



Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA
SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Etapa de Vida Adulto; Lima: Ministerio de Salud; 2018

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES

“Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Etapa de Vida Adulto

Equipo de Trabajo:

- Dra. María Luisa Cairampoma Gago, Coordinadora Nacional de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Gladys Maria Garro Núñez - Directora Ejecutiva de Gestión de La Información
- Lic. Nimia Rosa del Pilar Guerrero Vértiz, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Rosario Ique Ríos, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.
- Lic. Jorge Antonio Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnología de la Información.
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.
- Lic. Carlos Alberto Ávila Guerra, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnologías de la Información.
- Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnologías de la Información

Diseño y Diagramación

Bach. Julie Guillén Ramos

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1)

315-6600 <http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, 2018



Silvia Ester Pessah Eljay
Ministra de Salud

María del Carmen Calle Dávila
Viceministra de Salud

James Raphael Morales Campos
Secretario General

Gustavo Martín Rosell de Almeida
Director General
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Públicas

Jhon Henry García Ruiz
Director General
Oficina General de Tecnología de La Información

Ángel Alberto Gonzales Vivanco
Director Ejecutivo
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado
Integral DVICI

PRESENTACION

La Etapa de Vida Adulto de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado integral – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene como objetivo: Contribuir a mejorar la salud del adulto, a través de la atención integral de salud con un enfoque bio-psico-social y énfasis en la promoción de la Salud y prevención de riesgos, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a nivel nacional.

Sus intervenciones están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de las personas adultas, mediante la aplicación del Paquete de Atención Integral de Salud del adulto, en base a sus necesidades de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; con enfoque de Salud Pública basado en género e interculturalidad.

Consideramos que el registro estadístico sanitario en la Atención Integral de la Etapa de Vida adulto mujer y varón, se convierte en un sistema de información necesaria para la toma de decisiones en la solución de los problemas sanitarios en el marco del sistema de coordinación de la Atención Primaria de Salud. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades en la Atención de Salud del Adulto, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y estomatológicos – **MINSA**.



Código	Diagnóstico / Actividad
C8002	Plan de Atención Integral
	Evaluación Nutricional
E440	Delgadez
Z006	Normal
E660	Sobrepeso
E669	Obesidad
E6691	Obesidad I
E6692	Obesidad II
E6693	Obesidad III
	Planificación Familiar
99402	Consejería y orientación general para planificación familiar
	Cáncer
C509	Tumor maligno de la Mama parte no especificada
C539	Tumor maligno del Cuello del Útero sin otra especificación
C543	Tumor maligno del Fondo del Útero
C55X	Tumor maligno del Útero, parte no Especificada
C61	Tumor maligno de próstata
C160	Tumor Maligno del Cardias
C164	Tumor Maligno del Píloro
C169	Tumor Maligno de Estómago, parte no Especificada
C017	Tumor Maligno del duodeno
C018	Tumor Maligno del colon
C020	Tumor Maligno del recto
Z125	Examen para Tumor de próstata
	Salud Bucal
D0120	Examen Estomatológico
D1330	Instrucción de Higiene Oral
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
D1110	Profilaxis dental
D0140	Consulta estomatológica no especializada
D1206	Aplicación flúor barniz
E1311	Raspaje dental
	Salud Ocular
99173	Determinación de la Agudeza visual
H456	Limitación Visual moderada
H259	Catarata no especificada
Z010	Examen de los ojos y de la visión
	Tamizaje en Salud Mental
99386	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto (30 a 59 años)
99386.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adulto
99386.02	Atención preconcepcional (> 40 años)
99396	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adulto (30 a 59 años)
Z133	Problemas relacionados con la salud mental
	Consejerías
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)
99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
99401.15	Consejería en habilidades sociales
99401.16	Consejería en salud ocular
99401.18	Consejería en salud bucal
99401.19	Consejería para el autocuidado
99401.28	Consejería en Paternidad responsable
99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja
99401.30	Consejería en Prevención de Enfermedades Transmisibles

