="2">D</th> <th rowspan="2">R</th> <th rowspan="2">1'</th> <th rowspan="2">2'</th> <th rowspan="2">3'</th> <th rowspan="2">1</th> <th rowspan="2">2</th> <th rowspan="2">3</th>	P	D	R	1'	2'	3'		1	2	3
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANTONIO QUINTANA AGÜERO										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
9	22010217	2	SORITOR		14	M	PC	PESO	N	N	1. Pulpitis Aguda			P	D	R				K040			
		59				M	Pab	TALLA	X	X	2. Telemonitoreo			P	D	R	SBU			99499.10			
						D		Hb	R	R	3.			P	D	R							

SALUD MENTAL

➤ TELECONSULTA

Para el diagnóstico:

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la Teleconsulta.
- En el 2do casillero: Anote el procedimiento realizado: Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento
- En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶																
														DNI																
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21	22					
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA- BLEC	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	1º	2º	3º						
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																
18		98251652		2		ATE			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N		1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F33.1
		56975		58					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N		2.	EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	99214.06
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R		3.	TELECONSULTA EN LINEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	99499.01

Sesiones de psicoterapia individual

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la Teleconsulta
- En el 2do casillero: Anote Psicoterapia individual
- En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶																
														DNI																
7		8		9		11			13		14	15		16		17	18		19			20		21	22					
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA- BLEC	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	1º	2º	3º						
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																
18		98251652		2		ATE			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N		1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F33.1
		56975		58					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N		2.	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	90834
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R		3.	TELECONSULTA EN LINEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	99499.01

Sesiones de psicoterapia familiar

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico del usuario.
- En el 2do casillero: Anote Psicoterapia Familiar

- En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"
- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
														DNI																			
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19					20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		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: ___/___/___																			
18		98298652		2		LA VICTORIA			31		M		PC		PESO		N		N		1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA					P		D				F44.1	
		58975		58					5		M				TALLA		N		N		2. PSICOTERAPIA FAMILIAR					P		R		3		96100.01	
									D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELECONSULTA EN LINEA					P		R				99499.01	

Sesiones de terapia del lenguaje

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (a)
- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1er casillero: Anote diagnóstico del usuario
 - En el 2do casillero: Anote Terapia del lenguaje
 - En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea.

- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"
- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
														DNI																			
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19					20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		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: ___/___/___																			
18		98298652		2		LA VICTORIA			5		M		PC		PESO		N		N		1. TRASTORNO DE LENGUAJE Y PRONUNCIACIÓN					P		D				F80	
		58975		58					5		M				TALLA		N		N		2. TERAPIA DEL LENGUAJE					P		R		2		Z50.5	
									D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELECONSULTA EN LINEA					P		R				99499.01	

➤ TELEINTERCONSULTA

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (a)
- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleinterconsulta.
 - En el 2do casillero: Anote teleinterconsulta

- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"
- En el 2º casillero Lab anote:
 - 1= Teleinterconsultante (solicitud de la teleinterconsulta)
 - 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
														DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	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: ____/____/____						
18	98298652	2	LIMA	22	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	P	R		F33.1			
	58975	58			M	Pab	TALLA			2.	TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	R	1	99499.11			
					D		Hb	R	R	3.		P	D	R				

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
														DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	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: ____/____/____						
18	98298652	2	LIMA	22	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	P	R		F33.1			
	58975	58			M	Pab	TALLA			2.	TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	R	2	99499.11			
					D		Hb	R	R	3.		P	D	R				

➤ TELEORIENTACIÓN

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico del paciente /usuario.
- En el 2do casillero: Anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
- En el 3er casillero: Anote Teleorientación Sincrónico.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
														DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	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: ____/____/____						
18	98298652	2	LIMA	29	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO (PAP)	P	R		99401.19			
	58975	58			M	Pab	TALLA			2.	EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES	P	R		265.5			
					D	F	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA	P	R		99499.08			

Intervención individual en salud mental:

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

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

- En el 1er casillero: Anote Intervención individual de salud mental
- En el 2do casillero: Anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
- En el 3er casillero: Anote Teleorientación Sincrónico.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6							
													DNI							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT		
	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: ___/___/___								
18	98298652	2	LIMA	22	M	PC	PESO	N	N	1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL				P	X	R			99207.01	
	TALLA						X	X	2. EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES.				P	X	R	1			265.5	
	Hb	R	R				3. TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA				P	X	R					99499.08		

➤ **TELEMONITOREO:**

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico del paciente /usuario.
- En el 2do casillero: Anote procedimiento realizado.
- En el 3er casillero: Anote Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 3º casillero LAB anote el número de Telemonitoreo realizado

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6							
													DNI							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT		
	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: ___/___/___								
18	98298652	2	HUANCAYO	25	M	PC	PESO	N	N	1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE				P	X	R			F20.0	
	TALLA						X	X	2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN I NIVEL DE ATENCIÓN (ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO)				P	X	R			99205.01		
	Hb	R	R				3. TELEMONITOREO				P	X	R	4			99499.10			

SALUD OCULAR

➤ TELECONSULTA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología identificada
- En el 2do casillero: Se colocará la administración de medicamentos si el paciente lo necesita o también puede colocarse consejería en salud ocular.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en línea.

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____	FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
21	6233745	2	SJL	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. CONJUNTIVITIS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H10.0
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U310
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99499.01

La persona llama al profesional médico para consultas relacionada a la patología

➤ TELEINTERCONSULTA SINCRONA.

TELEINTERCONSULTANTE:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1° y SIEMPRE en el casillero 3er el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero, Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "1" para indicar la SOLICITUD de Teleinterconsulta síncrona.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1*	2*	3*	
	GESTANTE/P/UEP/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
21				45	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. SOSPECHA DE GLAUCOMA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		H40.0
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99499.11

Esta actividad es realizada por el profesional de la salud que solicita una interconsulta a quien llamaremos interconsultante. Y colocaremos en el Lab el número 1 (solicita)

➤ TELEINTERCONSULTORA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1° y SIEMPRE en el casillero 3er el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero, Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "2" para indicar la RESPUESTA de Teleinterconsulta síncrona.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
	56548970	2	SIL	45	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	SOSPECHA DE GLAUCOMA	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			H40.0
	67965	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.	TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		

Esta actividad es realizada por profesional de la salud que responde a la interconsulta a quien llamaremos interconsultor. Y colocaremos en el LAB el número 2 (responde)

➤ TELEORIENTACION SINCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación síncrona

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

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
										DNI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
	14654875	2	SIL	65	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
	67680	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Profesional de la salud llama a la persona para brindar orientación/consejería o concretar cita.

