



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

Sistema de Información HIS

**ETAPA DE VIDA NIÑO**

**2016**

## ETAPA DE VIDA NIÑO

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
Z001	Control de Crecimiento y Desarrollo	H905	Hipoacusia Neurosensorial, sin otra Especificación
Z138	Tamizaje de Neonatal (Examen de Pesquisa Especial para otras Enfermedades y Trastornos Especificados)	H906	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, Bilateral
Z017	Tamizaje de Anemia	H907	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, Unilateral con Audición Irrestringida Contra
Z119	Tamizaje de Parasitosis	H908	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, no Especificada
Z292	Administración quimioprofilaxis antiparasitaria	H910	Hipoacusia Ototóxica
Z298	Administración del Sulfato Ferroso	H912	Hipoacusia Súbita Idiopática
Z298	Administración Vitamina A	H918	Otras Hipoacusias Especificadas
Z298	Administración de Micronutrientes (polvo)	P081	Grande para la Edad Gestacional
Z391	Lactancia Materna Exclusiva (LME)	P070	RN de Peso Extremadamente Bajo
Z0017	Alimentación Complementaria (sin clasificar)	Q120	Catarata Congénita
Z724	Ganancia Inadecuada de Peso / Talla	99460	Atención Inmediata del Recién Nacido
E660	Sobrepeso	80099	Tamizaje Neonatal (toma de muestra)
E440	Desnutrición Aguda (proteico calórica moderada)	Z138	Tamizaje Neonatal (evaluación de resultados)
E45X	Talla Baja / Desnutrición Crónica	P0711	RN de Muy Bajo Peso
E669	Obesidad, no especificada	P0712	RN Bajo Peso al nacer
Z006	Niño Normal (Evaluación Nutricional / Evaluación del Desarrollo)	P080	RN Macrosómico
E40X	Kwashiorkor	F82X	Trastorno / Déficit del Desarrollo
E41X	Marasmo nutricional	F83X	Trastorno / Déficit en 02 o más áreas del Desarrollo (Retardo del Desarrollo)
E42X	Kwashiorkor marasmático	U310	Administración de Tratamiento
E43X	Desnutrición Severa (proteico calórica severa)	U8172	Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría (solo para personal técnico)
E344	Talla Alta (Estatura alta constitucional)	C8002	Plan de atención Integral de salud
D509	Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación	99403	Consejería Nutricional
P051	Pequeño para la edad gestacional	99401	Consejería Integral
H900	Hipoacusia Conductiva Bilateral	99411	Sesión de Estimulación Temprana
H901	Hipoacusia Conductiva, Unilateral con Audición Irrestringida Contralateral	99344	Visita Domiciliaria
H902	Hipoacusia Conductiva, sin otra Especificación	C0010	Sesión Demostrativa
H903	Hipoacusia Neurosensorial, Bilateral	C0009	Sesión Educativa
H904	Hipoacusia Neurosensorial, Unilateral con Audición Irrestringida Contralateral	U0040	Atención Integral del Niño

Los ejemplos del presente manual son modelos que establecen el criterio descrito para el registro de actividades de manera estandarizada en el país. En algunas situaciones se muestra en el modelo de registro solo la actividad que se está ejemplificando lo que no significa que sea esa la única actividad a registrar en el momento de la atención, puede confluír más de un ejemplo mostrado de manera individual solo teniendo que respetar todas las características de registro que se indican para cada actividad. Asimismo, si los ejemplos muestran actividades de la atención integral del niño que el personal realiza de manera parcial, solo deben ser registradas las actividades realizadas al momento de la atención.

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

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

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

- P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico Definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico Repetido)** Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

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

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

### ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

**Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral del niño se hace obligatorio su inclusión en el registro HIS para complementar la información de la etapa de vida.**

**El Tamizaje Neonatal (para Enfermedades Metabólicas) será registrado cuando se realice el procedimiento de la toma de muestra (80099) y posteriormente, cuando se cuente con el resultado (Z318) durante los controles CRED o durante la consulta médica para registrar la patología que pudiera resultar del tamizaje.**

**El registro de los recién nacidos es grupal.**

**El registro de la toma de muestra para el tamizaje de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal y fibrosis quística también es grupal.**

**La entrega de resultados es individual.**

De acuerdo al Reglamento de Ley N° 25889 "Ley que declara de interés nacional el Programa de Tamizaje neonatal universal"; el tamizaje neonatal debe incluir 04 enfermedades metabólicas (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística), hipoacusia y catarata congénita.

Para el registro GRUPAL anote:

En el ítem Historia Clínica/Ficha Familiar anote:

- APP140      Actividades con Niños

Los ítems: DNI, Financiador y Etnia debe ir en blanco por ser un registro grupal.

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

- En el 1º casillero Atención Inmediata del RN
- En el 2º casillero Tamizaje Neonatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero SIEMPRE "P" [Por ser la orden y aun no contar con el resultado]

En el ítem Lab, registre:

- En el 1º casillero el número de niños con Atención Inmediata
- En el 2º casillero el número de niños con Tamizaje Neonatal (toma de muestra para enfermedades metabólicas)
- En el 3º casillero la sigla "TVA" para indicar **TAMIZAJE VISUAL (Catarata Congénita) y AUDITIVO (Hipoacusia)**

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		
08	APP140			San Martín de Porres		M	N	N	1. Atención Inmediata del RN	P	<del>D</del>	R	12	99460
									2. Tamizaje Neonatal	<del>P</del>	D	R	12	80099
									3.	P	D	R	TVA	

**De NO realizarse el Tamizaje Neonatal solo se debe registrar la Atención Inmediata del RN omitiendo la sigla "TVA"**

**En la atención inmediata del RN:**

**Cuando el resultado del tamizaje de Hipoacusia y Catarata Congénita sea positivo**

Registre al niño o niña de manera individual con el diagnóstico identificado en el tamizaje, de la siguiente manera:

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

- En los primeros casilleros el (los) Diagnóstico(s) de Hipoacusia o Catarata Congénita

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		
26	265776	2	80	San Marcos	1 D	M	N	N	1. Hipoacusia Conductiva, sin otra especificación	P	<del>D</del>	R		H902
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Para el tamizaje de enfermedades metabólicas el resultado se tendrá durante los controles de CRED**

El registro de los resultados del tamizaje se realizará de manera individual, niño por niño, durante los controles de CRED.

**Se registra "Tamizaje Neonatal" con tipo de diagnóstico "D" cuando el niño o niña fue tamizado para enfermedades metabólicas (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística), hipoacusia y catarata congénita.**

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		
26	265776	2	80	San Marcos	2 D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	1	Z001
									2. Tamizaje Neonatal	P	<del>D</del>	R		Z138
									3.	P	D	R		

**Si el tamizaje de enfermedades metabólicas es positivo se derivará al profesional médico para el diagnóstico**

## CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El control de Crecimiento y Desarrollo es una de las principales actividades realizadas a los niños y niñas entre 01 día y 11 años por lo que los lineamientos de registro y codificación descritos a continuación se basan en la normatividad vigente.

### PERIODICIDAD DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Edad	Concentración	Periodicidad <sup>1/</sup>
Recién Nacido	4	48 horas del alta de Parto Institucional e inmediato cuando sea parto domiciliario; al 7º, 15º y 21º día de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22meses
De 24 a 59 meses	4	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, y 57 meses.

1/ Según la NT N° 106- MINSA-2013, se ha incrementado hasta 04 los controles durante el primer mes de vida, sin cerrar la edad para cada control. Los controles en el recién nacido se pueden realizar en establecimientos de salud o en domicilio, en este último se registrará acompañado de la visita domiciliaria.