Código	Diagnóstico / Actividad
99401.31	Consejería en Prevención de Enfermedades No Transmisibles: diabetes, hipertensión, osteoporosis entre otras
99402.01	Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio.
99402.03	Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva
99402.04	Consejería/Orientación en planificación familiar
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
99402.06	Consejería/Orientación en peri menopausia, menopausia y Climaterio
99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
99402.09	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
99402.10	Consejería en Problemas de violencia, abuso sexual, abandono
99402.11	Consejería en cultura de paz
99402.12	Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable
99505	Visita domiciliaria para cuidado y mantenimiento de ostomía, incluyendo colostomía y cistotomía
99700	Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutive
99701	Contra referencia
C0001	Reunión en Municipios
C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C0003	Reunión en Comunidad
C0004	Taller para Municipios
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C0006	Taller para la Comunidad
C0007	Taller para la Familia
C0008	Taller para personal de salud
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C0011	Visita familiar integral
C0011.01	Visita familiar integral de identificación de riesgos
C0011.02	Visita familiar para Cuidados esenciales
C0011.03	Visita familiar integral de seguimiento de daños agudos
C0011.04	Visita familiar integral de seguimiento de daños crónicos
C7001	Monitoreo
C7002	Supervisión
C7003	Evaluación
C7004	Asistencia Técnica
C3101	Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
U200	Sintomático respiratorio
	Inmunizaciones
Z2781	Vacunación Diftotetánica (dT)
90657	Vacunación contra la influenza
90744	Vacunación Anti hepatitis B (HVB)
Z013	Examen de la Presión Sanguínea
Z017	Examen de Laboratorio
U0041	Actividades del Adulto

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

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

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

P: (Diagnóstico Presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o 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.

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

B. 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 establecido de acuerdo a la normatividad vigente.

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

Plan de Atención Integral Elaborado

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

- En el 1º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 2º casillero el Plan de Atención Integral.
- En el 3º Consejería Integral en hábitos de estilos de vida saludable.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P", "D" o "R" si se trata de morbilidad.
- En el 2º casillero "D" si se trata de actividades.
- En el 3º casillero "R" para la consejería.

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero donde está registrada la actividad **atención integral de salud** lo siguiente:
 - ✓ Cuando se elabora el Plan de Atención Integral **(1)**
 - ✓ 1 al realizar la Consejería en estilos de vida saludable



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
15	85426233	1	Villa el Salvador	39	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Venas Varicosas de extremidades inferiores	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1830
	35624	39			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de Atención integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería en Estilos de Vida saludable	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99401.13

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
15	85426233	1	Villa el Salvador	39	<input checked="" type="checkbox"/> M	M	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Plan de Atención integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
	35624	39			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje en Salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		96150.01
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99402.09

Plan de Atención Integral Ejecutado

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 3º casillero el Plan de Atención Integral de Salud (**TA**)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P", "D" o "R" si se trata de morbilidad
- En el 3º casillero "D" si se trata de actividades.

En el ítem Lab anote "**TA**" cuando termine con todas las actividades programadas del Plan de atención integral.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
25	28952624	1	Rimac	39	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Raspaje dental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	E1311
	65244	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	D1110
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan de Atención integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	C8002

DETERMINACION DEL RIESGO DE ENFERMEDAD EN LA PERSONA ADULTA MEDIANTE LA EVALUACION ANTROPOMETRICA (IMC)

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

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E46X3	< 16	Delgadez III
E46X2	16 A < 17	Delgadez II
E46X1	17 A < 18.5	Delgadez I
Z006	18.5 a < 25	Normal
E660	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

A toda persona adulta que se le haya realizado la valoración nutricional antropométrica es importante tener en cuenta los signos de alerta:

- Incremento o pérdida involuntaria de peso mayor a un kilogramo en las dos últimas semanas.
- Cuando el valor del IMC de normalidad varía en ± 1,5 (aproximadamente 3 kg) entre dos controles

consecutivos, durante los últimos 3 meses.

- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límites de la normalidad (Valor entre 18,5 y 19,5 o entre 24 y 25).
- Cambio de clasificación del IMC en sentido opuesto a la normalidad. Ejemplo de Sobrepeso a Obesidad I, de Normal a Sobrepeso, de Normal a Delgadez I, de Delgadez I a Delgadez II.

RIESGO NUTRICIONAL

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

- En el 1º casillero Atención en nutrición
- En el 2º casillero el resultado de la Evaluación por IMC
- En el 3º casillero el resultado Evaluación del PAB

Los siguientes casilleros, el resultado Evaluación de la Circunferencia Muscular del Brazo / Pliegue Cutáneo Tricipital, así como los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional (evaluación antropométrica, evaluación dietética, evaluación de la actividad física y bioquímica nutricional), serán anotados por el profesional en nutrición.

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero SIEMPRE “D”
- En el o los casilleros de la 1º Evaluación del Estado Nutricional, Evaluación por IMC, Evaluación del PAB, se registra SIEMPRE “D”. En el caso de que el diagnóstico se mantenga en las próximas consultas, se registrará SIEMPRE “R”.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero indicar el número de Atención en Nutrición.
- En el 2º casillero “IMC”
- En el 3º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - **RSM** = Riesgo Bajo
 - **RSA** = Riesgo Alto
 - **RMA** = Riesgo Muy Alto

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
25	85426233	2	Villa el Salvador	34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209	
	35624	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E669
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RMA	U8170

Cuando es RECUPERADO(A)

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE “D”

En el ítem: Lab anote:

- En los primeros casilleros el / los indicadores (es) de la evaluación IMC.
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional.
- En el siguiente casillero “**PR**” que indica **PACIENTE RECUPERADO**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
23	84521007	2	Casma	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	99403.01	
	84521	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obesidad	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		E669
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.	P	D	R	PR	



SINO SE REGISTRA "PR" NO SE PODRÁ CONTABILIZAR COMO PACIENTE RECUPERADO

C. DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 30 a 39 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos.

En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una re-evaluación clínica de sus factores de riesgo anual, así como modificación de sus estilos de vida.

En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el sub-producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

Se tiene la siguiente evaluación:

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque SIEMPRE "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no trasmisibles.
- En el 3º casillero registre Examen de la Presión arterial: "N" si es Normal y "A" si es Anormal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
		10	12	P								D	R			
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
8	12345678	2	San Cristobal		32	M	PC	PESO	N	N	1. Valoración Clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT	2019
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. IMC normal				P				<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006	
	Hb	R	R	3. Examen de presión sanguínea				P				<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z013	

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem Tipo de Diagnóstico

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marquen "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "DNT"
- En el 4º casillero del Examen de la Presión: "N" si es Normal y "A" si es Anormal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
		10	12	P								D	R			
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
18	27854845	2	Tumbes		37	M	PC	PESO	N	N	1. Valoración Clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT	2019
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obesidad				P				<input checked="" type="checkbox"/>	R	E669		
	Hb	R	R	3. Examen de laboratorio				P				<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z017		
				4. Examen de presión sanguínea				P				<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z013	

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

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

- En el 1º casillero registre evaluación y entrega de resultados.
- En los siguientes casilleros el diagnostico o diagnósticos confirmados.

Para el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero "DNT" de daños no transmisibles.
- En el 3º casillero el resultado del examen de presión sanguínea "N" si es Normal y "A" si es anormal.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
8	27854845	2	Tumbes	37	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación y entrega de resultados	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	DNT	U262
	56324	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Hiperglicemia	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		R739
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3. Hipertensión arterial	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		110X

D. ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición Operacional: Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La consejería/orientación en planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria.

La consejería/orientación en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la Elección, al Aceptar y al Cambio del método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número 1, 2 según corresponda el número de la consejería/orientación.
- En el 2º casillero el número de control/consulta establecido para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.