➤ TELEMONITOREO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología identificada
- En el 2do casillero: Se colocará la administración de medicamentos si el paciente lo necesita o también puede colocarse consejería en salud ocular.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22							
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA								EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10		12														GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
21	623745		2		SJL		59	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. GLAUCOMA			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			H40.1							
	45672		58					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U310						
								<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10						

El profesional de la salud llama a la persona de la salud para seguimiento relacionada a la patología.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tener en cuenta lo siguiente:

- Las actividades preventivas promocionales que se realizan fuera del EESS, como las visitas domiciliarias o atenciones descentralizadas se registran siguiendo lo establecido en el registro regular.
- La provisión de **anticonceptivos** en el EESS se debe registrar en HIS de acuerdo a lo establecido para el registro regular consignando los datos de la usuaria que recibe la atención.
- En el caso de aquellas actividades que se cumplen de manera virtual, con la/el usuaria/o en el domicilio, la condición de ingreso al establecimiento y al servicio del paciente no puede considerarse como NUEVO (N), así sea la primera vez que se tiene contacto con el paciente por este medio. Sin la presencia de la usuaria/o en el establecimiento la condición de ingreso al EESS y al Servicio siempre deben ser **CONTINUADOR (C)**. En el caso de la entrega de suplementos o anticonceptivos, estos pueden ser entregados a las usuarias a través de personas autorizadas por ellos (familiar) para el recojo en el EESS, previa coordinación telefónica con el personal de salud.
- Es importante realizar el registro adecuado de la identidad de la usuaria a fin de hacer válido el registro HIS que es nominal. Asimismo, es importante recordar que cuando va el familiar de un paciente a recoger los suplementos e insumos, se debe registrar el DNI de la usuaria a fin de no generar atendidos y solo registrar atenciones.
- En el caso de pacientes NUEVOS, solo se registrará el número del documento de identidad

➤ TELEORIENTACIÓN

Gestante nueva

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶														
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROGENENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		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	47287721	2	PUCARA	30	M	PC		PESO	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE 8 SEMANAS	P	X	R												Z3591	
	22554	58		M		Pab		TALLA			2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL	P	X	R													99403
				D				Hb		R	R	3.	SUPLEMENTACION DE ACIDO FOLICO	P	X	R												59401.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
				A	M	PC		PESO	N	N	1.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	P	X	R													99402.01
				M				TALLA		C	2.	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER	P	X	R													99402.08
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R												99499.08

TELEMONITOREO

Gestante continuadora sin entrega de suplementación

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		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		5698243		2		SAN MIGUEL		26		M		PC		PESO		N		N		1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P		R				Z3593	
		22554		58						M				TALLA		C		C		2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P		R				99403	
										D		Pab		Hb		R		R		3. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P		R				99402.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
										A		PC		PESO		N		N		1. TELEMONITOREO			P		R				99499.10	
										M				TALLA		C		C		2.			P		R					
										D		F Pab		Hb		R		R		3.			P		R					

Gestante continuadora con entrega de suplementación

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		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		58467599		2		SANTA ROSA		30		M		PC		PESO		N		N		1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE 16 SEMANAS			P		R				Z3592	
		22554		18						M				TALLA		C		C		2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P		R				99403	
										D		Pab		Hb		R		R		3. SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO			P		R		2		59401.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
										A		PC		PESO		N		N		1. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P		R				99402.01	
										M				TALLA		C		C		2. TELEMONITOREO			P		R				99499.10	
										D		F Pab		Hb		R		R		3.			P		R					

Gestante con anemia

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		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		7562130		2		SAN JUAN DE LURIGANCHO		42		M		PC		PESO		N		N		1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P		R				Z3593	
		22554		58						M				TALLA		C		C		2. ANEMIA QUE AFECTA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO			P		R				O990	
										D		Pab		Hb		R		R		3. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P		R				99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
										A		PC		PESO		N		N		1. SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO			P		R		3		59401.04	
										M				TALLA		C		C		2. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P		R				99402.01	
										D		F Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P		R				99499.10	

Control de Puérpera

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶											NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷								
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19						20			21			22		
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
13		35241796		2		SANTA MARIA		23		M		PC		PESO		N		N		1. CONTROL DE PUERPERA						P			R			59430		
		22554		58						M		Pab		TALLA		C		C		2. CONSEJERIA NUTRICIONAL						P			R			99403		
										D				Hb		R		R		3. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA						P			R			99401.02		
																				CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA						P			R			99402.01		
																				2. TELEMONITOREO						P			R			99499.10.		
																				3.						P			R					

PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

➤ TELEORIENTACIÓN

En el caso del registro de las atenciones en planificación familiar por telesalud la condición al establecimiento de las usuarias nuevas o continuadoras serán siempre continuadoras y el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

Orientación/consejería en Planificación Familiar

8		9		11		13		14		15		16		17		18		19						20			21			22								
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
HISTORIA CLINICA		10		12														D						P			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: / /									
		198765432		2		BELLAVISTA		35		M		PC		PESO		N		N		1. Orientación/ Consejería en PF						P			R			1			99402.04			
		59								M		Pab		TALLA		C		C		2. Teleorientación sincrona						P			R						99499.08			
										D				Hb		R		R		3.						P			R									

Métodos de abstinencia periódica

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶											NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷											
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19						20			21			22					
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
13		20295402		2		SAN JUAN DE LURIGANCHO		28		M		PC		PESO		N		N		1. METODO DE ABSTINENCIA PERIODICA-RITMO						P			R			2			99208.08		
		22554		59						M		Pab		TALLA		C		C		2. TELEORIENTACIÓN SINCRONA						P			R						99499.08		
										D				Hb		R		R		3.						P			R								

Método de Lactancia Materna

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
7			8		9		11			13		14	15		16		17	18		19					20		21		22	
DIA			D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA		CENTRO POBLADO																				P D R 1º 2º 3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
11			15095134		2		LA VICTORIA			27		M	PC		PESO		N	N		1. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					P X R		2		99208.07	
			22554		59							M	Pab		TALLA		X	X		2. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P X R				99499.08	
												D			Hb		R	R		3.					P D R					