## CONTROL DE CRED DEL RECIÉN NACIDO

**Durante el 1º Control de CRED del Recién Nacido se incluirá, además de las actividades correspondientes al paquete de atención integral correspondiente a información relevante del nacimiento:**

- ⇒ Contacto Piel a Piel con la madre
- ⇒ Alojamiento Conjunto
- ⇒ Lactancia Materna en la 1º Hora atención

### Plan de Atención Integral

El Plan de Atención Integral se registra en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan de acuerdo a la edad del niño y de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

#### Elaboración de Plan Atención Integral

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

- En el 1º casillero Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Plan de Atención Integral de Salud [*SOLO si se elabora*]
- En el 3º casillero Tamizaje Neonatal [*SOLO si se cuenta con los resultados*]
- En el 4º casillero Lactancia Materna en la 1º hora

**Si en este control se cuenta con el resultado del Tamizaje Neonatal se debe consignar como se muestra en el ejemplo, de no ser así no se incluye su registro en la atención.**

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1
- En el 2º casillero "1" que indica la elaboración del Plan de Atención del RN
- En el 3º casillero la sigla "CPP" para indicar si el RN tuvo Contacto Piel a Piel con la madre
- En el 4º casillero la sigla "AC" para indicar que el RN tuvo Alojamiento Conjunto



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		
26	265776	2	80	San Marcos	2	D	M	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	26553889						C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
							R	R	3. Tamizaje Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CPP	Z138
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	M	N	1. Lactancia Materna en la 1ª hora	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AC	Z391
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Se registra "Tamizaje Neonatal" con tipo de diagnóstico "D" cuando el niño o niña fue tamizado para enfermedades metabólicas (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística), hipoacusia y catarata congénita. Si el tamizaje de enfermedades metabólicas es positivo se derivará al profesional médico para el diagnóstico.

Si en el 1º Control de CRED NO SE CUENTA con los resultados del Tamizaje Neonatal, registre:

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

- En el 1º casillero Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Plan de Atención Integral de Salud [SOLO si se elabora]
- En el 3º casillero Lactancia Materna en la 1ª hora

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1
- En el 2º casillero "1" que indica la elaboración del Plan de Atención del RN
- En el 3º casillero la sigla "CPP" para indicar si el RN tuvo Contacto Piel a Piel con la madre
- En el 4º casillero la sigla "AC" para indicar que el RN tuvo Alojamiento Conjunto

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		
26	265776	2	80	San Marcos	2	D	M	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	26553889						C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
							R	R	3. Lactancia Materna en la 1ª hora	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CPP	Z391
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	M	N	1.	P	D	R	AC	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### Plan Ejecutado

En el ítem Lab anote "TA" cuando termine con todas las actividades programadas del plan elaborado.

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		
25	97565	1	80	San Martín de Porres	21	D	M	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
	89526270						C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	C8002
							R	R	3.	P	D	R		

Plan Ejecutado en el Recién Nacido es cuando el RN como mínimo ha recibido 4 controles CRED sea en domicilio o Establecimiento de Salud, se le ha realizado el Tamizaje Neonatal Completo y aplicado las Vacunas para la edad.

### Si el control del Recién Nacido se realiza a través de la visita domiciliaria

Se deben registrar todas las actividades realizadas en la visita y el último ítem siempre debe ser la visita

DÍA	H.C. / F.F. 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	97565	1	80	San Martín de Porres	15 D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z001
	89526270						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

En los siguientes ítems se puede registrar las actividades que se realicen durante cada uno de los controles.



Los datos de nacimiento: *Contacto Piel a Piel con la madre, Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna Inmediata* son de alta relevancia por lo que se requiere establecer las estrategias necesarias para que estos datos se incluyan en las tarjetas de Recién Nacido o el dato de la hoja Perinatal las cuales se porten en el 1º control del Recién Nacido para poder registrarlos en HIS, de no contar con esta información no realizar el registro indicado en los ejemplos.

### DETECCIÓN DE ANEMIA

La detección de anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de Laboratorio de acuerdo a norma técnica vigente.

**Descarte de Anemia:** El procedimiento se inicia solicitando el examen de laboratorio con una orden, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico "P".

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "P" (indica que se generó la orden)

DÍA	H.C. / F.F. 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		
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	74000850						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

### Cuando se cuenta con el resultado (y NO le toca su control)

Solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo) para indicar expresamente que se realizó el examen de Laboratorio.

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" (indica el resultado)

DÍA	H.C. / F.F. 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		
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017
	74000622						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Tipo de Diagnóstico "D" indica que la muestra se procesó; el resultado puede ser Anemia o que el valor de la hemoglobina es normal. Cuando el valor de Hemoglobina indica anemia, este resultado se registra como diagnóstico.



### En los Establecimientos de Salud en los que el examen se hace en el consultorio de CRED

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "D" (ya que el resultado se tendrá de inmediato)

DÍA	H.C. / F.F. 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
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	7	Z001
	74000452						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Tamizaje de Anemia	P	<del>D</del>	R		Z017
							R	R	3.	P	D	R		

### En los Establecimientos de Salud en los que el examen se realiza en el Laboratorio:

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "P" (indica que se generó la orden)

DÍA	H.C. / F.F. 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
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	6	Z001
	74000850						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Tamizaje de Anemia	<del>P</del>	D	R		Z017
							R	R	3.	P	D	R		

### Cuando se cuenta con el resultado (y no le toca su control de CRED)

Al momento en que el niño retorna al servicio (puede ser el mismo día u otro día antes del siguiente control) con el resultado, solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo).

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" (indica el resultado)

DÍA	H.C. / F.F. 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
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	<del>D</del>	R		Z017
	74000622						<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### **ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIA**

Actividad desarrollada de acuerdo a norma técnica vigente.

**DESCARTE DE PARASITOSIS:** El procedimiento se inicia solicitando el examen de laboratorio con una orden, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico "P".



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

- En el 1º casillero Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Tamizaje de Parasitosis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "P" (indica que se generó la orden)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control de CRED

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		
17	84454	1	80	Callao	1 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	07909101						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Parasitosis	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z119
							R	R	3.	P	D	R		

### Quando se cuenta con el resultado en su siguiente control

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		
20	84454	1	80	Callao	1 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z001
	07909101						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Parasitosis	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z119
							R	R	3.	P	D	R		

### Quando se cuenta con el resultado (y no le toca su control)

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Parasitosis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" (indica el resultado)

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		
18	84454	1	80	Callao	1 A	M	N	N	1. Tamizaje de Parasitosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z119
	07909101						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**Solo se registrará "Tamizaje de Parasitosis" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo) cuando se cuente con el resultado del examen de Laboratorio.**

En el caso que el Tamizaje de Parasitosis sea positivo, el médico registrará:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Parasitosis según clasificación CIE10
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento

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

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero el número de tratamiento

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		
20	84454	1	80	Callao	1 A	M	N	N	1. Parasitosis Intestinal, sin otra Especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B829
	07909101								2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
									3.	P	D	R		

**En los casos que el Tamizaje de Parasitosis sea positivo será el médico que determina el diagnóstico el que registre el tratamiento.**

**ADMINISTRACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIPARASITARIA:** Se realiza en establecimientos de salud ubicados en zonas donde por criterio epidemiológico es necesario administrar; también se puede administrar en establecimientos de salud o redes que no tengan la capacidad de realizar el descarte de parasitosis por laboratorio.

Su registro se debe hacer como tal " ", debe diferenciarse en Lab 1° o 2° ya que según NT se da cada 06 meses a partir de los 02 años.

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

- En el 1º casillero Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Administración de Profilaxis Antiparasitaria

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED
- En el 2º casillero el número de administración de Profilaxis Antiparasitaria 1 ó 2 según corresponda

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		
18	84454	1	80	Callao	2 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	07909101								2. Administración de Profilaxis Antiparasitaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z292
									3.	P	D	R		

**La Administración de Profilaxis Antiparasitaria puede realizarse junto o separada del control de CRED**

### LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Condición que **se registra SOLO a los seis (06) meses**. Se registrará solo si el niño recibió Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Lactancia Materna Exclusiva

En el ítem: Tipo de diagnóstico EN AMBOS CASOS marque siempre "D"

En el ítem: Lab correspondiente al Control CRED, anote el número de control 1, 2... según corresponda.