En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
18	17033136	1	San Luis	32	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	1. Consejería/Orientación en Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99402.04
	20635	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		C	C	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	23003
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	1

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
18	17033136	1	Rimac	38	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	1. Consejería/ orientación en Salud Sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99402.03
	20674	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
18	17033136	1	Villa Maria del Triunfo	30	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	1. Consejería/ orientación en peri menopausia y climaterio	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99402.06
	20638	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	

E. PREVENCIÓN DE CÁNCER

PERSONAS CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER

Definición Operacional: La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas en relación al cáncer. La prevención primaria y secundaria se realiza en personas de 18 a 75 años, y la terciaria en los pacientes con diagnóstico de cáncer (en caso de ser menores de 18 años a su tutor).

La modalidad de entrega del producto es:

En los EEES con población asignada (nivel I y los II-1) se brinda consejería integral en prevención primaria y secundaria: "Consejería en factores de riesgo", "consejería en prevención del cáncer"

En los EESS de II y III nivel se brinda consejería integral en prevención terciaria: "Consejería de cáncer en pacientes con diagnóstico"

Consejería en factores de riesgo

La forma de registro es la siguiente:

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

- En el 1º casillero registre Consejería preventiva en factores de riesgo de cáncer.
- En el 2º casillero registre la Toma de Papanicolau
- En el 3º casillero registre el Examen Clínico de Mama

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de sesión de consejería 1 o 2 según corresponda.
- En el 3º casillero registre si el examen es Normal = N y si es Anormal = A

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
		10	12	P								D	R			
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											
9	89526224	1	Los Olivos		55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
	97565	58		<input checked="" type="checkbox"/>		M		TALLA	C	C	2. Toma de Papanicolau	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				<input checked="" type="checkbox"/>		D	Pab	Hb	R	R	3. Examen de Clínico de mama	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z123

G. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

REGISTRO DE LAS ATENCIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE INCLUYE EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO:

Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del Plan de atención integral del adulto, queda expreso que el profesional Cirujano Dentista deberá continuar realizando los procedimientos que requiera el paciente hasta culminar el plan de tratamiento y registrar las actividades en función al Manual de registro y codificación de la Atención en la consulta externa de la Dirección de Salud Bucal.

1. Examen Estomatológico: (D0120)

Definición Operacional: Procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras del sistema estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la salud general, incluye el registro del odontograma, riesgo de caries y plan de tratamiento. El primer examen se realiza cuando el paciente acude por primera vez al servicio de Odontología. El segundo examen se registra cuando se ha culminado el plan de tratamiento. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

2. Instrucción de Higiene Oral: (D1330)

Definición Operacional: Enseñanza individual de la técnica de higiene oral según habilidad y desarrollo del usuario externo; mediante el uso de cepillo, pasta e hilo dental, incluyen otros procedimientos complementarios tales como la determinación del Índice de Higiene Oral Simplificado y la detección de placa bacteriana. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo. Este procedimiento **incluye la entrega de Cepillo dental y Pasta dental**, dos veces al año. En las siguientes sesiones el índice de higiene oral debe haber disminuido. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales: (D1310)

Definición operacional. - Asesoramiento en la elección de alimentos y hábitos dietéticos como parte de la prevención, tratamiento y el control de las enfermedades del sistema estomatognático. Realizado por el Cirujano Dentista. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

4. Profilaxis dental: (D1110)

Definición Operacional: Pulido de la superficie dentaria con instrumental rotatorio de baja velocidad para el control de la placa bacteriana y/o pigmentación sobre la superficie del esmalte. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

5. Consulta estomatológica no especializada (D0140)

Definición Operacional: Procedimiento clínico de evaluación limitada a un determinado problema de salud oral o urgencia, de acuerdo al motivo de consulta, cuya solución es ambulatoria, realizando el diagnóstico (con o sin ayuda de exámenes auxiliares), con o sin terapia medicamentosa y referencia si fuese necesario. Realizado por el Cirujano Dentista capacitado y/o especialista según capacidad resolutoria del establecimiento de salud. **01 veces/año (Caso Tratado).**