➤ TELECONSULTA

Métodos hormonales nuevas

En el caso del registro de las usuarias nuevas familiar el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La usuaria recogerá su método anticonceptivo por farmacia y se aplicará en tópico de emergencia o en un ambiente determinado

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
			41752142		2		INDEPENDENCIA			35		M	PC		PESO		N	N		1. Orientación/ Consejería en PF					P X R		1		99402.04	
			1		59							M	Pab		TALLA		X	X		2. Administración y uso de método oral combinado					P X R		1 4		99208.13	
												D			Hb		R	R		3. Teleconsulta					P X R				99499.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
			95215472		2		CALLAO			26		M	PC		PESO		N	N		1. Orientación/ Consejería en PF					P X R		1		99402.04	
					59							M	Pab		TALLA		X	X		2. Administración y uso de método inyectable mensual					P X R		1 1		99208.04	
												D			Hb		R	R		3. Teleconsulta					P X R				99499.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
			42985621		2		LOS OLIVOS			29		M	PC		PESO		N	N		1. Orientación/ Consejería en PF					P X R		1		99402.04	
					59							M	Pab		TALLA		X	X		2. Administración y uso de método inyectable trimestral					P X R		1 1		99208.02	
												D			Hb		R	R		3. Teleconsulta					P X R				99499.01	

➤ TELEMONITOREO

Métodos hormonales continuadoras

En el caso del registro de las usuarias continuadoras el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La usuaria recogerá su método anticonceptivo por farmacia y se aplicará en tópico de emergencia o en un ambiente determinado

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DÍA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	TIPO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR			CÓDIGO		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	ENTRO POBLADO																	CIE / CPT	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	15842795	2		MIRAFLORES	29	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración y uso de método inyectable mensual	P	X	R	2	1		99208.04		
		59				M		TALLA	X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10		
						D	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	24587632	2		VENTANILLA	31	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración y uso de método inyectable trimestral	P	X	R	4	1		99208.05		
		59				M		TALLA	X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10		
						D	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	25879464	2		SAN MARTIN DE PORRES	23	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración y uso de método oral combinado	P	X	R	2	4		99208.13		
		59				M		TALLA	X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10		
						D	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R						

Efectos secundarios de los métodos hormonales

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DÍA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	TIPO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR			CÓDIGO		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	ENTRO POBLADO																	CIE / CPT	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	20295134	2		LOS OLIVOS	28	M	PC	PESO	N	N	1.	Amenorrea sin otra especificación	P	X	R				N912		
		59				M		TALLA	X	X	2.	Efectos secundarios de inyectable trimestral	P	X	R				Y4252		
						D	Pab	Hb	R	R	3.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	25879462	2		EL AGUSTINO	23	M	PC	PESO	N	N	1.	Cefalea persistente	P	X	R				R51X		
		59				M		TALLA	X	X	2.	Efectos secundarios del implante	P	X	R				Y4253		
						D	Pab	Hb	R	R	3.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10		

➤ TELEORIENTACIÓN

Métodos de barrera nueva

En el caso del registro de las usuarias nuevas el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La provisión del número de preservativos femeninos o masculinos a la usuaria nueva será como en las continuadoras, en el marco COVID-19.

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
65210321	2		M	PC	PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	P	X	R	2		99402.04
	59		M		TALLA	X	X	2.	Administración y uso de método condón masculino	P	X	R	1	30	99208.02
			D	Pab	Hb	R	R	3.	Teleorientación sincrona	P	D	R			99499.08

➤ TELEMONITOREO

Métodos de barrera continuadora

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1.	Administración y uso de método condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	30	99208.02
				<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10
				<input type="checkbox"/>	D		Pab				R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

➤ TELECONSULTA

Anticoncepción Oral de Emergencia

En el caso del registro el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería que corresponda.

2º LAB: en el caso de entrega de Levonorgestrel o solo progestágeno se registrará por blíster y en el caso de entrega de Yuzpe se registrará por número de tabletas.

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
95421654	2	COMAS	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1.	Orientación/ Consejería en AOE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.03
				<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Administración y uso de Anticonceptivo oral de emergencia /Progestageno	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1	99208.12
				<input type="checkbox"/>	D			Hb		R	R	3.	Teleconsulta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.01

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

Tener en cuenta que la primera entrevista de enfermería se realizara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er. Casillero: Se colocará el diagnóstico de TB
- En el 2do. Casillero: Se colocará la entrevista de enfermería
- En el 3er. Casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "R"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 2do. casillero: Se colocará el número de entrevista 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, si el caso lo amerite.

AÑO 3		MES 2		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																				
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22							
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		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: ____/____/____																																	
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		1		TB PULMONAR BK (+)		T		D						A150			
		45672		58						F		Pab		TALLA		C		2		ENTREVISTA DE ENFERMERIA		P		R		R		1		U148			
										D				Hb		R		R		3		TELECONSULTA EN LINEA		P		R		R		99499.01			

ENTREVISTA SOCIAL

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

- En el 1er. casillero "Orientación social" **U128**
- En el 2do. casillero el diagnóstico de TB
- En el 3er. casillero la Teleconsulta en Línea **99499.01**

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero siempre "R"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 1er. casillero: el número de orientación social 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda



AÑO [3]		MES [4]		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) [5]				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) [6]				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN [7]																	
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
GESTANTE / P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P D R		1º 2º 3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. TB PULMONAR BK (+)		P D R						A150	
		45672		58						M		PC		TALLA		X		X		2. ORIENTACION SOCIAL		P D R		1				U128	
										D		Pab		Hb		R		R		3. TELECONSULTA EN LINEA		P D R						99499.01	

TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Tener en cuenta que la primera dosis de la TPI se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará terapia preventiva con isoniacida (TPI)
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero: Se colocará siempre “D”
- En el 2do. Casillero: Se colocará siempre “D”

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de dosis de TPI 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO [3]		MES [4]		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) [5]				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) [6]				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN [7]																	
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
GESTANTE / P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P D R		1º 2º 3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA		P D R		2				Z5182	
		45672		58						M		PC		TALLA		X		X		2. TELECONSULTA EN LINEA		P D R						99499.01	
										D		Pab		Hb		R		R		3.		P D R							