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		
17	84454	1	80	Callao	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	07909101								2. Lactancia Materna Exclusiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z391
									3.	P	D	R		

**Solo debe registrar la Lactancia Materna a los 06 meses y en el registro del RN (LME Inmediata)**

## SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

### Actividades de Suplementación y Actividades Complementarias

Para todos los casos de Suplementación (Sulfato Ferroso, Complejo Polimaltosado Férrico o Multimicronutriente en Polvo) se utiliza el código CIE10 "Z298" y la diferenciación del tipo de Suplemento se realiza utilizando el campo Lab.

- ⇒ Para los casos de Niñas y Niños Prematuros y Bajo Peso al Nacer la suplementación es a partir del mes de edad y se utiliza Sulfato Ferroso (SF1, SF2... SF5) o Complejo Polimaltosado Férrico (P01, P02... P05).
- ⇒ Para los casos de Niñas y Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer la suplementación es a partir de los 4 hasta los 5 meses y se utiliza Sulfato Ferroso (SF1, SF2) o Complejo Polimaltosado Férrico (P01, P02); a partir de los 06 meses se utiliza Multimicronutriente en Polvo el cual se numera utilizando número arábigos (1, 2, 3... 11 y 12).
- ⇒ Cuando se haya comprobado el consumo de la última entrega se registrará "TA" en el campo Lab para indicar NIÑA o NIÑO SUPLEMENTADO.

### ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN

Población	Presentación	Unidad de Administración	Dosis a Administrar por Vía Oral por día	Duración de la Suplementación
Niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso: (1 gota = 1mg Fe elemental) o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico: (1 gota = 2mg Fe elemental)	Desde los 30 días hasta los 5 meses 29 días de edad	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses 29 días de edad
	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
Niñas y Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Gotas Sulfato ferroso: (1 gota = 1mg Fe elemental) o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico: (1 gota = 2mg Fe elemental)	Desde los 4 meses de edad hasta los 5 meses 29 días	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses 29 días de edad
	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
	Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico (1ml = 10mg Fe elemental) o Jarabe Sulfato Ferroso: (1ml = 3mg Fe elemental)	A partir de los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria mientras no se cuente con micronutrientes

NOTA: - 1 ml de Sulfato Ferroso en gotas equivale a 25mg de hierro elemental.

- 1 ml de Complejo Polimaltosado Férrico en gotas equivalente a 50 mg de hierro elemental.

Fuente: RM 055-2016/MINSA – Directiva Sanitaria Nº 068 – MINSA/DGSP.V01

### Registro de la Suplementación: Niñas y Niños nacidos con bajo peso y/o prematuros

#### A partir del 1º meses de nacido hasta antes de cumplir 06 meses

Las niñas y niños nacidos con bajo peso (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas) que culminan el 5º mes de suplementación con sulfato ferroso en gotas o Complejo Polimaltosado Férrico, pasan al esquema de suplementación con micronutrientes, igual al que recibe los niños a término (a partir del 6º mes de edad).

**1º Entrega**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional
- En el 4º casillero Tamizaje de Anemia

**Cuando se trate de consulta médica y no se encuentre morbilidad en la niña o niño registre directamente la Administración de Micronutrientes**

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- Para todas las actividades marque SIEMPRE “D”
- Para el caso de Tamizaje de Anemia “P” cuando solo se realice la orden para laboratorio, si se realiza la prueba en el consultorio utilizando el hemoglobímetro en ese momento registre “D”.

**No debe realizar doble registro cuando cuenta con el resultado de laboratorio la misma atención**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED según corresponda
- En el 2º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de **Sulfato Ferroso: SF1, SF2, SF3, SF4 o SF5** en el caso de **Complejo Polimaltosado Férrico P01, P02, P03, P04 o P05** según corresponda
- En el 3º casillero la sigla “MN” para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

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		
17	65248	2	80	Churcampa	1 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403
						M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**“En las niñas y niños de bajo peso o prematuros la determinación del valor de la hemoglobina se realiza a los 30 días de edad, y a los 2, 6, 12 y 18 meses de edad según lo establece la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro, aprobado con RM N° 1041-2006/MINSA, o la que haga sus veces.”**

**5º Entrega**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico: Para todas las actividades marque SIEMPRE “D”

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		
17	65248	2	80	Churcampa	5 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5	Z298
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403

**SF1, SF2... SF5, P01, P02...P05 NO INDICA NÚMERO DE FRASCOS ENTREGADOS, es la DOSIS DEL MESES QUE LA NIÑA O NIÑO ESTÁ RECIBIENDO SUPLEMENTO DE HIERRO; dependiendo el peso del niño un frasco gotero puede alcanzar para más de 01 mes, por lo tanto, si se verifica que el niño viene recibiendo el Suplemento de Hierro en cada CRED se realiza el registro.**

**Registro de la Suplementación: Niñas y Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer**
**A partir de los 04 meses**
**1º Entrega (Gotas de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico)**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo

**Cuando se trate de consulta médica y no se encuentre morbilidad en la niña o niño registre directamente la Administración de Micronutrientes**

- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- Para todas las actividades marque SIEMPRE "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED
- En el 2º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de **Sulfato Ferroso: SF1** en el caso de **Complejo Polimaltosado Férrico P01** según corresponda
- En el 3º casillero la sigla "MN" para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

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		
10	65248	2	80	Churcampa	4 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	4	Z001
	06314571								2. Administración Micronutrientes	P	D	R	SF1	Z298
									3. Consejería Nutricional	P	D	R	MN	99403

**2º Entrega (Gotas de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico)**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo

**Cuando se trate de consulta médica y no se encuentre morbilidad en la niña o niño registre directamente la Administración de Micronutrientes**

- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED
- En el 2º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de **Sulfato Ferroso: SF2** en el caso de **Complejo Polimaltosado Férrico P02** según corresponda
- En el 3º casillero la sigla "MN" para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	65248	2	80	Churcampa	5 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	5	Z001
	06314571								2. Administración Micronutrientes	P	D	R	SF2	Z298
									3. Consejería Nutricional	P	D	R	MN	99403

**A partir de los 06 meses**
**1º Entrega (Multimicronutrientes)**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo

**Cuando se trate de consulta médica y no se encuentre morbilidad en la niña o niño registre directamente la Administración de Micronutrientes**

- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- Para todas las actividades marque SIEMPRE “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED
- En el 2º casillero el número de la dosis de Micronutrientes en Polvo
- En el 3º casillero la sigla “MN” para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

DÍA	H.C./F.F. 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	65248	2	80	Churcampa	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403
						M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**“La determinación de hemoglobina en niñas y niños, independientemente de su peso al nacer y edad gestacional, se realiza a los 6 meses de vida, así como a los 6 y 12 meses después de iniciada la suplementación con micronutrientes.”**

**Si el dosaje de hemoglobina es realizado en el laboratorio reemplace el registro del tipo de diagnóstico por “R” y cuando disponga de los resultados registre el Tamizaje con tipo de diagnóstico “D”**

### 6º Entrega (Multimicronutrientes)

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo

**Cuando se trate de consulta médica y no se encuentre morbilidad en la niña o niño registre directamente la Administración de Micronutrientes**

- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED o Atención en Nutrición según corresponda
- En el 2º casillero el número de la dosis de Micronutrientes en Polvo
- En el 3º casillero la sigla “MN” para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

DÍA	H.C./F.F. 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	65248	2	80	Churcampa	11 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z298
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403

### A partir de los 12 meses

#### 7º Entrega (Multimicronutrientes)

**Cuando la niña o niño cumple 6 meses de iniciada la Suplementación, habiendo consumido 180 sobres de micronutrientes, se realiza el 1º dosaje de hemoglobina**



