



PERÚ

Ministerio de Salud

REGISTRO DE ATENCION HIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID - 19

DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS EN SALUD PUBLICA – DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DIRECCION GENERAL DE TELESALUD, REFERENCIA Y URGENCIAS – DIRECCION DE TELEMEDICINA

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN–OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

EL PERÚ PRIMERO



ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE EL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL

El Estado Peruano viene implementando estrategias de intervención frente a la Pandemia Mundial Coronavirus (COVID-19), siendo la medida obligatoria a nivel nacional el “aislamiento social obligatorio”, para disminuir y evitar la transmisión de este virus que afecta severamente a poblaciones vulnerables.

En ese contexto y mientras dure el aislamiento domiciliario, es prioritario continuar la atención a las gestantes con énfasis en aquellas gestantes de riesgo y/o con fecha probable de parto próximo, estableciendo estrategias de monitoreo a través del contacto telefónico; de igual manera garantizar la continuidad del suministro de métodos anticonceptivos a usuarias nuevas y continuadoras en los establecimientos de salud.

REGISTRO HIS MINSA - CONSIDERACIONES GENERALES

REGLAS DE REGISTRO

Tener en cuenta lo siguiente:

- Las actividades preventivo promocionales que **se realizan fuera del EESS**, como las **visitas domiciliarias** se registran siguiendo lo establecido en el registro regular.
- En el caso de aquellas actividades que se cumplen de **manera virtual, con el paciente en el domicilio**, la condición de ingreso al establecimiento y al servicio del paciente no puede considerarse como NUEVO (N), así sea la primera vez que se tiene contacto con el paciente por este medio. Sin la presencia del paciente en el establecimiento **la condición de ingreso al EESS y al Servicio** siempre deben ser **CONTINUADOR (C)** a fin de no generar atendidos y solo registrar atenciones.
- Se deben tratar de llenar todos los datos de HIS, pero sí no se tuviera el número de la Historia Clínica solo se registraría el Documento de Identidad.



PERÚ

Ministerio
de Salud

EL PERÚ PRIMERO

REGISTRO HIS MINSA - CONSIDERACIONES GENERALES

REGLAS DE REGISTRO:

- En el caso de la **entrega de suplementos e insumos** (Métodos Anticonceptivos), estos pueden ser entregados a los pacientes a través de personas autorizadas por ellos (familiar) para el recojo en el EESS, previa coordinación telefónica con el personal de salud.
- La **entrega de insumos** en el EESS se debe registrar en HIS de acuerdo a lo establecido para el registro regular consignando los datos de la paciente que recibe la atención.
- Es importante realizar el registro adecuado de la identidad del paciente o usuaria a fin de hacer válido el registro HIS que es nominal. Asimismo, es importante recordar que cuando va el familiar de un paciente a recoger los suplementos e insumos, se debe registrar el DNI del paciente o usuario.

DEFINICION DE TERMINOS



TELEORIENTACION:

Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades
(D.L. 1490-2020)

99499.08 Teleorientación síncrona:

El teleorientador del Servicio de Teleorientación que usa las TIC, consulta o tiene comunicación directa con el paciente, en tiempo real, a través de una TIC
(RM 146-2020)

99499.10 -TELEMONITOREO:

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud.
(D.L. 1490-2020)



EJEMPLOS DE REGISTRO DE ATENCION EN SALUD MATERNA





TELEORIENTACION SINCRONA

Se registrara solo en el caso de GESTANTE RECIEN CAPTADAS QUE NO CUENTAN CON APN EN EL EESS.