CONSULTA PSICOLOGICA

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

- En el 1er casillero: Se colocará entrevista Psicológica **96100**
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero: Se colocará siempre “D”
- En el 2do. Casillero: Se colocará siempre “D”

En el ítem LAB se registrará:

- En el 1º casillero: Se colocará la sigla TBC = Paciente con Tuberculosis
- En el 2º casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: ____/____/____																			
2	623745	2	COMAS		25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. ENTREVISTA PSICOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		961000	
	45672	58				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. TELECONSULTA EN LINEA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.01
						D	F	Hb	R	R	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB SENSIBLE (TBS)

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBS se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 3ro casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero "D"
- En el 3ro. casillero "D"

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: ____/____/____																			
2	623745	2	COMAS		25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U310	
	45672	58				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. TELEMONITOREO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10
						D	F	Hb	R	R	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB RESISTENTE (TBR)

Esquema individualizado

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 2do casillero: Se colocará Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																					
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22				
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT										
HISTORIA CLINICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º														
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	R	R	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	P	D	R	2	1º	2º	3º	U3112												
	45672																						58	M	F	Pab	R	R	2. TELEMONITOREO	P	D	R	1	99499.10

Esquema estandarizado

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero Administración de tratamiento **U3112**
- En el 2do casillero Telemonitoreo **99499.10**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																					
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22				
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT										
HISTORIA CLINICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º														
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	R	R	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	P	D	R	2	1º	2º	3º	U3112												
	45672																						58	M	F	Pab	R	R	2. TELEMONITOREO	P	D	R	1	99499.10

Esquema empírico

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 2do casillero: Se colocará Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
												DNI													
DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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/P/UEP/PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745		2		COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO				P	X	R	2			U3113		
	45672		58							TALLA	X	X	X	2. TELEMONITOREO				P	X	R	1			99499.10	
										Hb	R	R	3.				P	D	R						

REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2do casillero: Se colocará EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS ANTIMICOBACTERIANAS (RAFA TBC).
- En el 3er. casillero Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
												DNI													
DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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/P/UEP/PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745		2		COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. ICTERICIA				P	X	R				R17X		
	45672		58							TALLA	X	X	X	2. RAFA				P	X	R				Y411	
										Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA				P	X	R				99499.01		

ANEXO 1

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO A TRAVÉS DE TIC

DOTS con Red de Soporte Familiar: La Persona Afectada por Tuberculosis (PAT), continúan el tratamiento antituberculosis en su domicilio con el soporte de un miembro de la familia.

- Brindar a la familia un número telefónico del equipo del servicio de la Estrategia Sanitaria de TB del establecimiento de salud para la comunicación, TIC.
- La PAT, la familia y el personal de salud, eligen a uno de los miembros de la familia que se hará responsable de la administración y supervisión del tratamiento.
- La PAT, la familia y el personal de salud, organizar el tratamiento domiciliario y establecer cronograma por paciente: hora de la administración, fecha y hora que acuden al establecimiento a recoger los medicamentos.
- De acuerdo al cronograma establecido el personal de salud y la PAT a través del enlace telefónico o video llamada, supervisa la administración del tratamiento.
- Establece una comunicación, acompañamiento o asesoramiento a la PAT durante el tratamiento domiciliario; brinda consejería a la PAT, al familiar elegido para el apoyo en el tratamiento domiciliario, a la familia, entre otros.
- El personal de salud entrega los medicamentos para 5 días, debidamente identificados para cada día, para evitar confusiones.
- El paciente y la familia reciben orientación clara y sencilla sobre la administración del tratamiento persé y las posibles Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), acorde a la medicación de cada PAT.

ANEXO 2

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

- Es una de las actividades de la atención integral e individualizada a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento. Tiene como objetivos:
- Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado del control mensual.

- Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos
- Identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería
- Realizar censo de contactos y citarlos para el examen
- Identificar a los menores de 5 años para la administración de TPI

2. ENTREVISTA SOCIAL.

Es el estudio sistemático y detallado en que se establece una comunicación entre el trabajador social y el paciente, con el objetivo de conocer su problema, entorno familiar e identificar conductas de riesgo (alcoholismo, fármaco dependencia, violencia familiar, entre otras).

3. TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Está indicada en personas diagnosticadas con tuberculosis latente, que pertenecen a grupos de personas con riesgos específicos. La indicación del TPI es responsabilidad del médico tratante del EE.SS y su administración es responsabilidad del profesional de enfermería.

4. CONSULTA PSICOLÓGICA:

Es la intervención psicológica que emplea la observación y la recopilación sistemática de información respecto a las emociones y/o comportamientos, problemas que manifiesta el usuario. A través de ella se busca la secuencia de los factores antecedentes, desencadenantes y de mantenimiento (consecuencias), con la finalidad de tener un diagnóstico probable y un conocimiento pleno del problema, iniciando el alivio y la superación de los mismos.

5. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Actividad del personal de salud que administra y supervisa la ingesta de los medicamentos a la Persona Afectada Tuberculosis (PAT) según el esquema de tratamiento antituberculosis indicado

Esquemas de tratamiento antituberculosis:

5.1 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO UNO (TB Sensible)

5.2 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Estandarizado

5.3 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Individualizado

5.4 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Empírico

6. REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Es cualquier respuesta a un medicamento antituberculosis que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH-SIDA ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

➤ TELEORIENTACION

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Teleorientación.

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

- En el casillero 1er, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2do se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3ro y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Teleorientación Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2do y 3ro casillero se dejará en blanco

La IPRESS contacta con el paciente nuevo con VIH para brindarle una orientación sobre el lugar de atención y/o tratamiento

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7						
														DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: / /								
2	623745	2	COMAS	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P	D	X		Z21X1				
	45672				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS	P	D	R		99402.16				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	D	R		99499.08				

La IPRESS contacta con el paciente con VIH varado que necesita orientación sobre la continuidad de su tratamiento.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7						
														DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: / /								
2	623745	2	COMAS	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P	D	X		Z21X1				
	45672				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS	P	D	R		99402.16				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	D	R		99499.08				

➤ TELEMONITOREO

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Telemonitoreo.

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

- En el casillero 1°, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2°, se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrará la actividad de Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda.