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	
23	65248	2	80	Churcampa	1	A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z298	
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	
							M	N	N	1. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017
							C	C	2. Tamizaje de Parasitosis	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z119	
							F	R	R	3.	P	D	R		

Si el dosaje de hemoglobina es realizado en el consultorio reemplace el registro del tipo de diagnóstico por "D"

### A partir de los 18 meses

#### 12<sup>º</sup> Entrega (Multimicronutrientes)

Quando la niña o niño cumple 12 meses de iniciada la Suplementación, habiendo consumido 360 sobres de micronutrientes, se realiza el 2<sup>º</sup> dosaje de hemoglobina

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	
23	65248	2	80	Churcampa	1	A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	Z298	
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	

En este control se concluye con la última entrega de MMN pero para poder considerar al niño como SUPLEMENTADO se requiere confirmar el consumo de la última entrega, por este motivo es recién el en siguiente control cuando se confirma el consumo del última dosis de suplementación registrando esta condición con "TA" en el campo Lab, mientras NO SE CONFIRME EL CONSUMO DE LA ÚLTIMA DOSIS DE SUPLEMENTACIÓN NO SE PUEDE REGISTRAR "TA"

#### Registro de Niña o Niño Suplementado

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	
16	65248	2	80	Churcampa	1	A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	Z298	
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	
							M	N	N	1. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017
							C	C	2.	P	D	R			
							F	R	R	3.	P	D	R		

El registro del "TA" se va a postergar tanto tiempo como el niño o niña demore en consumir los 360 sobres del Suplemento de Hierro; el dosaje de hemoglobina se solicita al finalizar de la suplementación según norma



En el caso de que exista algún tipo de dificultad con la distribución de algunos de los Micronutrientes y se opte por entregar uno diferente al que se está administrando, la numeración en el registro del MMN debe mantenerse correlativa para no alterar el correcto registro de suplementación. Así podemos tener: SF1, SF2, P03, P04, P05, 1, 2, 3, SF4, SF5, 6... Y en los niños a partir de 1 año consignar el correlativo del MMN independientemente de la suplementación 7, 8... 12 y TA.



## SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA “A”

### ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN

Edad	Dosis	Frecuencia
Niños: 6 – 11 meses	100,000 UI	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 – 59 meses	200,000 UI	Una vez cada 6 meses

Fuente: World Health Organization – 2000 / Norma Técnica Nº 087 – MINSa/DGSP-V.01

La suplementación con Vitamina “A” se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza.

La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño en los establecimientos de salud priorizados.

#### 1º Entrega

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Administración de Vitamina “A”
- En el 4º casillero Consejería Nutricional
- En el 5º casillero Tamizaje de Anemia (**No es indispensable realizar o contar con el dosaje de hemoglobina para iniciar la suplementación con micronutrientes, por lo tanto solo se registra cuando se realiza el dosaje**)

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

Para todas las actividades marque SIEMPRE “D” y para el caso de Tamizaje de Anemia “P” cuando **solo se realice la orden para laboratorio**, si se realiza la prueba en el consultorio utilizando el hemoglobímetro en ese momento registre “D”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED según corresponda
- En el 2º casillero el número de la dosis de Micronutrientes en Polvo
- En el 3º casillero la sigla “VA1” para indicar que es la 1º dosis de Vitamina “A”
- En el 3º casillero la sigla “MN” para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**

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			
16	65248	2	80	Churcampa	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001	
	06314571								2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298	
									3. Administración de Vitamina “A”	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VA1	Z298	
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	
										2. Tamizaje de Anemia	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017
										3.	P	D	R		

**No es indispensable realizar dosaje de hemoglobina para iniciar la suplementación con micronutrientes**

#### 2º Entrega

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 3º casillero Administración de Vitamina “A”
- En el 4º casillero Consejería Nutricional

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED según corresponda
- En el 2º casillero el número de la dosis de Micronutrientes en Polvo
- En el 3º casillero la sigla “MN” para indicar que la consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**



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			
16	65248	2	80	Churcampa	1	A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	Z001
	06314571						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z298	
							R	R	3. Administración de Vitamina "A"	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VA2	Z298	
							M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403
							C	C	2.	P	D	R			
							F	R	R	3.	P	D	R		

### REGISTRO DEL SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO:

#### SUPLEMENTACIÓN EN DOMICILIO

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			
20	35855-03	1	80	Comas	8	M	M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z298
	64054982						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	
							R	R	3. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	

Esta forma de registro puede ser utilizado por cualquier personal que realice la Administración de Micronutrientes en domicilio

Quando se realiza la visita para verificación del consumo de la suplementación (sulfato ferroso o multimicronutrientes) en domicilio:

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

- En el 1º casillero Supervisión de Administración de Micronutrientes
- En el 2º casillero Consejería Nutricional
- En el 3º casillero Visita Domiciliaria

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero dejar **SIEMPRE EN BLANCO**
- En el 2º casillero "MN" para indicar que es consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**
- En el 3º casillero el número de visita realizada 1, 2, 3... según corresponda

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			
26	60341	2	80	Puno	1	A	M	N	N	1. Supervisión de la Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z298
	64054197						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403	
							R	R	3. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	

"Cada niña o niño que no recoja los micronutrientes o con consumo inadecuado recibirá por lo menos 3 visitas domiciliarias durante el periodo que dure el proceso de suplementación. El tiempo promedio requerido es de 60 minutos por visita."

Quando se realiza la Suplementación en otro espacio de cuidado o atención del niño como cuna, albergues, penal u otro:

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

- En el 1º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número la dosis de Micronutrientes en Polvo
- En el 2º casillero "MN" para indicar que es consejería para la **SUPLEMENTACIÓN**
- En el 3º casillero "AE" para indicar que es una actividad extramural diferente a la visita domiciliaria

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		
26	60341	2	80	Puno	9 M	M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z298
	64054197								2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403
									3.	P	D	R	AE	

Quando el niño o niña no acude al control de CRED y se realiza la visita:

- ⇒ Es necesario precisar que el CRED en los niños desde 01 mes en adelante **NO SE REALIZA EN DOMICILIO, SI en el caso de los Recién nacidos.**
- ⇒ Esta visita es para verificar la condición del niño, indagar por las causas de su no asistencia a la cita, programar nueva cita y sobre todo para hacer consejería o demostraciones para mejorar el cuidado del niño.

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

- En el 1º casillero Consulta para Atención y Supervisión de la Salud de otros Niños o Lactantes Sanos
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

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

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero el número de visita realizada 1, 2, 3... según corresponda

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		
26	60341	2	80	Puno	1 A	M	N	N	1. Consulta para Atención y Supervisión de la Salud de otros Niños o Lactantes Sanos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z762
	40561974								2. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
									3.	P	D	R		

**ANOTACIONES:**

- ⇒ Para el caso de las visitas siempre en el 1º casillero se deberá registrar el motivo de la visita.
- ⇒ El registro de la Suplementación **SOLO** irá con el campo Lab **EN BLANCO PARA LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN DE CONSUMO DEL SUPLEMENTO DE HIERRO.**
- ⇒ En el registro **NO** se diferenciará el tipo de suplementación que se está verificando en la visita, la edad nos puede indicar este dato, por eso el campo Lab siempre debe ir en **BLANCO.**
- ⇒ **NO SE DEBE UTILIZAR EL CÓDIGO DE SUPLEMENTACIÓN CON TIPO DE DIAGNÓSTICO "R" (REPETIDO) POR NINGÚN MOTIVO, ESTO CONSTITUYE UN ERROR DE REGISTRO.**

**REGISTRO DE LA CONDICIÓN DEL CRECIMIENTO, EL ESTADO NUTRICIONAL.**

Como resultado de la actividad "Control de crecimiento y desarrollo" se debe registrar la condición del crecimiento, el estado nutricional y condición del desarrollo psicomotor, la clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

**a. En el Recién Nacido de 01 día a 28 días.**

En el primer control del recién nacido se debe registrar la clasificación del estado nutricional al nacimiento, además de la condición del crecimiento (ganancia de peso) en el momento del control, de acuerdo a normatividad vigente.