Ejemplo : Registro para una atención salud materna , teleorientación sincróna

2		3	4		5						6									
Nº		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
												DNI								
7	8	9	11			13	14	15		16	17	18	19		20		21		22	
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Acevedo						(*)FECHA DE NACIMIENTO: 5 / 10/ 1989						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
	47287721	2	PUCARA			30	A	M	PC	PESO	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE 8 SEMANAS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z3591
							M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403
		58					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	SUPLEMENTACION DE ACIDO FOLICO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		59401.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
						A	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.01	
						M			TALLA	C	C	2.	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.08	
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08	



TELEMONITOREO A GESTANTES:

Se registrara solo en el caso de **GESTANTE CONTINUADORAS**

Ejemplo: Registro para una atención salud materna con , telemonitoreo



2		3	4				5						6								
Nº		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
													DNI								
7	8	9	11			13	14	15		16	17	18	19		20		21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12					CENTRO POBLADO					P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Teresa Colque			(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/2033 1994				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__										
	5698243	2	SAN MIGUEL			26	A	M	PC	PESO	N	N	1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS		P	D	R			Z3593	
							M			TALLA	C	C	2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL		P	D	R			99403	
		58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA		P	D	R			99402.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__										
							A	M	PC	PESO	N	N	1. TELEMONITOREO		P	D	X			99499.10	
							M			TALLA	C	C	2.		P	D	R				
							D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R				



VISITA DOMICILIARIA A GESTANTES : Actividad preventiva promocional extramural, realizada por el personal de salud de los establecimientos de salud con población asignada. (el registro de acuerdo al manual HIS de atención materna)



Ejemplo : Registro para una atención salud materna en visita Domiciliaria

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)							UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
														DNI											
7	8	9	11			13	14	15	16	17	18	19			20			21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12									CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º	P	D		R			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Milagros Arce			(*)FECHA DE NACIMIENTO: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> <u>15</u> / <u>04</u> / <u>1978</u>					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>														
	7785423	2	ATE			36	A	M	PC	PESO	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE RIESGO			P	X	R			Z359			
							M			TALLA	X	X	2.	VISITA FAMILIAR INTEGRAL			P	X	R			C0011			
		32					D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R						



MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN GESTANTES :

Administración de suplemento de Sulfato Ferroso : Se entregara a partir de la 14 semana de gestación ,

✓ Según estrategias internas del EESS se le puede entregar al familiar que autorice la paciente con previa coordinación con el responsable de FARMACIA del Establecimiento de Salud. (no se registrara formato único de atención (FUAS) en este caso)

Ejemplo : Registro para una atención salud materna y entrega de insumo en el Establecimiento

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
																DNI						
7	8	9	11			13	14	15	16	17	18	19			20			21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12									CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Esther Mosquera			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/15 3 1990						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
	58467599	2	SANTA ROSA			30	A	M	PC	PESO		N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE 16 SEMANAS	P	D	R				73592
							M			TALLA		E	C	2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL	P	D	R				99403
		18					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO	P	D	R	2			59401.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	P	D	R				99402.01	
							M			TALLA		C	C	2.	TELEMONITOREO	P	D	R				99499.10
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R				

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE



MANEJO TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN GESTANTES: Se realizara en las gestantes con diagnostico de anemia

- ✓ **Administración de suplemento de Sulfato Ferroso + Acido Fólico :**
Se entregara según NTS 134/MINSA /2017/DGIESP
- ✓ Según estrategias internas del EESS se podrá entregar el insumo al familiar que autorice la paciente, previa coordinación con el responsable de FARMACIA del EESS (No se registrara FUAS para este caso)
- ✓ **También se puede entregar el suplemento en una visita domiciliaria**

Ejemplo : Registro para una atención salud materna y entrega de insumo en el Establecimiento

2 AÑO		3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
										DNI									
7 DIA	8 D.N.I.	9 FINANC	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB	22 CÓDIGO CIE /CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luz Maria Espinoza				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ 15 6 1978				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__								
	7562130	2	SAN JUNA DE LURIGANCHO	42	A	M	PC		PESO	N	N	1.	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS	P	D	R			Z3593
					M				TALLA	C	C	2.	ANEMIA QUE AFECTA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	P	D	R			0990
		58			D	F	Pab		Hb	R	R	3.	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	P	D	R			99403
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__								
					A	M	PC		PESO	N	N	1.	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO	P	D	R	3		59401.04
					M				TALLA	C	C	2.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	P	D	R			99402.01
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	TELEMONITOREO	P	D	R			99499.10

