



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Actualizado de acuerdo a la RM 510-2013/MINSA

2016



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
90585	Vacunación Antituberculosa (BCG)	90708	Vacunación Antisarampión y Rubéola (SR)
90744	Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)	90717	Vacunación Antiamarílica (AMA)
90712	Vacunación Antipoliomielítica (APO)	90701	Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
90713	Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	Z289	Inmunización no realizada por razones no especificadas
90723	Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	U0009	Actividad de ESN Inmunizaciones
Z2781	Vacunación Diftotetánica (dT)	99344	Visita familiar integral
Z251	Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	U124	Capacitación
90681	Vacunación contra Rotavirus	Z289	Inmunización no realizada por razón no especificada
90669	Vacunación Antineumocócica	U0009	Actividades de Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.
90657	Vacunación contra la Influenza (estacional)		
90707	Vacunación Antisarampión, Paperas y Rubéola (SPR)		

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Desarrolla dos (02) tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promocionales (APP).

Como caso excepcional se hará uso de la hoja HIS en el servicio de hospitalización donde aplican la vacuna al recién nacido (BCG y HvB).

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, documento de identidad, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en los aspectos generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Distrito de Procedencia, anote claramente el distrito del domicilio actual de la persona a la que se le administra la vacuna. Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

Los ítems Diagnóstico Motivo de Consulta, Tipo de Diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote claramente el biológico por separado identificando el tipo de vacuna.

En el caso de que existan más de tres diagnósticos continúe en el siguiente registro, trace una línea oblicua entre los ítems del Día y Servicio.

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

En el ítem: Lab anote:

- El número de dosis (1, 2, 3...) según el tipo de vacuna.
- En aquellas vacunas que son dosis ÚNICAS deje en BLANCO.

Todas las dosis de vacuna se registran con Tipo de Diagnóstico Definitivo (D)

VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Según esquema vigente corresponden a esta edad:

Vacunación Antituberculosa (BCG) y Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)

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

- En el 1º casillero Vacunación Antituberculosa (BCG)
- En el 2º casillero Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)

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

En el ítem: Lab para "BCG" DEJAR EN BLANCO cuando la vacunación se haya realizado dentro de las 24 horas de nacido

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
17	97565	2	80	San Martín de Porres	1 D	M	N	N	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	B	R	90585
							C	C	2. Vacunación Antihepatitis Viral B	P	B	R	90744
	89526224							R	R	3.	P	D	R

Para el caso de los niños (as) vacunados con Hepatitis Viral B que según NTS N°080 - MINSA/DGSP V.03 SOLO se vacunan hasta las 24 horas de nacido y en el reporte nos piden diferenciar los vacunados a las 12 horas y 24 horas, para esto utilizaremos el campo Lab para diferenciarlos, de la siguiente manera:

- Cuando el niño se vacune hasta las 12 horas de nacido con HvB, el campo LAB se deja EN BLANCO y en la edad se registra 1D.
- Cuando el niño se vacune después de las 12 horas y hasta las 24 horas, el campo LAB se registra "1" y en la edad se registra 1D.



Recién Nacido Expuesto a Hepatitis B

Son los recién nacidos de gestantes con HBsAg reactivo.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
17	97565	2	80	San Martín de Porres	1 D	M	N	N	1. Contacto con y Exposición a Hepatitis Viral	P	D	R	Z205
							C	C	2. Vacunación Antihepatitis Viral B	P	D	R	90585
	89526224							R	R	3. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	D	R

Es muy importante poder consignar el dato de Contacto con y Exposición a Hepatitis Viral B durante la vacunación

Vacunación Antituberculosa (BCG) después de las 24 horas de nacido hasta los 28 días

En el ítem Lab registrar "1"

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
13	5551	2	80	Puente Piedra	26 D	M	N	N	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	D	R	1 90585
							C	C	2.	P	D	R	
	54100545							R	R	3.	P	D	R

Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03 se ha establecido:

"En caso que se detecte un niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado con BCG, deberá aplicarse la vacuna."