**Peso al Nacer.** El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
< 1000 gramos	Extremadamente bajo	P070
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	P0711
1500 a 2499	Bajo peso al nacer	P0712
de 2500 a 4000 gramos	Normal	Z006
> 4000 gramos	Macrosómico	P080

- ⇒ La condición del Peso al Nacer solo se registrará en el primer control del RN, después del alta (se determina con los datos del nacimiento).
- ⇒ En los siguientes controles de los recién nacidos de bajo peso la condición de bajo peso se registra como tipo de diagnóstico "R" Repetido hasta su recuperación.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero el RESULTADO de la clasificación del Estado Nutricional
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED
- En el 3º casillero el número de Consejería Nutricional

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		
8	96470	2	80	Callao	4 D	M	M	M	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
	83546921								2. RN Bajo peso al nacer	P	D	R		P0712
									3. Consejería nutricional	P	D	R	1	99403

**En las atenciones sucesivas, cuando no coincide con un nuevo control de crecimiento y desarrollo solo se registrara la condición al nacimiento o la condición del crecimiento de acuerdo a la normatividad vigente (Riesgo Nutricional, desnutrición aguda, etc.) y la actividad que se realiza (consejería).**

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

- En el 1º casillero la condición de Recién nacido de bajo peso.
- En el 2º casillero la Consejería Nutricional

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

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC.	PERTE-	DISTRITO DE	EDAD	S	ES	SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	LAB	CÓDIGO
-----	-------------	---------	--------	-------------	------	---	----	-----	--------------------------------	---------	-----	--------

	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DE SALUD	NENCIA ÉTNICA	PROCEDENCIA	E D A D	E X O	T A B L E	V I C I O	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO			CIE / CPT	
										P	D	R		
8	96470	2	80	Callao	7	D	M	N	N	1. RN Bajo peso al nacer	P	D	R	P0712
	2. Ganancia inadecuada de peso									P	D	R	PE	Z724
	3. Consejería nutricional									P	D	R	2	99403

**b. En los niños y niñas de 29 días a < 5 años.**

La condición del crecimiento y la clasificación del estado nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla - riesgo nutricional, desnutrición, sobre peso, etc.) en el momento del control, se hace de acuerdo a normatividad vigente.

**Ganancia Inadecuada de Peso y Talla**

Se utiliza el Z724 para Ganancia Inadecuada de Peso y/ o Ganancia Inadecuada de Talla y la diferenciación se realizará en el campo Lab, registrando "PE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada PESO y "TE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada TALLA.

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso
- En el 3º casillero Administración de Micronutrientes
- En el 4º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicativo para tipo de evaluación
  - PE = Peso / Edad
  - TE = Talla / Edad
- En el 3º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	E D A D	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	96470	2	80	San Juan de Lurigancho	8	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
	83546921								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	3. Administración Micronutrientes								P	D	R	3	Z298	
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

Quando el niño presenta, riesgo nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla), sobre peso, desnutrición, obesidad, etc., en el campo de diagnóstico, solo la primera vez, se registra como "D" y en los controles sucesivos se registra como "R" hasta su recuperación.

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		
16	96470	2	80	San Juan de Lurigancho	8 M	M	N	N	1. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	83546921								2. Consejería nutricional	P	D	R	2	99403
									3.	P	D	R		

### En Atenciones sucesivas:

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso / Talla
- En el 3º casillero Administración de micronutrientes
- En el 4º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico registre:

- En el 1º, 3º y 4º casillero "D"
- En el 2º marque "R" (por ser un control)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicativo para tipo de evaluación
  - PE = Peso / Edad
  - TE = Talla / Edad
- En los siguientes casilleros según corresponda las demás actividades realizadas en la atención

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		
17	96470	2	80	San Juan de Lurigancho	9 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	9	Z001
	83546921								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
									3. Administración Micronutrientes	P	D	R	4	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	4	99403
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" (por ser actividades)
- En el 4º casillero marque "R" (por ser un control)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero "TA" del término del Plan de Atención integral
- En el 5º casillero el indicativo para tipo de evaluación
  - PE = Peso / Edad
  - TE = Talla / Edad
- En el 6º casillero "PR" para indicar que está recuperado



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		
	96470	2	80	San Juan de Lurigancho	11 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	11	Z001
	83546921								2. Administración de micronutrientes	P	<del>D</del>	R	6	Z298
									3. Plan de Atención Integral	P	<del>D</del>	R	TA	C8002
						M	N	N	1. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	<del>R</del>	PE	Z724
									2.	P	D	R	PR	
									3.	P	D	R		

Solo registrará como "D" quién diagnostica o clasifica (CRED), en las atenciones sucesivas por el mismo diagnóstico realizadas por el mismo o cualquier otro profesional se registra como "R" hasta que el Niño o Niña se recupere.

### Cuando el niño es Normal para le evaluación nutricional

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		
8	96470	2	80	Paras	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	6	Z001
	83546921								2. Normal	P	<del>D</del>	R		Z006
									3.	P	D	R		

En los siguientes controles si se mantiene la condición de "Normal" (Z006) debe registrar con tipo de diagnóstico REPETIDO (R).

### Registro del Estado Nutricional diferente a la Ganancia Inadecuada (Riesgo)

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

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada:
  - PE = Peso para la Edad
  - TP = Peso para la Talla
  - TE = Talla para la Edad
- Para el campo de Consejería Nutricional el número de consejería según corresponda

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		
8	47521	2	80	Paras	10 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	10	Z001
	83546921								2. Sobrepeso	P	<del>D</del>	R	PE	E660
									3. Consejería Nutricional	P	<del>D</del>	R	1	99403



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													
8	96470	2	80	Ocoña	3 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z001
	83546921								2. Desnutrición Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E440
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

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													
17	65656	2	80	Huaral	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z001
	23497610								2. Talla Baja (Desnutrición Crónica)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TE	E45X
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

## REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE NO HAY PROFESIONAL DE ENFERMERIA:

### EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL REALIZADO POR PERSONAL TÉCNICO QUE NO ESTA CAPACITADO PARA REALIZAR CONTROL DE CRED

El personal técnico realiza la Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría y la clasificación derivada de esta actividad es:

- Crecimiento Adecuado:** Cuando la tendencia graficada en los gráficos P/E, T/E y P/T es paralela al patrón.
- Crecimiento Inadecuado:** Cuando la tendencia es descendente, plana o se aleja de la curva del patrón.
- Ganancia Inadecuada:** Cuando estando dentro de +2 -2 DS la tendencia es descendente, plana o se aleja de la curva del patrón.
- Desnutrición Aguda:** Cuando de acuerdo al indicador P/T el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- Desnutrición Crónica:** Cuando de acuerdo al indicador T/E el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- Desnutrición Global:** Cuando de acuerdo al indicador P/E el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- Sobrepeso:** Cuando de acuerdo al indicador P/E el punto se ubica por debajo de +2 DS.
- Obesidad:** Cuando de acuerdo al indicador T/E el punto se ubica por debajo de +3 DS.
- Consejería:** Cuando se identifique alguna alteración del estado nutricional.