6. Aplicación flúor barniz (D1206)

Definición Operacional: Aplicación de flúor tópico en presentación de barniz teniendo en cuenta el riesgo de caries, se coloca en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniendo la aparición de caries dental además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentaria. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año

Para los siguientes procedimientos preventivos:

En los procedimientos donde la frecuencia establecida en las definiciones operacionales del PpR para caso tratado y/o controlado es igual a "2", Se registra la frecuencia del procedimiento realizado en el casillero del campo Lab, se anota "1" cuando se realiza la primera sesión y "2" cuando se realiza la segunda sesión, de esta forma se determina el caso tratado y/o controlado según el procedimiento efectuado.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA
a) Examen estomatológico	02 veces al año	Caso controlado
b) Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	02 veces al año	Caso tratado
c) Instrucción de higiene oral	02 veces al año	Caso controlado
d) Profilaxis dental	02 veces al año	Caso controlado

La forma de registro es la siguiente:

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

- En el 1º casillero registre Examen Estomatológico.
- En el 2º casillero registre Instrucción de higiene oral.
- En el 3º casillero registre la Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de examen 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de examen que corresponda.
- En el 3º casillero el número de Asesoría nutricional para el Control de Enfermedades Dentales que corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
		10	12								ETNIA	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
31	19435781	2	Tumbes	48	M	PC	PESO			1. Examen Estomatológico	P	X	R	2	D0120	
	37915	58			F	Pab	TALLA		C	C	2. Instrucción de Higiene Oral	P	X	R	3	D1330
					D		Hb		R	R	3. Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	P	X	R	3	D1310



Registro del procedimiento de profilaxis dental durante dos sesiones para el cumplimiento de la frecuencia establecida

a. Primera sesión de profilaxis dental:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
02	61002472	2	Celendin	34	<input checked="" type="checkbox"/> M	M	PC	PESO		N	N	1. Profilaxis Dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	D1110
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	
	101359	40						Hb		R	R	3.	P	D	R	

b. Segunda sesión de profilaxis dental

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
30	61002472	2	Celendin	34	<input checked="" type="checkbox"/> M	M	PC	PESO		N	N	1. Profilaxis Dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	D1110
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	
	100359	40						Hb		R	R	3.	P	D	R	

Para los siguientes procedimientos recuperativos:

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	REGISTRO EN LAB
a) Raspaje dental (detartraje)	02 veces al año	Caso tratado	FIN

Para el caso de este procedimiento, se registrarán en el casillero del campo **Lab** la sigla **“FIN”** cuando se ha cumplido con la frecuencia establecida (**2 veces al año**) para esta actividad, de forma excepcional si el paciente luego de la evaluación hecha por el profesional requiere solo **“Una sesión”** de la actividad (frecuencia inferior a la establecida), esta frecuencia del procedimiento realizado se registrará en el casillero (**lab =1**) y en el casillero inferior se anotará la sigla **“FIN”**. Por otro lado, si luego de cumplir con la frecuencia establecida el paciente requiere más atenciones, estas deberán realizarse hasta que se culmine con el plan de tratamiento establecido.

Ejemplo: Para el caso propuesto se registra el procedimiento de Raspaje Dental para el cumplimiento de la frecuencia establecida:

a) Primera Atención: Se inicia con el procedimiento y se registra la primera sesión de Raspaje Dental.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
02	40582372	2	Acora	48	<input checked="" type="checkbox"/> M	M	PC	PESO		N	N	1. Raspaje Dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	E1311
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	
	I-007	40						Hb		R	R	3.	P	D	R	

b) Segunda Atención: Se registra la segunda sesión de Raspaje Dental realizada, se cumple con la frecuencia y se coloca la sigla **FIN** en el campo **lab** para determinar el caso tratado.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
27	40582372	2	Acora		<input checked="" type="checkbox"/> M	M	PC	PESO		N	N	1. Raspaje Dental	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	E1311
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	FIN
	I-007	40						Hb		R	R	3.	P	D	R	

H. TAMIZAJE DE PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNO DE SALUD MENTAL

TAMIZAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (5005188).