En el registro de estos casos:

Vacunación Antituberculosa (BCG) en mayores de 28 días y menor a 12 meses (< 01 año)

En el ítem Lab registrar "1"

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
8	12120	2	80	Huánuco	9 M	M	N	N	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	D	R	1 90585
							C	C	2.	P	D	R	
	63410754							R	R	3.	P	D	R

VACUNACIÓN DEL MENOR DE UN AÑO

Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03 se ha establecido:

"La administración secuencial de las vacunas antipoliomielítica: vacuna poliovirus inactivada (IPV) y vacuna de virus vivos atenuados (APO), se realizara de acuerdo al esquema siguiente:

1º Dosis	2º Dosis	3º Dosis
Antipolio (IPV) Vacuna anti Polio Inactivada (Inyectable)	Antipolio (IPV) Vacuna anti Polio Inactivada (Inyectable)	Antipolio (APO) (Anti Polio Oral)
Edad 02 meses	Edad 04 meses	Edad 06 meses

Fuente: NTS 080 – MINSA/DGSP V.03

En el registro: Para esquema SECUENCIAL IPV / APO (nuevo)
A los 02 meses
Vacuna Antipoliomielítica, Pentavalente, Neumococo y Rotavirus.

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

- En el 1º casillero Vacunación Antipoliomielítica IPV
- En el 2º casillero Vacunación contra DPT - HvB – HiB (Pentavalente)
- En el 3º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el 4º casillero Vacunación contra Rotavirus

En el ítem Lab el número de dosis “1”

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	65656	2	80	Callería	2 M	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica IPV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90713
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90723	
	23497610						R	R	3. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90669
						M	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90681
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

A los 04 meses

En el ítem Lab el número de dosis “2”

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
26	65656	2	80	Callería	4 M	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica IPV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90713
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90723	
	23497610						R	R	3. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90669
						M	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90681
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

A los 06 meses

En el ítem Lab el número de dosis “3”

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
26	65656	2	80	Callería	6 M	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90712
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90723	
	23497610						R	R	3.	P	D	R		

La secuencia de la dosis de Antipolio se debe mantener aunque las 2 primeras hayan sido IPV

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

- “Si el niño o niña ha iniciado el esquema de vacunación con APO, se completa el mismo con APO; no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO para completar el número de dosis faltantes.
- Los niños en quienes está contraindicado la administración de la vacuna APO no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO, deben recibir únicamente las tres dosis de la vacuna IPV.”

Si el niño (a) inicio la 1ª dosis con Vacunación Antipoliomielítica Oral, en el registro se mantiene utilizando “Vacunación Antipoliomielítica APO” con el código 90712 tanto para la 2ª dosis como para la 3ª dosis.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	65656	2	80	Callería	4	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica IPV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90712
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90723
	23497610					F	R	R	3. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90669
						M	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90681
						C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

En el caso de la Población en Riesgo: Hijos de Madre Infectada con VIH.

El registro para la población de riesgo debe realizar utilizando “Vacunación Antipoliomielítica IPV” 90713 para las 03 dosis y acompañando SIEMPRE al registro de la vacuna la condición de riesgo (este último aspecto permitirá diferenciar a los vacunados de población de riesgo de los demás).

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

- En el 1º casillero Vacunación Antipoliomielítica Inactivada
- En el 2º casillero Hijo de Madre Infectada con VIH

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero SIEMPRE “D”
- En el 2º casillero SIEMPRE “R”

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	95423	2	80	Chorrillos	4	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica IPV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90713
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hijo de Madre Infectada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z2061
	65656154					F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando se presenten Reacciones Adversas a Pentavalente

Se realiza la administración de las vacunas componentes de la Pentavalente de manera separada. En este caso registre:

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica
- En el 2º casillero Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)
- En el 3º casillero Vacunación Haemophilus Influenzae B (HiB)

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



DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	32544	2	80	Camaná	4	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antihepatitis Viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90744	
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2

No se debe colocar en el ítem Lab "1" porque la 1ª dosis ya se colocó y generó la reacción adversa

Vacunación contra la Influenza (Estacional)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	32544	2	80	Pampas Chico	7	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza Estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90657
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

La vacunación contra la Influenza se registra con 1 ó 2 solo en menores de un año en todas las demás edades se registra con el campo Lab en BLANCO por ser dosis única para la edad

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 01 AÑO

Vacunación SPR, Neumococo e Influenza (Estacional)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el 3º casillero Vacunación contra la Influenza Estacional

Para el caso de SPR se deberá registrar la 1ª dosis de 01 año con "1" en el campo Lab y la 2ª dosis a los 18 meses con "2" en el campo Lab; para esta vacuna NO se deberá dejar el campo Lab en blanco.