La clasificación en base a la comparación de indicadores: PE, TP y TE es la siguiente:

Punto de Corte	Peso para Edad	CIE 10	Peso para Talla	CIE 10	Talla para Edad	CIE10
<b>Desviación Estándar</b>	<b>Clasificación</b>		<b>Clasificación</b>		<b>Clasificación</b>	
>+3			Obesidad	E669		
+2	Sobrepeso	E660	Sobrepeso	E660	Alto	E344
+2 a -2	Normal	Z006	Normal	Z006	Normal	Z006
<-2 a -3	Desnutrición	E440	Desnutrición Aguda	E440	Talla Baja	E45X
< -3			Desnutrición Severa	E43X		

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006)



**Por convención se utilizará el código U8172 (Control y Evaluación Nutricional) para registrar "Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría" a ser utilizado por los técnicos de enfermería para Evaluación del Estado Nutricional realizado por personal técnico que no está capacitado para realizar control de CRED**

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

- En el 1º casillero Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso
- En el 3º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º y 3º casillero SIEMPRE “D” por ser actividades
- En el 2º casillero “D” cuando se detecta y “R” en los controles por el mismo motivo

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de evaluación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicativo para tipo de evaluación
  - PE = Peso / Edad
  - TE = Talla / Edad
- En el 3º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

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	R			
3	54212	2	80	Abancay	1 A	M	N	N	1. Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría	P	<del>D</del>	R	1	U8172
	63269548								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	<del>D</del>	R	PE	Z724
									3. Consejería	P	<del>D</del>	R	1	99403

**Cuando el niño presenta, riesgo nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla), sobre peso, desnutrición, obesidad, etc., en el campo de diagnóstico, solo la primera vez, se registra como “D” y en los controles sucesivos se registra como “R” hasta su recuperación.**

**En los Controles**

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	R			
17	54212	2	80	Abancay	1 A	M	N	N	1. Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría	P	<del>D</del>	R	1	U8172
	63269548								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	<del>R</del>	PE	Z724
									3. Consejería	P	<del>D</del>	R	1	99403

**La Condición NORMAL para la Evaluación Nutricional es CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO**

**Cuando se Recupera**

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	R			
23	54212	2	80	Abancay	1 A	M	N	N	1. Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría	P	<del>D</del>	R	5	U8172
	63269548								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	<del>R</del>	PE	Z724
									3. Consejería	P	<del>D</del>	R	5	99403
						M	N	N	1.	P	D	R	PR	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Para indicar que el niño ha recuperado su estado nutricional adecuado debe registrar “PR” en cualquier campo Lab libre disponible**

**Cuando la evaluación es Normal (para los 3 indicadores PE, TE, TP)**

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		
8	96470	2	80	Paras	6 M	M	N	N	1. Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría	P	D	R	6	U8172
	83546921						C	C	2. Normal	P	D	R		Z006
							R	R	3.	P	D	R		



Para ver el registro HIS de la Atención Integral del Niño y Niña realizado por Profesional de Nutrición revisar el "MANUAL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE"

**REGISTRO DE LA CONDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

Los hallazgos durante el control de CRED están definidos como la identificación de Trastorno (01 a 30 meses) o Déficit (de 03 a 04 años).

El desarrollo psicomotor se evalúa, clasifica y se realiza el seguimiento de acuerdo a normatividad vigente y se registra de la siguiente forma:

**a. Niños de 01 a 30 meses**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero marque "D" cuando se diagnóstica y "R" durante los controles, hasta que se recupere.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el área del lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el área motora
  - **SOC** Trastorno en el área social
  - **COO** Trastorno en el área de coordinación
  - **COG** Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
	89526224						C	C	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	MOT	F82X
							R	R	3.	P	D	R		

**En atenciones sucesivas (Controles):**

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el área del lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el área motora
  - **SOC** Trastorno en el área social
  - **COO** Trastorno en el área de coordinación
  - **COG** Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	7	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	7	Z001
	89526224								2. Trastorno del Desarrollo	P	D	<del>R</del>	MOT	F82X
									3.	P	D	R		

### Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R" por ser un control

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el área del lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el área motora
  - **SOC** Trastorno en el área social
  - **COO** Trastorno en el área de coordinación
  - **COG** Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje
- En el 3º casillero: "**PR**" que indica **RECUPERADO**

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	9	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	9	Z001
	89526224								2. Trastorno del Desarrollo	P	D	<del>R</del>	MOT	F82X
									3.	P	D	R	PR	

**La omisión de la sigla "PR" en el campo Lab cuando el paciente está recuperado imposibilita tener estadísticas reales de los pacientes recuperados en la atención.**

### b. Niños de 03 y 04 años

Para los niños con déficit del desarrollo, en el registro se incluirá el detalle del área afectada diferenciando en el campo Lab el área afectada.

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero marque "D" cuando se diagnóstica y "R" durante los controles, hasta que se recupere.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el área del lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el área motora
  - **SOC** Trastorno en el área social
  - **COO** Trastorno en el área de coordinación
  - **COG** Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	1	Z001
	89526224								2. Déficit del Desarrollo	P	<del>D</del>	R	<b>LEN</b>	F82X
									3.	P	D	R		

### En atenciones sucesivas (Controles):

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	2	Z001
	89526224								2 Déficit del Desarrollo	P	D	<del>R</del>	<b>LEN</b>	F82X
									3.	P	D	R		

### Si la atención se diera fuera del control de CRED

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Déficit del Desarrollo	P	D	<del>R</del>	<b>LEN</b>	F82X
	89526224								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R" por ser un control

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el área del lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el área motora
  - **SOC** Trastorno en el área social
  - **COO** Trastorno en el área de coordinación
  - **COG** Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje
- En el 3º casillero: “PR” que indica **RECUPERADO**

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	4	Z001
	89526224						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Déficit del Desarrollo	P	D	<del>R</del>	LEN	F82X
							R	R	3.	P	D	R	PR	

**SINO SE REGISTRAR “PR” NO SE PODRÁN CONTABILIZAR LOS NIÑOS Y NIÑAS RECUPERADOS**

Para ambos casos se utilizará el código F82X “Trastorno/Déficit del Desarrollo” (CIE10) y se diferenciará el registro por el grupo de edad, además se deberá indicar el área con déficit identificado en la evaluación, debiendo utilizar el F83X “Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo” (CIE10) cuando el niño presente más de un área afectada.

Quando el Niño o Niña tiene más de un Trastorno / Déficit

**SOLO** cuando el niño o niña presente más de un trastorno o déficit durante la evaluación utilizará el código F83X Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo y ya no será necesario registrar en el campo Lab el área afectada, se asumirá que aquellos niños con más de un área afectada serán registrados y codificados con F83X Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo.

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		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	1	Z001
	89526224						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo	P	<del>D</del>	R		F83X
							R	R	3.	P	D	R		

Para el registro de los Controles de los niños y niñas con Déficit del Desarrollo al igual que para el Trastorno del Desarrollo en los controles, tanto dentro como fuera del CRED, el tipo de diagnóstico “R” repetido.

Para el caso en que la Evaluación del Desarrollo sea NORMAL

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		
8	96470	2	80	Paras	8 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<del>D</del>	R	8	Z001
	83546921						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Normal	P	<del>D</del>	R	ED	Z006
							R	R	3.	P	D	R		

Se registra “NORMAL” cuando de acuerdo a la norma técnica vigente cumple con esta condición, se registra cada vez que se encuentra esta condición.

## SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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

- En el 1º casillero Sesión de Estimulación Temprana

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

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

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		
17	35855-03	1	80	Comas	4 M	M	N	N	1. Sesión de Estimulación Temprana	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99411
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	64054279						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R

Las sesiones de estimulación temprana se registrarán separadas de los controles de CRED (utilizando otro registro).

## ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Para el registro de la Alimentación complementaria se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- ⇒ Se registrará cuando el niño o niña empiece a ingerir alimentos diferentes a la leche materna, registrándose inicialmente SOLO el inicio de la alimentación complementaria, anotando en el campo Lab la sigla "IA" que indica Inicio de Actividad. Si fuera antes de los 06 meses se registrará de la misma manera
- ⇒ Al siguiente mes de iniciada la Alimentación Complementaria recién se deberá registrar si estas es adecuada o no utilizando en el campo Lab las sigla "AA" y "AI" para indicar Alimentación Adecuada o Inadecuada según corresponda.