Definición Operacional. - Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado (I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2, AISPED), con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas psicosociales y/o trastornos de Salud Mental en la población. Incluye: Aplicación de una ficha de tamizaje las cuales se encuentran en las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el Ministerio de Salud (SRQ18, CAGE, AUDIT, VIF y Maltrato Infantil, FAGERSTROM).

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

Tamizaje de Salud Mental: Proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos. y se aplica un tamizaje de acuerdo a la necesidad del usuario una por vez.

Consejería en Salud Mental: Procedimiento mediante el cual se brinda pautas determinadas que ayudan a la persona a tomar decisiones en relación a determinados problemas de salud mental. Tiene una duración de 10 minutos y se realiza inmediatamente después de efectuado el tamizaje. Es desarrollada en el establecimiento de salud por un personal de salud con competencias.

El Tamizaje se aplicará 1 por año al usuario, si en el transcurrir del tiempo se presenta el problema se puede volver a tamizar.

Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Salud Mental U140
- En el 2º casillero Problemas relacionados con violencia R456
- En el 3º casillero Consejería en Salud Mental 99402.14

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:
EP = Por Psicosis
AD = Alcohol y Drogas
VIF = Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil
TD =Trastornos Depresivos
- En el casillero de la consejería **DEJE EN BLANCO** ya que es solo una consejería por tamizaje.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
12	12548741	2	Rimac	37	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	D	R		96150.01
	2345	58			M	Pab	TALLA	X	X	2. Problemas relacionados con violencia	P	D	R		R456
					D		Hb	R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	D	R		93402.14

La Consejería de Salud mental para el tamizaje NO son numeradas

I. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO (S.R.I.)

Definición Operacional: Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.

Se pueden presentar dos situaciones para la identificación del S.R., la primera en la que el paciente sea identificado en cualquiera de los consultorios como Sintomático Respiratorio y luego sea remitido al consultorio de la estrategia para el registro y/o la toma de muestra, en este caso el registro en el consultorio que identifica y es como sigue:



En el consultorio donde se identifica SOLO se registra la identificación, de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero Sintomático Respiratorio Identificado U200

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
18	07033940	1	San Juan de Miraflores	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Sintomático Respiratorio Identificado				U200	
	18547	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.			P	D

J. VIH

CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA (4395901)

Definición Operacional. - Es el abordaje entre el consejero y el usuario varón que se realiza en los servicios de salud, bancos de sangre, actividades extramurales (visitas domiciliarias, ferias, campañas y otros espacios, por el personal de salud, equipos AISPED o brigadas itinerantes; con la finalidad de brindar información, sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS (sífilis, Hepatitis B, gonorrea y otros), y VIH; así mismo, proporcionar información sobre uso correcto y consistente del condón, además de entrega de preservativos. El tiempo promedio de la consejería es de 40 minutos.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
18	07033940	1	San Juan de Lurigancho	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z7171	
	16458	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de prueba para VIH			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Post Test no reactivo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z7173

CONSEJERÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE ITS (sífilis, Hepatitis B, gonorrea y otros)

Definición Operacional. - Está orientada a reforzar la motivación para promover cambios de comportamiento sexuales de riesgo. Facilita la comprensión y solución de problemas emocionales y físicos que él o la consultante presenta en relación

Dentro de este proceso identificamos las Consejerías Preventivas destinadas a brindar información sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS, estas se brindan a personas SIN DIAGNÓSTICO de ITS.

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

- En el 1º casillero Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "PV" si es la 1ra vez en su vida que recibe consejería en ITS, en caso contrario dejar en blanco

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
14	68250662	2	Bellavista	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PV	99402.05
	9212	56			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.			P	D	R	

Es importante identificar a la población que recibe por primera vez (PV) una consejería en ITS para poder determinar el número de personas con consejería en ITS.

K. HEPATITIS B

Definición Operativa. - Son pruebas de laboratorio cuya sensibilidad nos permite detectar antígenos o anticuerpos para el diagnóstico de la infección por el VHB. Se utilizan: HBsAg, Anti IgMHBc, Anti HBc total.