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE



TELEMONITOREO A PUERPERAS : Se debe realizar a todas las puérperas
 Registrar algunas otras actividades que se pueda realizar a la puérpera utilizando los códigos correspondientes

Ejemplo : Registro para el Telemonitoreo a las puérperas

2		3	4				5						6								
Nº		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
													DNI								
7	8	9	11			13	14	15		16	17	18	19			20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Florencia Sotomayor						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ 1996						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___						
	35241796	2	SANTA MARIA			23	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONTROL DE PUERPERA			P	D	R	59430		
							M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA NUTRICIONAL			P	D	R	99403		
		58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA			P	D	R	99401.02		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___						
/						/						/			/						
							A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P	D	R	99402.01		
							M			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	D	X	99499.10		
							D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R			



PERÚ

Ministerio de Salud

VISITA DOMICILIARIA A PUERPERAS : Visita Domiciliaria que se realiza para evaluación posnatal y seguimiento.

✓ Se registra igual a lo indicado en el manual de registro HIS para la atención materna.



Ejemplo : Registro para el seguimiento de puérperas a través de la visita Domiciliaria

2		3		4				5				6															
Nº		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
												DNI															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
		HISTORIA CLINICA		10		12																P D R 1º 2º 3º					
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Clara Espejo				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/20__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__															
46788235		2		SAN LUIS				40		A M PC		PESO		N N		1. CONTROL DE PUERPERA		P D R		1				59430			
										M		TALLA		C C		2. CONSEJERIA NUTRICIONAL		P D R		7				99403			
		65								D F Pab		Hb		R R		3. SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO		P D R TA						59401.04			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__															
										A M PC		PESO		N N		1. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA		P D R		4				99401.02			
										M		TALLA		C C		2. CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA		P D R						99402.01			
										D F Pab		Hb		R R		3. VISITA DOMICILIARIA		P D R		1				99501			

EJEMPLOS DE REGISTRO DE ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR



USUARIAS/OS QUE RECIBEN ORIENTACION/CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2	AÑO	3	MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
												DNI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR n	EVALUAC ION	ESTA- BLEC	SER- VICIO	OTIVO DE CONSULTA DAD DE SALUD	TIPO DE			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								DIAGNÓSTICO					
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO								P	D	R			1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: María Chávez (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>2</u> / <u>3</u> / <u>1985</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																
	198765432	2	BELLAVISTA	35	X	M	PC	PESO	N	N	1.	P	X	R		99402.04
		59			M		TALLA	X	X	2.	P	X	R			99499.08
					X	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

LOTE:

PAGINA:

FECHA PROCES.:

DNI DIGITADOR:

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1 TURNO

M	T	N
---	---	---

2	3	4	5			6			7			8					
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI			TURNO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR n	EVALUAC ION	ESTA- BLEC	SER- VICIO	OTIVO DE CONSULTA DAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>12</u> / <u>9</u> / <u>1991</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																	
	20295402	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	M	PC	PESO	N	N	1. Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	X	2	99208.08		
		59			M		TALLA	X	X	2. Telemonitoreo	P	D	X		99499.10		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>22</u> / <u>3</u> / <u>1993</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																	
	15095134	2	LA VICTORIA	27	M	PC	PESO	N	N	1. Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	X	2	99208.07		
		59			M		TALLA	X	X	2. Telemonitoreo	P	D	X		99499.10		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Para seguimiento cualquier método de abstinencia periódica: Billing, Ritmo, Collar Días Fijos, colocar el código correspondiente.