### Si iniciara antes de los 06 meses

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

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- En el 2º casillero: "IA" de Inicio de Actividad

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		
17	35855-03	1	80	Comas	4 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Alimentación Complementaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	Z0017	
	64054279						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R

En niño(a) que inicie Alimentación Complementaria Precoz se registra en el mes de inicio de la Alimentación Complementaria con la sigla "IA" en el campo Lab y al mes se evalúa si es o no adecuada.

### Si iniciara después de los 06 meses

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

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- En el 2º casillero: "IA" de Inicio de Actividad

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		
17	35855-03	1	80	Comas	7 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z001
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Alimentación Complementaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	Z0017	
	64054279						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R



**En el siguiente control se evalúa**

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

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- Alimentación Adecuada = **AA**
- Alimentación Inadecuada = **AI**

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		
17	35855-03	1	80	Comas	7 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z001
	2. Alimentación Complementaria								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AA	Z0017	
	3.								P	D	R			
	64054279													

**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES**
**IRA NO COMPLICADA**
**IRA CON COMPLICACIONES**
**Código Diagnóstico / Actividad**

J069	No neumonía (usado por personal no médico)
J00X	Resfrío común, Rinofaringitis aguda
J029	Faringitis aguda no especificada
J209	Bronquitis Aguda
J040	Laringitis Aguda
J041	Traqueítis Aguda
J042	Laringotraqueítis aguda
J019	Sinusitis Aguda no especificada
J020	Faringitis estreptocócica, Faringoamigdalitis estreptocócica, Faringoamigdalitis purulenta aguda (FAPA).
J028	Faringitis aguda viral.
J030	Amigdalitis estreptocócica.
H669	Otitis media aguda (OMA)
H660	Otitis media supurativa aguda

**ASMA/SOBA**

J450	Asma predominantemente alérgica
J459	Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: leve, moderada, severa)
J46	Estatus Asmático/Asma aguda severa
J448	SOBA (grado de severidad: leve moderado y severo)
J449	Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)

**Código Diagnóstico / Actividad**

A379	Tos ferina no especificada
J180	Bronconeumonía no especificada
J189	Neumonía no especificada (para ser usado también por personal no médico)
J181	Neumonía lobar no especificada
J129	Neumonía viral no especificada
J13X	Neumonía debida a Streptococcus Pneumoniae
J14X	Neumonía debida a Haemophilus Influenzae
J159	Neumonía bacteriana no especificada
J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos
J219	Bronquiolitis no especificada (grado de severidad: leve, moderada y severa)
J050	Crup (grado de severidad: leve, moderado y severo)
J051	Epiglotitis
J90X	Derrame Pleural no clasificado en otra parte
J851	Absceso del Pulmón
J86	Empiema (Piotórax, absceso de pleura, tórax)
J10	Influenza
J11	Influenza de virus no identificado
J939	Neumotórax no especificado (ligado a proceso neumónico)
J188	Neumonía grave/Enfermedad muy grave (para ser usado por personal no médico)

**ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA**

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

- P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

**Los casos nuevos sólo se registran con diagnóstico DEFINITIVO "D" LA PRIMERA VEZ que se diagnostican; los controles por el mismo episodio de la enfermedad se registran con tipo de diagnóstico "R"**

**En las Atenciones realizadas por el Médico**

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

DÍA	H.C. / 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				
16	97245	2	80	Cusco	1 A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	<del>D</del>	R		J020		
	84521475								<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

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

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

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

**La Evaluación Nutricional realizada por profesional se registra como se indica a partir de la página 18 del presente manual**
**En los Controles de las Infecciones respiratorias agudas: Registre:**

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

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

DÍA	H.C. / 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				
26	53230	2	80	Coracora	1 A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189		
	78645511								<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

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

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

- En el 1º casillero el motivo de la visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem Lab anote:

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

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				
26	53230	2	80	Coracora	1 A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189		
	78645511								<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita Domiciliaria	P	<del>D</del>	R	1	99344
									R	R	3.	P	D	R		

**En la Bronquitis Aguda**

Considere en: En el ítem Código CIE: J209 en los menores de 08 años

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		
23	3570	2	80	La Punta	5 A	M	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J209
	81240004								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**En las Atenciones del Síndrome Obstrutivo Bronquial (SOB) y Asma:**
**En Niños menores de 05 años**

Considerar los siguientes códigos:

- J450 Asma predominantemente alérgica
- J459 Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: Leve, Moderada o Severa)
- J46X Estatus Asmático/Asma aguda severa,
- J448 SOBA (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: Leve, Moderado O Severo)
- J449 Asma no especificada y SOBA (usado por personal no médico).

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

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

DÍA	H.C. / 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		
23	33351-03	2	80	Cañete	1 A	M	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD	J448
	46284620								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		
23	22265	2	80	Cañete	3 A	M	N	N	1. Crisis asmática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SEV	J459
	41452475								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Personal No Médico**

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

DÍA	H.C. / 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		
23	33351-03	2	80	Cañete	1 A	M	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J449
	46284620								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Nebulización:** Esta actividad la registra el personal que realiza la atención.

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C. / F.F. 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		
23	33351-03	2	80	San Juan de Miraflores	4 M	M	N	N	1. Nebulización	P	<del>D</del>	R	3	94664
	<del>C</del>					<del>C</del>	2. SOBA	P	D	<del>R</del>		J449		
	F					R	R	3.	P	D	R			

## ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A051	Botulismo	A040	Infección debida a E. coli enteropatógena
A090	Diarrea Acuosa	A041	Infección debida a E. coli enterotoxigénica
A049	Diarrea Disentería (Infección Intestinal bacteriana, no Especificada)	A042	Infección debida a E. coli enteroinvasiva
A099	Persistente	A043	Infección debida a E. coli enterohemorrágica
A009	Cólera no especificada	A044	Otras Infección debida a E. coli, no especificada
A010	Fiebre tifoidea	A045	Enteritis debida a Campylobacter.
A011	Fiebre paratifoidea A	A059	Intoxicación alimentaria bacteriana.
A012	Fiebre paratifoidea B	A060	Disentería amebiana aguda.
A013	Fiebre paratifoidea C	A062	Colitis amebiana no disentérica.
A014	Fiebre paratifoidea no especificada	A079	Enfermedad intestinales debidas a protozoarios, No especificada
A020	Salmonelosis	A080	Enteritis por rotavirus
A030	Shigelosis debida a Shiguella dysenteriae	A082	Enteritis por Adenovirus
A039	Shigelosis de tipo no especificado	A083	Otras enteritis virales
E86X	Deshidratación / Depleción del volumen	A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación.
		A069	Amebiasis, no especificada

**Para el registro de las EDA se deberá tener en cuenta lo siguiente:**

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

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Se registra
<b>Acuosa, Disentérica o Persistente</b>	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA (según clasificación CIE10)
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + E86X Deshidratación (Depleción de volumen)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + R571 Shock (Shock Hipovolémico)

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar “D”

**EDA SIN COMPLICACIÓN:** Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre el diagnóstico de la EDA



DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8 A	M	N	N	1. Infección Intestinal Viral, sin otra Especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A084
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R						

### EDA CON COMPLICACIÓN:

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

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

DÍA	H.C. / 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		
06	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8 A	M	N	N	1. Shigellosis sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A039
	2. Deshidratación								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R						

### SOSPECHOSOS DE CÓLERA:

El sospechoso de Cólera se registra con el diagnóstico de Cólera y tipo de diagnóstico "P" (presuntivo)

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		
	33351-03	1	80	Lince	4 A	M	N	N	1. Cólera	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		A009
	2. Shock Hipovolémico								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R571	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R						

### EDA DISENTÉRICA

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		
17	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Disentería Amebiana Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A060
	2. Deshidratación								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R						