- En caso de la actividad de Telemonitoreo se colocará el diagnóstico “D”

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1° colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2°, 3° casilleros se dejarán en blanco

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) para su control y tratamiento respectivo.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁵																		
												DNI																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																	P D R		1° 2° 3°					
		GESTANTE/P/UE/P/ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P		D		X		Z21X1	
		45672		58						M				TALLA		X		X		2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P		R				99402.16	
								D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P		R				99499.10	

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) HSH para su control y tratamiento respectivo.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁵																		
												DNI																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12																	P D R		1° 2° 3°					
		GESTANTE/P/UE/P/ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P		D		X		Z21X1	
		45672		58						M				TALLA		X		X		2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P		R				99402.16	
								D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P		R				99499.10	



Telemonitoreo a la persona con VIH-SIDA que abandonan el tratamiento.

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

- En el casillero 1er, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2do se registrará la administración del tratamiento
- En el casillero 3ro y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el casillero 4to registrar el servicio realizado.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende población general
- En el casillero 2do colocar AB correspondiente al estado de abandono del tratamiento, según corresponda.
- En el 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) que abandonan el tratamiento.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6						
													DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21		22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º		3º
	GESTANTE/P UER P ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
2	623745	2	COMAS	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D			Z21X1	
	45672				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AB		99199.11
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.	TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10

INFECCION DE TRASMISION SEXUAL

➤ TELEMONITOREO

Telemonitoreo a la persona con Sífilis Genital Primaria que abandonan el tratamiento.

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

- En el 1er casillero, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el 2do casillero se registrará la administración de tratamiento
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do casillero se registrará la condición de abandono al tratamiento colocando AB
- En el 3ro casillero se dejará en blanco

La IPRESS realiza un Telemonitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
7		8	9	11		13	14	15	16	17	18	19		20	21		22	
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT
		HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
		GESTANTE/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. SIFILIS GENITAL PRIMARIA		P	D	R			A510
	45672					M		TALLA	R	R	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO		P	D	R	AB		99199.11
		58				D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO		P	D	R		99499.10

Seguimiento de pacientes con sífilis que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.

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

- En el 1er casillero, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el 2do casillero, se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de TB, VIH y otros, según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda
 En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2do y 3ro se dejará en blanco.

La IPRESS realiza un Telemonitoreo a los pacientes que tienen el perfil de abandonar el tratamiento.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7													
D.N.I. 8			FINANC. 9			DISTRITO DE PROCEDENCIA 11			EDAD 13		SEXO 14	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL 15		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA 16		ESTABLEC. 17	SERVICIO 18	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19					TIPO DE DIAGNÓSTICO 20			VALOR LAB 21			CÓDIGO CIE / CPT 22
HISTORIA CLINICA 10			ETNIA 12			CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
623745			2			COMAS			M	PC	PESO		N	N	1. SIPLIS GENITAL PRIMARIA					P	D	R	A510						
45672			58						M		TALLA		R	R	2. ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TB, VIH Y OTROS					P	D	R	AB	99199.11					
									D	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO					P	D	R	99499.10						

Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave a través de Teleorientación asíncrono.

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

- En el 1er casillero, registrar Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave.
- En el 2do casillero, registrar el servicio realizado Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda
 En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do casillero se dejará en blanco.

Los pacientes se comunican vía mensajería instantánea con el personal de salud porque han tenido conductas de riesgo y tienen algunos síntomas ante lo cual el personal de salud le brinda directrices para su atención

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7													
D.N.I. 8			FINANC. 9			DISTRITO DE PROCEDENCIA 11			EDAD 13		SEXO 14	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL 15		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA 16		ESTABLEC. 17	SERVICIO 18	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19					TIPO DE DIAGNÓSTICO 20			VALOR LAB 21			CÓDIGO CIE / CPT 22
HISTORIA CLINICA 10			ETNIA 12			CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
623745			2			COMAS			M	PC	PESO		N	N	1. CONSULTA DE ATENCION PREVENTIVA DE ITS VIH A POBLACION CLAVE					P	D	R	TRA	99351					
45672			58						M		TALLA		R	R	2. TELEORIENTACION ASINCRONA					P	D	R		99499.09					
									D	Pab	Hb		R	R	3.					P	D	R							

HEPATITIS B

➤ TELEMONITOREO

Seguimiento de pacientes con HvB que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.

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

- En el 1er casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el 2do casillero se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de hepatitis y otros, según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realiza Telemonitoreo a los pacientes en tratamiento y sobre todo aquellos que tienen un perfil de abandonar el tratamiento.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (IPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10	12											P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(7)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA			P	D	R			B181
	45672					M		TALLA	N	R	2. ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TB,VIH Y OTROS			P	D	R			99219.05
		58				D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	D	R		

Telemonitoreo a la persona con Hepatitis Virus Tipo B crónica que abandonan el tratamiento.

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

- En el 1er casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el 2do casillero se registrará la Administración de Tratamiento según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda
 En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2º casillero se registrará la condición de abandono del paciente AB
- En el 3ª casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realiza un tele monitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																											
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22												
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: / /					
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA			P			D			R			B181									
		45672						M		PC		TALLA		R		R		2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P			R			AB			99199.11											
				58				D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			R			99499.10												

Consejería de Soporte a personas con Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin agente Delta a través de Telemonitoreo.

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

- En el 1er casillero, Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el 2do casillero se registrará la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda
 En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casilleros se dejará en blanco.

La IPRESS brinda orientaciones a sus pacientes continuadores para diversos temas como mensajes de lavado de manos y autocuidado en contexto de emergencia sanitaria.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																											
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22												
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: / /					
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA			P			D			R			B181									
		45672						M		PC		TALLA		R		R		2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS,VIH,HEPATITIS B			P			R						99402.06											
				58				D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			R			99499.10												

TRASMISIÓN MATERNO INFANTIL

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Hepatitis a través de Telemonitoreo

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

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de Hepatitis Viral que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero se registrará la consejería realizada
- En el 3er casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con hepatitis (continuadora)

AÑO 3		MES 4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																						
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA: BLEC		SER: VICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
HISTORIA CLINICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º											
GESTANTE/I/P UER P/ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
2		623745		2		COMAS		M		PC		PESO		N		N		1. HEPATITIS VIRAL QUE COMPLICLA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO		P		D		R				0984			
		45672				25		M		Pab		TALLA		R		R		2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS,VIH,HEPATITIS B		P		R				99402.06					
		58						D				Hb		R		R		3. TELEMONITOREO		P		R				99499.10					