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS/OS CONTINUADORES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2	3	4	5			6			7			8			
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI			TURNO			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	TIPO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO		P	D	R	1º	2º	3º	C	D	R	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	LAB												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Margarita Paredes (*)FECHA DE NACIMIENTO: 20/3/1995 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____															
25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES	23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método oral combinado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	4	99208.13
				M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
	59			D		Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fernanda Espejo (*)FECHA DE NACIMIENTO: 22/3/1987 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____															
48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método condón masculino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30	99208.02
				M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
	59			D		Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2 AÑO		3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
											DNI								
7	8	9	11		13	14	15		16	17	18	19			20	21		22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETR n	EVALUAC ION	ESTA- BLEC	SER- VICIO	OTIVO DE CONSULTA DAD DE SALUD	TIPO DE			VALOR			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12									DIAGNÓSTICO	LAB	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO														P		D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Judith Pongo (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>25/ 11/ 1990</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																			
	15842795	2	MIRAFLORES		29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración y uso de método inyectable mensual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99208.04
						<input type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10
	59					<input type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: María Isabel Ferro (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>2/ 11/ 1988</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																			
	24587632	2	VENTANILLA		31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración y uso de método inyectable trimestral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99208.05
						<input type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10
	59					<input type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		

Según la organización, la usuaria recogerá su anticonceptivo por farmacia y se aplicará en tópico de emergencia o ambiente determinado.

REGISTRO EN USUARIAS NUEVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1

TURNOS

M T N

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI											
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	OTIVIDAD DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT							
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Diana Villanueva (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>2</u> / <u>4</u> / <u>1985</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																				
	41752142	2	INDEPENDENCIA	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.04	
	1	59			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99208.13
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Jenny Estremadoyro (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>2</u> / <u>11</u> / <u>1985</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																				
	65210321	2	CERCADO DE LIMA	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.04	
		59			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Administración y uso de método condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	30			99208.02
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08

Quando la usuaria es nueva recibe previamente toda la orientación/consejería y al día siguiente o en la cita programada acude por su método anticonceptivo.

REGISTRO EN USUARIAS NUEVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1

TURNO

M T N

2	3	4	5			6			7			8			9					
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI			M			T			N		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	CÓDIGO CIE / CPT						
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR n	EVALUAC ION	ESTA- BLEC	SER- VICIO	OTIVO DE CONSULTA DAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB								
GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Herminia Gálvez (*)FECHA DE NACIMIENTO: 2 / 10 / 1993 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
95215472	2	CALLAO	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación/ Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.04				
	59			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99208.04			
				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Esther Francia (*)FECHA DE NACIMIENTO: 18 / 9 / 1990 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
42985621	2	LOS OLIVOS	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación/ Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.04				
	59			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99208.02			
				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		

Quando la usuaria es nueva recibe previamente toda la orientación/consejería y al día siguiente o en la cita programada acude por su método anticonceptivo

REGISTRO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2	3	4	5				6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
			DNI																
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAC	ESTA-	SER-	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE			CÓDIGO					
	HISTORIA CLINICA	10	12			n	ION				BLEC	VICIO	AD DE SALUD		VALOR			CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mercedes Paliza													(*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>21</u> / <u>3</u> / 1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___		
	95421654	2	COMAS	22	M	M	PC		PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en AOE	P	D	R	1		99402.03
					M			TALLA		R	R	2.	Administración y uso de Anticonceptivo oral de emergencia /Progestageno	P	D	R			99208.12
		59			D		Pab		Hb	R	R	3.	Teleorientación sincrona	P	D	R			99499.08

Se registra en Lab por número de blíster entregados

REGISTRO DE POSIBLES EFECTOS COLATERALES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1 TURNO		
M	T	N

2	3	4	5			6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTADISTICO	SERVICIO	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12							DAD DE SALUD		P	D	R	1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Esperanza Celis (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>8</u> / <u>7</u> / <u>1991</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																	
	20295134	2	LOS OLIVOS	28	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N912
		59			M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios de inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4252
					D		Hb	R	R	3. Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Marisela Fernandez (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>18</u> / <u>12</u> / <u>1996</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																	
	25879462	2	EL AGUSTINO	23	M	PC	PESO	N	N	1. Cefalea persistente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				R51X
		59			M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios del Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4253
					D		Hb	R	R	3. Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10

Gracias



PERÚ

Ministerio de Salud