TAMIZAJE CON PRUEBA RÁPIDA

Resultado Reactivo

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Hepatitis B
- En el 2º casillero Detección de anticuerpos para HBs-Ag
- En el 3º casillero Consejería/Orientación en prevención de ITS

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "PRA" para indicar que es prueba rápida
- En el 2º casillero la sigla del **GRUPO ESPECIAL** al que corresponde el paciente.
 - ✓ [En Blanco] = Población General
 - ✓ TS =Trabajador Sexual
 - ✓ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ TRA =Transgénero
 - ✓ HTS = HSH que es TS
 - ✓ TTS =Transgénero que es TS
 - ✓ ST = Trabajador de Salud
 - ✓ G = Gestante
 - ✓ P = Puérpera
 - ✓ PPL = Persona privada de su libertad

- En el 3º casillero "PV" si es la 1ra vez en su vida que recibe consejería en ITS, en caso contrario dejar en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLECI	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA										CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
25	06521423		2	Nieva	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Tamizaje en Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PRA	Z115
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de anticuerpos para HBs- Ag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	G	86706
	547285		19			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PV	99402.05

Resultado No Reactivo

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "PRA" para indicar que es prueba rápida
- En el 2º casillero "PV" si es la 1ra vez en su vida que recibe consejería en ITS, en caso contrario dejar en blanco
- En el 3º casillero la sigla del **GRUPO ESPECIAL** al que corresponde el paciente.
 - ✓ [En Blanco] = Población General
 - ✓ TS =Trabajador Sexual
 - ✓ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ✓ TRA =Transgénero
 - ✓ HTS = HSH que es TS
 - ✓ TTS =Transgénero que es TS
 - ✓ ST = Trabajador de Salud
 - ✓ G = Gestante
 - ✓ P = Puérpera
 - ✓ PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLECI	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA										CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
25	06521423		2	Nieva	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Tamizaje en Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PRA	Z115
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en ITS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PV	99402.05
	547285		19			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

L. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente de la categoría II-1 siempre que tenga población asignada, con la finalidad de efectuar la valoración de la agudeza visual y detectar algún nivel de disminución de la agudeza visual o presencia de ceguera.

Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado.

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

- En el 1º casillero Resultado del Procedimiento real
- ✓ H547 Disminución de la Agudeza Visual sin Especificación
- ✓ Z006 Normal

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

- En el 2º casillero Determinación de la Agudeza Visual Bilateral
 - En el ítem: Lab anote:
 - En el 1º casillero si el resultado es Normal colocar la sigla **"SO"** para indicar que el resultado de la evaluación es de Salud Ocular.
- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del **OJO DERECHO** según corresponda
- En el 3º casillero el resultado de la evaluación del **OJO IZQUIERDO** según corresponda
 - Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
 - Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
 - Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
 - Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
 - Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
 - Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
 - Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
 - Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
 - Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
 - Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA										CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
23	08456279	1	Tacna	59	M	M	PC	PESO	N	X	1. Normal	P	X	R	SO	Z006
								TALLA			C	2. Consejería en salud ocular	P	X	R	1
	56245	39		D	X	Pab	Hb	R	R	3. Examen de los ojos y de la visión		P	X	R		Z010
											4. Determinación de la agudeza visual	P	X	R	30	99173
															25	

Utilice el siguiente cuadro de referencia para el diagnóstico:

Clasificación de Agudeza visual. - Según la Organización Mundial de la Salud la agudeza visual se clasifica de la siguiente manera:

Código	Categoría de Discapacidad Visual	Rangos de AV
Z006	Normal	20/20 a 20/30
H543	Limitación visual leve	20/40 a 20/60
H546 / H542	Limitación visual moderada	20/70 a 20/200
H545 / H541	Limitación visual severa	< 20/200 a 20/400
H544 / H540	Ceguera	< 20/400 a NPL ^{1/}

1/ No percepción de luz
Fuente: OMS



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLECI	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
23	08456279	1	Tacna	59	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Limitación visual moderada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H456
	56245	39			<input checked="" type="checkbox"/> M	F	Pab	TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Examen de los ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z010
										4. Determinación de la agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	30	99173
														200	

CONSEJERÍA PARA CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CATARATA

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad con diagnóstico presuntivo o confirmado de ceguera y/o disminución de la agudeza visual por catarata.