### EDA PERSISTENTE

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Gastroenteritis y colitis de origen no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A099
	2. Deshidratación								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R						

**Para el registro del tratamiento con Zinc de la EDA SIN DESHIDRATACIÓN**
**En el establecimiento:**

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Infección Intestinal Viral, sin otra Especificación	P	<del>D</del>	R		A084
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<del>D</del>	R	ZN	U310
									3.	P	D	R		

**No se utilizará el código de Suplementación para el Zinc por ser el administrado como tratamiento para la EDA y no como Suplemento Nutricional.**

**Cuando el control se hace en el domicilio:**

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero "ZN"
- En el 3º casillero el número de la visita 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Infección Intestinal Viral, sin otra Especificación	P	D	<del>R</del>		A084
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<del>D</del>	R	ZN	U310
									3. Visita Domiciliaria	P	<del>D</del>	R	1	99344

**Cuando el paciente está de Alta:**

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Infección Intestinal Viral, sin otra Especificación	P	D	<del>R</del>	TA	A084
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<del>D</del>	R	ZN	U310
									3. Visita Domiciliaria	P	<del>D</del>	R	4	99344

**ANEMIA**
**Valores normales de concentración de hemoglobina y grados de anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses (hasta 1000 msnm)**

Población	Normal (g/dl)	Anemia por niveles de hemoglobina (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0 a más	10.9 – 10.0	9.9 – 7.0	< 7.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

### En la Consulta Médica: Cuando se diagnóstica

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

- En el 1º casillero Anemia por Deficiencia de Hierro, sin Especificación
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el **Grado de Severidad** (de acuerdo a los rangos establecidos en la Norma Técnica vigente)
  - **LEV** = Leve
  - **MOD** = Moderado
  - **SEV** = Severo
- En el 2º casillero el número de tratamiento

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	33351-03	1	80	Lince	1 A	M	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro, sin Especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD	D509
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
									3.	P	D	R		

**Antes de llegar a este diagnóstico se debe haber realizado un dosaje de hemoglobina ordenado por el médico o el niño ha sido derivado del consultorio de Atención Integral del Niño (CRED) con su resultado de hemoglobina.**

### En los Controles Médicos durante su tratamiento

En el ítem Lab anote:

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

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		
17	33351-03	1	80	Lince	1 A	M	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro, sin Especificación	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD	D509
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U310
									3.	P	D	R		

### Si durante los controles se ordena o realiza un dosaje de hemoglobina:

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el grado de severidad
- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2, 3... según corresponda

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		
26	33351-03	1	80	Lince	1 A	M	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro, sin Especificación	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD	D509
	46284620								2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U310
									3. Tamizaje de Anemia	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017

**El ejemplo indica que el médico prescribió se realice la prueba y esta se realizará en el laboratorio pero si el examen se realiza en el consultorio utilizando el hemoglobímetro registre "D".**

### Cuando se Recupera

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el grado de severidad
- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero "PR" para indicar paciente recuperado





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		
26	33351-03	1	80	Lince	1 A	M	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro, sin Especificación	P	D	R	MOD	D509
	46284620								2. Consejería Nutricional	P	D	R	4	99403
									3.	P	D	R	PR	

## B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

### Visita Domiciliaria (Seguimiento)

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

#### Cuando se realiza la visita por primera vez:

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

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En los siguientes casilleros las actividades realizadas y al final Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero SIEMPRE "R" cuando se trate de una morbilidad
- En los siguientes casilleros si son actividades SIEMPRE "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 1

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		
23	98211	1	80	Arequipa	4 M	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R		J189
	98980421								2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
									3.	P	D	R		

#### Cuando se hace Seguimiento

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda

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		
28	98211	1	80	Arequipa	4 M	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R		J189
	98980421								2. Visita Domiciliaria	P	D	R	2	99344
											P	D	R	

**Según la normatividad de Salud Familiar ya no se realiza la clasificación de riesgo en la familia a través de las visitas de seguimiento sino cuando se realiza el PAIFAM, para mayor detalle revisar el Manual de Registro y Codificación de la Estrategia Salud Familiar.**

## CONTROL DE LA CALIDAD DE LA SAL

### CONTROL CUALITATIVO DE SAL

**Definición Operacional:** Actividad que consiste en la determinación cualitativa de contenido de yodo en la sal mediante el uso del kit cualitativo (yoditest).

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 anote:



- **APP98** si la actividad se realiza en una vivienda
- **APP121** si la actividad se realiza en el mercado

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud, anote de acuerdo a los siguientes resultados:

- Muestra de Sal con suficiente yodo (morado intenso) U801
- Muestra de Sal con poco yodo (violeta azulado claro) U802
- Muestra de Sal negativo (sin yodo-no hay reacción) U803

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote el número de muestras tomadas de acuerdo a los diferentes resultados

DÍA	H.C. / F.F. 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	APP98			Piura		M	N	N	1. Muestra de sal con suficiente yodo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U801
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

DÍA	H.C. / F.F. 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		
28	APP121			Villa El Salvador		M	N	N	1. Muestra de sal con poco yodo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	U802
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

### CONTROL CUANTITATIVO DE SAL

**Definición Operacional:** Actividad que consiste en tomar muestras sal en los centros de expendio y en los centros de producción para ser analizados en el laboratorio y para determinar la concentración de yodo en la sal.

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 anote:

- **APP121** si la actividad se realiza en el mercado
- **APP120** si la actividad se realizada en una planta productora

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab anote el número de muestras tomadas

DÍA	H.C. / F.F. 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		
18	APP121			Puno		M	N	N	1. Control de yodación de sal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U800
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC.	PERTE-	DISTRITO DE	EDAD	S	ES	SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	LAB	CÓDIGO
-----	-------------	---------	--------	-------------	------	---	----	-----	--------------------------------	---------	-----	--------



	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DE SALUD	PERTENENCIA ÉTNICA	PROCEDENCIA	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO		CIE / CPT			
18	APP120			Lurín		M	N	1. Control de yodación de sal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U800	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Cuando tienen los resultados de las muestras cuantitativas tomadas en el MERCADO:**

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar anote:

- APP121 Mercado

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

- En el 1º casillero Muestra de Sal <= 15 PPM de Yodo

En el ítem Lab anote el número de muestras con ese resultado

DÍA	H.C. / F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTENENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
26	APP121			Callao		M	N	N	1. Muestra de Sal <= 15 PPM de Yodo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	U806
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Cuando tienen los resultados de las muestras cuantitativas tomadas en PLANTAS PROCESADORAS**

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar anote:

- APP120 Planta Productora de Sal

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

- En el 1º casillero Muestra de Sal > 15 PPM de Yodo

En el ítem Lab anote el número de muestras con ese resultado

DÍA	H.C. / F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTENENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
26	APP121			Callao		M	N	N	1. Muestra de Sal > 15 PPM de Yodo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	U807
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**OPERATIVO DEL CONTROL DE SAL**

**Definición Operacional:** Actividades orientada a la verificación de los procesos de comercialización de la sal, mediante intervenciones coordinadas con autoridades locales.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar anote:

- **APP121** si la actividad se realiza en el mercado
- **APP120** si la actividad se realizada en una planta productora de sal

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

- En el 1º casillero Fiscalización sanitaria
- En el 2º casillero Control de Yodación de Sal

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

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

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC.	PERTE-	DISTRITO DE	EDAD	S	ES	SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	LAB	CÓDIGO
-----	-------------	---------	--------	-------------	------	---	----	-----	--------------------------------	---------	-----	--------



	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DE SALUD	NENCIA ÉTNICA	PROCEDENCIA	E X O	T A B L E	V I C I O	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO			CIE / CPT	
26	APP121			Callao				1. Fiscalización sanitaria	P	<del>D</del>	R		U109
								2. Control de yodación de sal	P	<del>D</del>	R	1	U800
								3.	P	D	R		