En el ítem Lab registre:

- En el 1º casillero "1" para indicar 1ª dosis.
- En el 2º casillero el número de dosis "3" (son los que recibieron 2 dosis cuando fueron menores de 1 año)
- En el 3º casillero "1" ó "2" según corresponda

En los niños(as) de 01 año se vacunará SOLO se vacuna contra Influenza a los que no completaron su esquema cuando eran menores de 01 año, es decir, 02 dosis a partir de los 07 meses ya que se pueden vacunar hasta los 23 meses.

En el ítem Lab registre:

- En el 3º casillero "2" para indicar 2ª dosis.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	12475	2	80	San Luis	1	A	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90707
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90669	
	42587631						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación contra la Influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2

En el ejemplo para el caso de Influenza corresponde a una niña vacunada con 01 dosis cuando eran menores de 01 año y se aplica la 2da cuando tienen un año.

Cuando No recibieron ninguna dosis:

En el ítem Lab registre:

- En el 3º casillero "1" cuando sea la 1º dosis y "2" cuando sea la 2º dosis.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	12475	2	80	San Luis	1	A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90707
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90669	
	42587631						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación contra la Influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90657

Vacunación Anti Neumococo en Niños y Niñas que iniciaron vacunación después de 01 año de edad o no vacunados anteriormente

En el ítem Lab registre:

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	12475	2	80	Pacucha	1	A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90707
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90669	
	42587631						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación contra la Influenza Estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90657

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 15 MESES

Vacunación Antiamarílica

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

- En el 1º casillero Vacunación Antiamarílica (AMA)

En el ítem Lab se deja en **BLANCO** por ser dosis ÚNICA para la edad

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
24	32544	2	80	Huaylo	1	A	M	N	N	1. Vacunación Antiamarílica (AMA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90717
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

La Vacunación Antiamarílica en todas las edades se registra con el campo Lab en BLANCO por ser dosis única para la edad

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 18 MESES

Vacunación SPR, 1º Refuerzo DPT y 1º Refuerzo Antipolio (APO)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- En el 2º casillero Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
- En el 3º casillero Vacunación Antipoliomielítica APO

En el ítem Lab se registra "DA"

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
24	32544	2	80	Santa Rosa	1	A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90707
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701		
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712	

Como se sabe, en el formulario HIS se registran edades puntuales por lo que el registro de los niños vacunados a los 15 y 18 meses se registrará con 1 año.

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 02 Y 03 AÑOS

Vacunación contra Influenza Estacional con Comorbilidad

Vacunación contra Neumococo con Comorbilidad

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

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

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

Para identificar que el vacunado cuenta con alguna morbilidad asociada (comorbilidad) se deberá registrar el diagnóstico con tipo de diagnóstico “R” (repetido), nunca en “D” (definitivo) ya que se duplicaría el caso.

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el siguiente casillero el diagnóstico de la comorbilidad

En el ítem Lab se deja en **BLANCO** por ser dosis únicas para la edad

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
5	9570-03	2	80	Turpay	2	A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90657
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90669		
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3. Asma no Especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J459	

Para el registro de la Vacunación con morbilidad y/o condición médica asociada SIEMPRE se deberá acompañar el registro de la vacuna con el diagnóstico de la morbilidad con tipo de diagnóstico “R”

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 04 AÑOS

2º Refuerzo vacunación DPT, 2º Refuerzo Antipolio (APO)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
- En el 2º casillero Vacunación Antipolio (APO)

En el ítem Lab se registra “DA” para indicar refuerzo en ambos casos

Solo se registra en Lab “DA”, ya no se indica el número de dosis



DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
										P	D	R			
24	32544	2	80	Malvas	4	A	M	N	N	1. Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712		
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03 se ha establecido:

“Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.”

En el registro HIS: Si el niño completara a los 04 años su 2º dosis de SPR se debe registrar de la siguiente manera:

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
										P	D	R			
24	32544	2	80	Malvas	4	A	M	N	N	1. Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712		
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90707

El registro de la 2º dosis es el mismo si el niño completara su 2º dosis a los 02 ó 03 años

Vacunación SR

Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03:

“Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se utiliza en barridos de vacunación y otras actividades complementarias. Se administra a partir de los 5 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR (hasta antes de los 5 años de edad). Aplicación de dosis única.