Se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente II-1, siempre que tenga población asignada. A cargo de personal de salud capacitado, quien desarrolla una sesión de consejerías a pacientes y familiares sobre medidas preventivas en salud ocular (Lavado de Manos, Control de Diabetes, Hipertensión Arterial, Protección Solar, Evaluación oftalmológica por lo menos 1 vez al año entre otros) y beneficios del diagnóstico y tratamiento oportuno de la ceguera por catarata, incluye entrega de material educativo. El desarrollo de este procedimiento toma en promedio veinte (20) minutos. Es una actividad que se realiza en los diferentes procesos de atención.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico
- En el 2º casillero Consejería en Salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "P"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero "DVR" para indicar la derivación **REALIZADA** según corresponda.
- En el 2º casillero la sigla "SO" para indicar que se trata de una consejería en salud ocular.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLECI	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
13	57984362	2	Chincha	51	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Catarata no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DVR	H259
	534950	56			<input checked="" type="checkbox"/> M	F	Pab	TALLA	N	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SO
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

M. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

VISITA FAMILIAR INTEGRAL

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

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

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: Lab, anote:



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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
18	07033136	1	Puno	34	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	1	Z359	
					<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Visita Familiar Integral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	99344
	16458	49			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
24	25171218	1	Lima	54	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Diabetes mellitus insulinodependiente	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X		E109	
					<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Visita familiar integral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	99344
	33150	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

INMUNIZACIONES

VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ADULTOS Y OTROS GRUPOS

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

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
05	36255415	2	Chipao	32	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotética (dT)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	Z2781
					<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2.	P	D	R			
	84521	40			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

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

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
05	36268544	2	Copani	38	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotética (dT)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	Z2781
					<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2.	P	D	R	G		
	354441	40			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

En el reporte la desagregación de las vacunadas será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años y 30 a 49 años) y agrupado en gestantes y no gestantes

- Vacunación con vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
05	41356255	2	Cochas	36	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotética (dT)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	Z2781
					<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2.	P	D	R			
	41354	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

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

VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN GRUPOS DE RIESGO

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

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

a) Embarazadas o puérperas

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

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

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

b) Los trabajadores de salud

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

c) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

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

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

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

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

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

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

□ En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

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

- **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- **G** = Gestante
- **P** = Puérpera

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
05	65241775	2	San Juan de Miraflores	38	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	G	90657
	9652	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	

VACUNACIÓN ANTI HEPATITIS VIRAL B (HVB) EN POBLACIÓN DE 05 A 59 AÑOS

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

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

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
05	36255415	2	Chorrillos	35	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	90744
	35441	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	HSH
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	

Para el reporte consolidado no se establece la diferenciación de los grupos de riesgo por lo que el reporte considerará todos los vacunados con HVB sin distinción, pero el registro si diferenciará cada uno de ellos.

SESIÓN DEMOSTRATIVA

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

Registre de la siguiente manera:

En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad.

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

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

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)									P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
08				Comas			A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010
							M				TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
	APP100						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

SESIÓN EDUCATIVA

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades del Adulto

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

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)									P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
18				Cusco			A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0009
							M				TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
	APP100						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Revise el manual de registro de Promoción de la Salud para encontrar las demás actividades extramurales.

CAMPAÑAS

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)									P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
08				Breña			A	M	PC		PESO		N	N	1. Campaña de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U114
							M				TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
	APP146						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

TALLERES

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)									P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
08				Ventanilla			A	M	PC		PESO		N	N	1. Talleres en Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U122
							M				TALLA		C	C	2. Actividades del Adulto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0041
	APP146						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		



PERÚ Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Oficina General de Tecnologías de la Información
Av. Salaverry 801 Jesús María Lima / Perú
Central Telefónica (51-1) 315-6600