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Sífilis a través de Telemonitoreo

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

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero se registrará la consejería realizada
- En el 3er casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casilleros se dejará en blanco

La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con sífilis en relación a su tratamiento.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
DNI																			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROGENCIA	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: / /							
2	623745	2	COMAS	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. SIFILIS QUE COMPLICHA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				O981	
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS,VIH,HEPATITIS B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.06	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10	

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de VIH a través de Telemonitoreo

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico de Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero: Se registrará la consejería realizada
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros: Se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el 4to casillero: Se registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro se dejará en blanco

La IPRESS realiza un seguimiento de la paciente gestante con VIH en relación a su tratamiento.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
DNI																			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROGENCIA	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: / /							
2	623745	2	COMAS	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)QUE COMPLICHA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				O981	
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS, VIH, HEPATITIS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.06	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10	



PROMOCIÓN DE LA SALUD

PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

Actividad que se realiza a través de Teleorientación, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 12 meses con la finalidad de brindar consejería integral para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con hierro (Jarabe o gotas de hierro).

- **Teleorientación al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1er y 2do⁴casillero Consejería en....., según corresponda
 - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
 - Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
 - Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
 - Consejería en Identificación de signos de alarma.
- En el 3ro casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1er y 2do Fila:
 - **99401.03:** Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
 - **99401.04:** Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
 - **99401.10:** Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
 - **99401.08:** Consejería de identificación de signos de alarma.
- En la 3ro Fila: 99499.08

Prácticas saludables a reforzar al menos dentro de los primeros 7 días: Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos, signos de alarma y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

⁴Según la metodología establecida de la Consejería integral, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 consejerías por recién nacido al día.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PES		N	N	1.	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.03
	45672				M			TALL						2.	CONSEJERIA EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
		58				D		Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	

▪ **Teleorientación a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso
- En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (2 o 3)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: Z298
- En la 2º Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
2	623745	2	Comas	4	A	M	PC	PES		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z298
	45672				M			TALL						2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2
		58				D		Pab	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
2	623745	2	Comas	5	A	M	PC	PES		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z298
	45672				M			TALL						2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3
		58				D		Pab	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

▪ **Teleorientación a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso.

En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99499.08

7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO							PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA		10	12									CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO		P	D	R	1º		2º		3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__											
2	623745	2	Comas		6	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					Z298				
	45672	58				M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4				99499.08				
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R									

Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad: Consumo del suplemento de hierro, alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

Importante:

- La 4ta Teleorientación, se realizará a los 30 días de iniciada la suplementación con hierro.
- La 5ta Teleorientación, se realizará a los 90 días de iniciada la suplementación con hierro.

▪ **Teleorientación a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1° casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
 - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
 - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
 - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
 - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado
- En el Ítem LAB 1: Tipo de anemia
 - **LEV:** Anemia Leve
 - **MOD:** Anemia Moderada
 - **SEV:** Anemia Severa
- En el 2° casillero Administración de Hierro Polimaltosado
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “**R**”
- Para las demás actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	P	R	R	LEV	D509	
	45672	58			M			TALLA				2.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	R	R		U310
					D				Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	R	R	4

Información de madre del niño(a) proporcionado al personal de la salud por el Actor Social (AS) O Agente Comunitario de Salud (ACS):

Definición. - Se refiere a aquellas Teleorientaciones realizadas por el personal de salud gracias a la identificación o actualización el número telefónico, correo electrónico, u otra información similar de la madre/ padre o cuidador del niño(a) proporcionada por el Actor Social (AS) o Agente Comunitario de Salud (ACS) que le permita realiza la Teorientacion.

Ejemplos de registro:

- **Teleorientación a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1° casillero Administración con Sulfato Ferroso
 - En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
 - En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS
- En el 2° casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (2 ó 3).

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99499.08

Teleorientación a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso.

- En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
- En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS

En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: Z298
- En la 2º Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R	PDS	1	Z298
	45672	58			M	X	Pab	TALLA	X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	4		99499.08
					D	X		Hb	R	R	3.		P	D	R			

Teleorientación a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1º casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
 - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
 - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
 - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
 - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado
- En el Ítem LAB 1: Tipo de anemia
 - **LEV:** Anemia Leve
 - **MOD:** Anemia Moderada
 - **SEV:** Anemia Severa

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	4	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R	PDS	1	Z298
	45672	58			M	X	Pab	TALLA	X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	2		99499.08
					D	X		Hb	R	R	3.		P	D	R			

- En el 2° casillero Administración de Hierro Polimaltosado
 - En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
 - En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “**R**”
- Para las demás actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: 99499.08

7 DIA	8 D.N.I.	9 FINANC. 10 HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO	13	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRI CA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1º	2º	3º			
											NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PES O	N	N	1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	P	R	R	LEV		D509	
	45672				M			TALL A				2.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	R	R	PDS	2	U310
	58				D			Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	R	R	4		99499.08

PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas a través de la **Teleorientación**. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado, según el siguiente detalle:

Consejería durante el periodo gestacional:

- ✓ **Primera Teleorientación, 1° consejería:** entre la 14 y 27 semana (segundo trimestre) de gestación, se realizará en los siguientes temas:
 - Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
 - Signos de alarma del embarazo.
 - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
 - Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.

- ✓ **Segunda Teleorientación, 2° consejería:** entre la 28 y 40 semana (tercer trimestre) de gestación, se realizará en los siguientes temas:
 - Reforzar cuidados del embarazo.
 - Reforzar signos de alarma del embarazo.
 - Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
 - Planificación familiar.
 - Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1° casillero Supervisión de embarazo con riesgo
 - En el Ítem LAB 1: El trimestre de gestación 1°, 2° o 3° según corresponda.
- En el 2° casillero Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: El número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

7	8		9		11		13	14	15		16		17	18	19			20			21			22	
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12					CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRI CA	BLEC	VICIO			P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	Comas		25	A	M	PC	PES O	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZON CON RIESGO			P	X	R	2				Z359		
	45672	58				X		Pab	TALL A	X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL			P	X	R	1				99401		
						D			Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA			P	X	R					99499.08		

Consejería durante el periodo post natal

- ✓ **Primera Teleorientación, 1° Consejería durante el periodo de puerperio:** en los primeros 7 días de producido el parto, se realizará en los siguientes temas:
 - Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
 - Signos de alarma del puerperio.
 - Signos de alarma en el RN.
 - Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche

- materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Planificación familiar.
 - ✓ **Segunda Teleorientación, 2° consejería:** entre los 28 y 30 días de producido el parto, se realizará en los siguientes temas:
 - Reforzar cuidados del puerperio.
 - Reforzar signos de alarma del puerperio.
 - Reforzar signos de alarma del RN.
 - Reforzar cuidados del RN.
 - Incidir en planificación familiar.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la púérpera.