En poblaciones de riesgo, se aplica una dosis única, como en:

- Trabajadores de salud.
- Trabajadores de aeropuertos, terrapuertos, migraciones, y otros.
- Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico comercial.
- Población que participa a eventos masivos de países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión.
- Población excluida vulnerable (indígenas).”

EN NIÑOS NO VACUNADOS ANTES DE LOS 05 AÑOS

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)

En el ítem Lab se deja en **BLANCO** (por ser dosis única para la edad)

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
										P	D	R			
5	65640	2	80	Chepén	6	A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90708
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	65248779						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

En Poblaciones de Riesgo establecidos para esta vacuna

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)

En el ítem Lab registre: El grupo de riesgo al que pertenece

- En el 1º casillero:
 - ST** = Trabajador de Salud
 - AER** = Trabajador de Aeropuertos
 - TER** = Trabajador de Terrapuestos
 - FRO** = Población que vive en Fronteras
 - RSA** = Población que participa eventos masivos en países con circulación endémica de sarampión
 - OTR** = Otros (Personal que atiende las agencias de viajes, guías turísticos, taxistas y los demás grupos de riesgo)

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
16	11044	2	80	Chepén	34 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	90708
	52100762					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

Vacunación de Niños y Niñas de 05 a 11 años

Vacunación Anti Hepatitis B (HVB)

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

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

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
5	98542	2	80	Ocros	5 A	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90744
	36255415					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

NIÑOS QUE NO FUERON VACUNADOS OPORTUNAMENTE PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO

Cuando la vacunación se realice en niños que no han sido vacunados oportunamente se registra de **LA MISMA MANERA COMO LOS VACUNADOS OPORTUNAMENTE**, la diferenciación para el tema de oportunidad será identificada a través de la edad del vacunado.

Según NTS N° 080 - MINS/DGSP V.03: Se establecen algunas excepciones para la aplicación de la vacuna cuando estas no son oportunas, así tenemos:

“En aquellos niños entre 1 a 4 años, 11 meses, 29 días que no hayan recibido BCG y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG.”

En el registro se coloca la edad que corresponda al niño

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar **“1”** como para todos los vacunados con BCG después de las 24 horas.
- En el siguiente casillero **“CE”** para indicar la condición de contacto

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
5	95422	2	80	Apurímac	2 A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90585
	52241578					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	CE		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

“Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.”

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	654554	2	80	San Antonio de Putina	3 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	D	R	2	90707
	C					C	2.	P	D	R				
	F					R	R	3.	P	D	R			

Para los niños(as) que se vacunan en otras edades se aplica la misma metodología, indicando la dosis en el campo Lab

VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ADULTOS Y OTROS GRUPOS

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

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	84521	2	80	Chipao	13 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	D	R	1	Z2781
	C					C	2.	P	D	R				
	F					R	R	3.	P	D	R			

Vacunación con vacuna dT Adulto en Mujeres de 10 a 49 años: GESTANTES

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	35441	2	80	Copani	28 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	D	R	1	Z2781
	C					C	2.	P	D	R	G			
	F					R	R	3.	P	D	R			

Vacunación con vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

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



DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
5	41354	2	80	Cochas	36 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	D	R	1	Z2781
						C	C	2.	P	D	R			
	41356255						F	R	R	3.	P	D	R	

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

Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo (Mayores de 10 años)

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

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

a) Embarazadas o puérperas

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

A.1.- Embarazadas: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.

A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de l región deltoidea.”

b) Los trabajadores de salud

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

c) Adultos mayores (de 65 años a más)

Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma: La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea al primer contacto con el establecimiento de salud.

d) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

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

- Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".
- Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

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

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

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

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

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

- **[Dejar Lab en blanco]** = Mayores de 65 años
- **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- **G** = Gestantes
- **P** = Puérpera



DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	9652	2	13	Camaná	68 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90657
	65241775											P	D	R
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	9652	2	80	San Juan de Miraflores	30 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	90657
	65241775											P	D	R
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	9652	2	81	Chincha	40 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	90657
	65241775											P	D	R
						F	R	R	3.	P	D	R		

Vacunación Antihepatitis Viral B (HvB) en Población de 12 a 59 años

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

- En el 1º casillero Vacunación Antihepatitis B (HVB)

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
5	35441	2	80	Chorrillos	25 A	M	N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90744
	36255415											P	D	R
						F	R	R	3.	P	D	R		