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

- En el 1° casillero Atención Postparto control de púérpera para evaluación postnatal y seguimiento.
 - En el Ítem LAB 1: Colocar
 - “1” si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
 - “2” si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
 - “3” Si la consejería se realiza en otro momento diferente.
- En el 2° casillero Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: El número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco)
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12		CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO			P	D	R		1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	25	A	M	PC	PES	N	N	1.	ATENCION POSTPARTO CONTROL DE PUERPERA	P	X	R	2		59430
	45672	58			M			TALL	X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	2		99401
					D			Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R		

PP 0016TBC-VIH/SIDA

FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACION PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben consejería en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, a través de teleorientación. La consejería se realizará de la siguiente manera:



Para registro de Tuberculosis (TBC):

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

- **Primera Teleorientación (1°):** Se desarrolla la Consejería Integral en Prácticas Saludables
La consejería Integral en Prácticas Saludables involucra tocar los siguientes temas: Alimentación saludable, higiene de la vivienda con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar.
- **Segunda Teleorientación (2°):** Se desarrolla la Consejería Integral en Medidas Preventivas, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera **Teleorientación**.
La consejería Integral en Medidas Preventivas involucra tocar los siguientes temas: Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: Registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis
- En el 3° casillero registrar **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: si se registra 1 en el LAB1 se deja en blanco, **si se registra 2 en el LAB1 colocar:**
 - **1=** Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
 - **2=** Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12		TALLA			P			D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
2	623745	2	Comas	M	PC			N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	1	99401	
	45672			F	Pab			X	X	2. ACTIVIDAD DE TUBERCULOSIS	P	X	R		U0008	
		58		D				R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R		99499.08	

Para registro de VIH-SIDA:

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

- **(1°) Primera Teleorientación:** Se desarrolla la Consejería Integral en Habilidades Sociales.

La consejería Integral en Habilidades Sociales involucra tocar los siguientes temas: comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida.

- **(2°) Segunda Teleorientación:** Se desarrolla una Consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas.

La consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas involucra tocar los siguientes temas: Retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: Registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH/SIDA
- En el 3° casillero registrar **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: si se registra 1 en el LAB1 se deja en blanco, **si se registra 2 en el LAB1 colocar:**
 - 1= Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
 - 2= Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico

- Para todas las actividades marque siempre “D”

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
2	623745	2	Comas	25	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	2	99401
	45672	58		M	F	Pab	TALLA	X	X	2.	ACTIVIDAD DE VIH/SIDA	P	D	R		U0064
	D			R			R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	D	R	1	99499.08		

PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

TELEORIENTACIÓN A FAMILIAS PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE CONVIVENCIA SALUDABLE.

Para ello se desarrollarán tres (3) consejerías a través de Teleorientación a familias con gestantes y ocho (8) consejerías a través de Teleorientación a familias con menores de cinco años, según se indica.

Consejería a familias con gestantes:

- **Primera Consejería:** Se realiza al inicio de la gestación, a fin de afirmar la aceptación del embarazo.
- **Segunda Consejería:** Se realiza entre las semanas 16 y 22 de gestación, a fin de fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- **Tercera Consejería:** Se realiza en las semanas 36 y 38 de gestación, a fin de orientar el cuidado psicoafectivo con énfasis en el vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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 a claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
 - En el ítem LAB 1: Se registra el trimestre de gestación 1, 2 o 3, según corresponda.
- En el 2º casillero Consejería Integral
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería 1, 2 o 3 según corresponda.
- En el 3º casillero Actividad en Salud Mental
- **En el 4º casillero Teleorientación Síncrona**

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

7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA								ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			
DIA	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	623745	2	Comas	M	PC					N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO CON RIESGO	P	X	R	1			2359
	45672	58		M								2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	1			99401
				D	Pab									3.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	X	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
				A	PC					N	N	1.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R				99499.08
				M						C	C	2.		P	D	R				
				D	Pab					R	R	3.		P	D	R				

Consejería a familias con niños menores de 5 años:

- **1º Teleorientación a los 7 días después del parto:** Consejería en Fortalecimiento del cuidado psicoafectivo y prevención de la depresión post parto.
- **2º Teleorientación entre los 2 y 6 meses:** Consejería en Orientación en buenas prácticas de crianza.
- **3º Teleorientación entre los 7 y 12 meses:** Consejería en Orientación en establecimientos de límites.
- **4º Teleorientación entre los 13 y 18 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en gestión de las emociones.

- **5° Teleorientación integral entre los 19 y 24 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la identidad.
- **6° Teleorientación integral entre los 25 y 36 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la autonomía y el autocuidado.
- **7° Teleorientación integral entre los 37 y 48 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego.
- **8° Teleorientación integral entre los 49 a 59 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento-resolución de conflictos.

Para las consejerías a familias con niños menores de 5 años se considerará como actividad cumplida cuando se cumpla con los siguientes parámetros:

NIÑO(A) HASTA EL 1 AÑO DE EDAD = Familias con Conocimiento en Pautas de crianza

Cumplir con la **1°, 2° y 3° Teleorientaciones** desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el primer año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones 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 a claramente:

- En el 1° casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral (1,2 ó 3)
- En el 2° casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
- En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **1= Primera Teleorientación** (7 días después del parto)
 - **2= Segunda Teleorientación** (entre los 2 y 6 meses)
 - **3= Tercera Teleorientación** (entre los 7 y 12 meses)

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

7 DIA	8 D.N.I. HISTORIA CLINICA	9 FINANC. 10 GESTANTE/PUERPERA	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 ETNIA CENTRO POBLADO	13	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRI CA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
2	623745	2	Comas	11	A	M	pc	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	R	R	3	99401
	45672				M	X	Pab	TALL A	C	X	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	R	R		
		58	D		X	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNIA	P	R	R	3		99499.08	

NIÑO(A) HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **4° y 5° Teleorientaciones**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el segundo año de edad.