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

Vacunación en personas con VIH - SIDA

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT						
15	85452	2	80	Chorrillos	25 A	M	N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	D	R	3	90744						
	07954315																			

En el caso de los pacientes con comorbilidad, esta debe registrarse con tipo de diagnóstico "R" siempre para evitar duplicar los casos, asimismo se puede hacer uso del campo Lab para poder identificar el grupo de riesgo

B. VACUNACIÓN EXTRAMURAL

Si bien es cierto las actividades extramurales son parte del trabajo programado de la estrategia en el año el registro de estas se debe realizar de manera individual, es decir, vacunado por vacunado (niños o adultos), ya no se registran como Actividad Masiva de Salud (AMS) en ninguno de los casos, esto nos permitirá mantener la construcción del registro de seguimiento de pacientes.

Como las actividades extramurales son de carácter muchas veces contingenciales, e incluso se vacuna como parte del esquema de vacunación regular aplicado a otros grupos de edad, se utilizará los siguientes criterios para el registro:

- ⇒ El registro será siempre individual y se deberá incluir los datos de identificación del vacunado: Documento de Identidad, Historia Clínica / Nº de registro o Carné de Vacunación y procedencia habitual.

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
17	R02310	10	80	San Martín de Porres
	65248225			

- ⇒ Si la vacunación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar "C" para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO							
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
17	97565	2	80	San Martín de Porres	2 A	M	N	N							
	89526224														

- ⇒ Independientemente del tipo de vacuna que se aplique se deberá utilizar en el campo Lab para identificar la dosis aplicada en campaña:

- **DU** = Cuando se trate de dosis única (no dejar en blanco el campo Lab)
- **D1** = Cuando se trate de la 1ª dosis
- **D2** = Cuando se trate de la 2ª dosis
- **D3** = Cuando se trate de la 3ª dosis
- **DDA** = Cuando se trate de dosis adicional



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
24	12475	2	80	Pacucha	2 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza estacional	P	D	R	DU	90657
	42587631								2. Asma no Especificada	P	D	R		J459
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
24	32544	2	80	Pampas Chico	1 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	D	R	D2	90707
	66504662								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
24	95420	2	80	Cajamarca	4 A	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	D	R	DDA	90712
	94200157								2. Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	D	R	DDA	90701
									3.	P	D	R		

Los ejemplos son referenciales y se puede dar el caso de que se vacune con más de un tipo de vacuna al mismo tiempo

- Adicionalmente si la vacunación distingue grupos de riesgo diferenciados se deberá utilizar las siglas de los grupos de riesgo ya definidos:
En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - **TRA** = Transexual
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transexual que es TS
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **PNP** = Policía Nacional
 - **M** = Fuerzas Armadas
 - **BOM** = Bomberos
 - **DCI** = Defensa Civil
 - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
 - **G** = Gestante
 - **P** = Puérpera

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	98542	2	80	Ocros	26 A	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	D	R	D1	90744
	36255415								2.	P	D	R	TS	
									3.	P	D	R		

Los grupos de riesgo están establecidos de acuerdo al tipo de vacuna a aplicar.

C. BARRIDOS DE VACUNACIÓN

Para el caso de Barridos de vacunación, estas se establecen de acuerdo a prioridades de inmunización nacionales por lo que no distinguen el estado vacunal de la población objetivo por lo que para estas actividades se debe realizar el registro de manera individual, es decir, vacunado por vacunado (niños o adultos), ya no se registran como Actividad Masiva de Salud (AMS) en ninguno de los casos, esto nos permitirá mantener la construcción del registro de seguimiento de niños y personas vacunadas.

Como los Barridos son de carácter muchas veces contingenciales, e incluso se vacuna como parte del esquema de vacunación regular aplicado a otros grupos de edad, se utilizará los siguientes criterios para el registro:

- El registro será siempre individual y se deberá incluir los datos de identificación del vacunado: Documento de Identidad, Historia Clínica / N° de registro o Carné de Vacunación y procedencia habitual.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
24	91221	10	80	Callao
	23564887			

- Si la vacunación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar "C" para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD							
24	91221	2	80	Callao	2 A	M	N	N
	23564887						C	C
						F	R	R