Para ello deberá registrar las acciones 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 a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral (4 ó 5)
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **4 = Cuarta Teleorientación** (entre los 13 y 18 meses)
 - **5= Quinta Teleorientación** (entre los 19 y 24 meses)

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

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		16 EVALUACION ANTROPOMETRICA		17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT																	
	HISTORIA CLINICA		10	12			M	PC	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	3	1º	2º	3º			99401																
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																				D	R	1º	2º	3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																								
2	623745		2	Comas		1	M	PC	TALL A	C	C	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	D	R							U0066																
	45672																							58			D	Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	3		

NIÑO(A) HASTA LOS 03 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **6º Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el tercer año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones 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 a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **6 = Sexta Teleorientación** (entre los 25 y 36 meses)

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

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		16 EVALUACION ANTROPOMETRICA		17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT																	
	HISTORIA CLINICA		10	12			M	PC	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	6	1º	2º	3º			99401																
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																				D	R	1º	2º	3º											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																								
2	623745		2	Comas		2	M	PC	TALL A	C	C	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	D	R							U0066																
	45672																							58			D	Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	6		

NIÑO(A) MENOR DE 4 AÑOS = Familias con Conocimiento en comunicación asertiva

Cumplir con la **7° Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el cuarto año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones 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 a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **7 = Séptima Teleorientación (entre los 37 y 48 meses)**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todos los casos

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	623745	2	Comas		3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	pc	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99401
	45672					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U0066
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		99499.08

NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS = Familias con Conocimiento en habilidades de afrontamiento.

Cumplir con la **8° Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el quinto año de edad

Para ello deberá registrar las acciones 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 a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **8 = Cuarta Teleorientación (entre los 49 a 59 meses)**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	Comas	X	M	PC	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	8	99401
	45672	58		M	Pab		TALL A	X	X	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	X	R		U0066
				D				Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	8

CONSEJERÍAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

CONSEJERÍA SOBRE ESTILOS DE VIDA Y AMBIENTES SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE COVID-19 A TRAVÉS DE LA TELEORIENTACIÓN.

Esta actividad es realizada por el personal de salud quien brinda al usuario Teleorientación para la promoción de estilos de vida saludable y ambientes saludables que contribuyan a la prevención de la transmisión del COVID-19, con incidencia en temas como: lavado de manos social, higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial y distanciamiento social.

La frecuencia e incidencia en algún tema es definida de acuerdo a la necesidad identificada en el usuario.

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos 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 a claramente:

- En el 1º casillero Consejería en higiene de manos
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería
 - En el ítem LAB 2: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
2	623745	2	Comas	X	M	PC	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA DE HIGIENE DE MANOS	P	X	R	1	RS	99401.24
	45672	58		M	Pab		TALL A	X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R			99499.08
				D				Hb	R	R	3.		P	X	R		

Para el registro de la consejería en otras temáticas:

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

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

- En el 1º casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
 - En el ítem LAB 1/LAB2 según corresponda:

- 1=Distanciamiento social
- 2=Uso correcto de la mascarilla facial
- 3=Higiene respiratoria

- En el 2º casillero **Consejería Integral**
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería
 - En el Ítem LAB 2: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**

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

❖ Quando se realiza la consejería en el tema de distanciamiento social

7 DIA	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19		20			21			22					
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO							PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.13			
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401			
							<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		

❖ Quando se realiza la consejería en el tema de distanciamiento social y uso correcto de la mascarilla facial.

7 DIA	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19		20			21			22					
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO							PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2		99401.13			
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401			
							<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		

❖ Quando se realiza la consejería en el tema de higiene respiratoria y distanciamiento social

7 DIA	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19		20			21			22					
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO							PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	3		99401.13			
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401			
							<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		

Recuerde: Solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 temáticas por día.

COLABORADORES:

➤ Dirección de Telemedicina - Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias

Rosalina Guerra Vega
Jefe de Equipo - Dirección de Telemedicina

Cynthia Jesús Barrón Sarmiento
Cecilia López Artica
Edith Betzabeth Pariona Valer
Karina Elizabeth Díez Quevedo
Lux Sixtina Marticorena Alvarado

➤ Oficina Gestión de la Información - General de Tecnologías de la Información

Luis Pedro Valeriano Arteaga
Jefe de Equipo - Producción y calidad del Dato

Celia Miri Oviedo Rodríguez
Wilson Fredy Urviola Zapata

➤ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

NUMERO	DIRECCIÓN	COLABORADOR
	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral	
01	Etapa de Vida Niño y Niña	Blanca Sofia Tavera Campo
	Etapa de Vida Adolescente y Joven	María Elena Yumbato Pinto
	Etapa de Vida Adulto	Nanete Rosario Ique Ríos
	Etapa de Vida Adulto Mayor	Víctor Oswaldo Girao Isidro Virginia Solis Solis
02	Prevención y Control del Cáncer	Andrea Matos Orbegozo Margareth Agnes Tello Canchapoma
03	Prevención y Control de Discapacidad	Luis Miguel León García Georgina Luz Valentín Rojas
04	Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas	Jorge Arturo Hanco Saavedra
05	Inmunizaciones	Ana Escudero Quintana Miriam Anco Concepción Rene Aquije Hernández
06	Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Metaxénicas: Estela Ramírez Montoya Ruby Ponce Jara Verónica Soto Calle Zoonosis: Ana María Navarro Vela Angela Laos Bejarano
07	Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable	Gualberto Segovia Meza Jacqueline Luz Lino Calderón
08	Salud Bucal	Giovanna Patricia Ríos Susanibar
09	Salud Mental	Gladys Soraida Champi Galixto Jeanro Daniel Aguirre De Dios María de los Ángeles Mendoza Vilca
10	Salud Ocular	Harvy Halberto Honorio Morales Nilda Victoria Trejo Maguiña
11	Salud Sexual y Reproductiva	Marysol Campos Fanola Zoila Rosa Almonacid Estrella
12	Prevención y Control de la Tuberculosis	Rula Aylas Salcedo
13	Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis	Milagros Guardamino Jauregui
14	Promoción de la Salud	Joel Collazos Carhuay Andrea Vilca Najarro Beatriz Quispe Quispe

Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias

 teleatiendo.minsa.gob.pe

 rntelesalud@minsa.gob.pe

 955 513 794