- Independientemente del tipo de vacuna que se aplique se deberá utilizar en el campo Lab para identificar la dosis aplicada en el barrido:
 - BU** = Cuando se trate de dosis única (no dejar en blanco el campo Lab)
 - B1** = Cuando se trate de la 1ª dosis
 - B2** = Cuando se trate de la 2ª dosis
 - B3** = Cuando se trate de la 3ª dosis
 - BDA** = Cuando se trate de dosis adicional

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
										P	D	R		
24	12475	2	80	Pacucha	1 A	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	D	R	B1	90712
	C						C	2.	P	D	R			
	F						R	R	3.	P	D	R		

- Adicionalmente si la vacunación distingue grupos de riesgo diferenciados se deberá utilizar las siglas de los grupos de riesgo ya definidos:

En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:

- | | |
|---|--|
| ○ TS = Trabajador Sexual | ○ M = Fuerzas Armadas |
| ○ HSH = Hombre que tiene sexo con Hombre | ○ BOM = Bomberos |
| ○ TRA = Transexual | ○ DCI = Defensa Civil |
| ○ HTS = HSH que es TS | ○ EST = Estudiantes de Ciencias de la Salud |
| ○ TTS = Transexual que es TS | ○ PPL = Persona privada de su libertad |
| ○ ST = Personal de Salud (Trabajador de Salud) | ○ G = Gestante |
| ○ PNP = Policía Nacional | ○ P = Puérpera |

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	98542	2	80	Ocros	34 A	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B1	90744
	36255415								2.	P	D	R	TS	
									3.	P	D	R		

D. ACTIVIDADES ESTACIONALES

Durante el año se presentan diferentes actividades relacionadas con la vacunación, es así que se deben tener en consideración los criterios generales para un registro adecuado

Condición	Campo Lab Intramural	Campo Lab Extramural
Vacuna dosis única	En blanco	DU
Refuerzo	DA	DDA
Más de 1 dosis	1, 2, 3 según corresponda	D1, D2, D3 según corresponda

⇒ Los campos Lab siempre deben contener el dato de la dosis. En caso de que esta sea aplicada a un grupo de riesgo la identificación del grupo de riesgo debe ser consignado en el campo Lab contiguo al de la dosis; si es aplicada más de una vacuna se debe registrar en la última posición la vacuna que requiere la identificación del grupo de riesgo para que se pueda hacer uso del siguiente campo Lab.

⇒ Si la vacuna es dosis única intramural se puede hacer uso del campo Lab para indicar el grupo de riesgo pero si es extramural el campo de la dosis debe indicar "DU" y en el siguiente campo Lab debe ser registrada la sigla que identifica el grupo de riesgo. En el caso de que el siguiente campo Lab esté ocupado, registrar la vacuna al final de todas las actividades para hacer uso del siguiente campo Lab.

Ejemplos:

Vacunación influenza y dT en gestante realizada en domicilio

En este caso la visita (que siempre se registra al final de todas las actividades) siempre lleva la numeración en el campo Lab y las demás actividades también por lo que, de manera excepcional, debe ser desplazado su registro a la primera posición, reordenando las demás actividades

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	34545	2	80	Puon	24 A	M	N	N	1. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
	62553415								2. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
									3. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DU	90657
 	 	 	 	 	 	 	 	 	1.	P	D	R	G	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

E. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

Visita Domiciliaria (99344)

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento al niño que no acude a recibir la dosis de vacuna correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

El Registro de la vacunación en domicilio deberá registrarse cuando esta es EFECTIVA, pudiendo utilizar para los casos de no vacunación habiendo realizado la visita, los siguientes códigos:

- Z280 Inmunización no realizada por contraindicación (prescripción médica, niño enfermo o en tratamiento)
- Z281 Inmunización no realizada por decisión del paciente, por motivos de creencia o presión de grupo
- Z282 Inmunización no realizada por decisión del paciente, por otras razones y las no especificadas (negación expresa sin que sea por motivos de salud)
- Z288 Inmunización no realizada por otras razones (se encontró al niño ya vacunado)
- Z289 Inmunización no realizada por razón no especificada (atención de otras actividades que emergen durante la visita y que son de prioridad, por ejemplo que encuentre a una gestante en trabajo de parto, se prioriza el traslado o la atención, etc.)



El uso estricto de los códigos para la vacunación no realizada en la visita debe obedecer a los motivos descritos.

Por ningún motivo se registran las visitas no efectivas por falta de ubicación del domicilio.

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

- En el 1º casillero el Motivo de Visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab, anote:

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

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	84526	2	80	Huánuco	4 A	M	N	N	1. Inmunización no realizada por contraindicación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z280
									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	50452537													

Cuando la vacunación se hace efectiva en el domicilio:

Se registra la(s) vacuna(s) aplicada indicando los datos a nivel individual, utilizando el campo Lab para el número de dosis

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	35210	10	80	Huancané	1 A	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica APO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DDA	90712
									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	52487214													



DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
13	96565	10	80	San Martín de Porres	4	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica IPV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D2	90713
	85214785						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – Hvb – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D2	90723
							R	R	3. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D2	90669
						M	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D2	90681
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
19	65448	10	80	Callao	29	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D1	90744
	75224814						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							R	R	3.	P	D	R		

En las visitas domiciliarias las dosis extramurales se registran con DU, D1, D2, D3, DDA

Cuando la vacunación se realiza dentro de la Visita Familiar (ESN Salud Familiar) deberá utilizar un formulario HIS consignado como UPS 302101: ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, registrar la Historia Clínica de la familia consignando el DNI del vacunado y registrar "Visita de Salud Familiar" como 1º ítem del registro, secuenciando las vacunas aplicadas dentro de los siguientes ítems.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
25	FM1547	2	80	Sechura	42	M	N	N	1. Visita de Salud Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
	02645289						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Historia Familiar de tumor maligno de órganos digestivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		7800
							R	R	3. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D1	90744
						M	N	N	1. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	EST	
							R	R	3.	P	D	R		

Para mayor detalle revise el Manual de Registro y Codificación HIS de la ESN Salud Familiar

Sesión Demostrativa (C0010)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

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



En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0010
									2. Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
									3.	P	D	R		

Sesión Educativa (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP142			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
									2. Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
									3.	P	D	R		

Capacitación (U124)

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

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

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

- APP100 Establecimiento / Personal de Salud
- APP138 Agente Comunitario en Salud
- APP144 Actividades con Docentes
- APP145 Actividades con Alumnos
- APP146 Actividades con Padres
- APP157 Trabajadores en General

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

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

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

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Capacitación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	28	U124
							C	C	2. Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
							R	R	3.	P	D	R		

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

Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar. Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y se ser posible lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.

Anotaciones Finales

- Las personas vacunadas contra la Fiebre Amarilla (Población no Vacunada y Persona que viaja a zonas endémicas) se registran de la misma forma que los niños, la diferenciación se realiza en la edad y el distrito de procedencia; el campo Lab siempre va en blanco por ser dosis única para la edad.
- Las dosis aplicadas en ESSALUD y otros prestadores deberán ser registradas bajo las mismas características descritas en el presente documento técnico a fin de ser ingresadas en el aplicativo informático; debiendo ser asignadas al establecimiento de salud NO MINSa al que corresponda (dado que en Registro Nacional de Establecimientos de Salud – RENAES cuenta con el registro de establecimientos de otros subsectores, en el aplicativo HIS deberá estar actualizado el archivo ESTABLEC.DBF a fin de poder tener disponible el listado completo de establecimientos de salud para el procesamiento).
- Cualquier cambio y/o modificación en el registro debido al cambio del esquema de vacunación será actualizada a través de una adenda al presente documento técnico, las regiones NO DEBERÁN IMPLEMENTAR NINGUNA FORMA DIFERENTE DE REGISTRO PARA TRATAR DE ADECUAR ALGUNA SITUACIÓN ESPECÍFICA, POR EL CONTRARIO, DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PODERLE DARLE UNA FORMA DE REGISTRO HOMOGÉNEA PARA TODO EL PAÍS.

EL RESPONSABLE DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN EN EL FORMULARIO HIS ES EL PERSONAL DE SALUD, DE ACUERDO A COMO SE INDICA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CUALQUIER VARIACIÓN EN EL CORRECTO REGISTRO REPERCUTE DIRECTAMENTE EN EL CORRECTO REPORTE DE LOS DATOS, LOS CUALES PUEDEN SER OMITIDOS Y/O DISTORSIONADOS SI NO HAN SIDO REGISTRADOS CORRECTAMENTE, PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y POR ENDE LAS DECISIONES TOMADAS A PARTIR DE ELLA.