

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA CONSULTA EXTERNA

CURSO DE VIDA ADULTO



SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS



PERÚ

Ministerio
de Salud



Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de Salud en la Consulta Externa

CURSO DE VIDA ADULTO

Dirección de Intervenciones por Curso
de Vida y Cuidado Integral
Etapa de Vida Adulto

Sistema de Información HIS

Lima - Perú
2025

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de actividades en la atención integral de salud en la consulta externa. Curso de Vida Adulto. Sistema de Información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. Etapa de vida adulto - Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información -- Lima: Ministerio de Salud; 2025. 50 p.; ilus.

SALUD DEL ADULTO / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / VISITA DOMICILIARIA / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / SISTEMA DE REGISTROS / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025 – 02693

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de Salud en la Consulta Externa. Curso de Vida Adulto. Sistema de Información HIS

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. Etapa de Vida Adulto - Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información (MINSa / DGIESP / DVICI – OGTI / OGEI).

Equipo de Trabajo del Curso de Vida Adulto:

Psc. Patricia Díaz Mendoza, Coordinadora Nacional Etapa de Vida Adulto.
Mg. Nanette Rosario Ique Ríos, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.
Mg. Virginia Solís Solís, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.

Equipo de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Información:

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.
Lic. Carlos Alberto Ávila Guerra, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.
Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Diseño:

Lic. Julie Guillen Ramos, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información

© MINSa, marzo, 2025

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe/minsa
webmaster@minsa.gob.pe

1ra, Edición, febrero 2019
2da Edición, marzo 2025

Versión digital disponible:

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7656.pdf>



PERÚ

Ministerio
de Salud

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ

Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ

Viceministro de Salud Pública

HERBERTH ULISES CUBA GARCÍA

Viceministro de Prestaciones y

Aseguramiento en Salud

MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENAS

Secretario General

CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

Director General de la Dirección General de
Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas

JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LU

Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

JOSÉ EMILIO ALDANA CARRASCO

Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones
por Curso de Vida y Cuidado Integral



PRESENTACIÓN

El Curso de Vida Adulto de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, tiene por objetivo lograr el bienestar físico y mental, el desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, efectivo y social de la persona adulta; así como implementar intervenciones preventivas que fomenten conductas de autocuidado, prevención y promoción de comportamientos saludables.

Estas intervenciones están enmarcadas en el curso de vida, comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de la persona Adulta desde la preconcepción hasta la muerte, están orientadas al cumplimiento de la entrega del paquete de cuidado integral de salud de la persona adulta de acuerdo a sus necesidades de salud, con acciones de promoción, prevención; basado en derechos humanos, género e interculturalidad, en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI)

Consideramos que el registro estadístico sanitario del Curso de Vida Adulto, 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 el Cuidado Integral de la Persona Adulta, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de Procedimientos Médicos y Estomatológicos – Ministerio de Salud.



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO.....	08
1.1 ORGANIZACIÓN DE LA HOJA HIS	08
Datos Generales	08
Datos Especificos	08
1.2 ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DE LA HOJA HIS.....	09
1.2.1 Edad	09
1.2.2 Valoración o Evaluación nutricional Antropométrica.....	09
Peso.....	09
Talla.....	09
Perímetro Abdominal.....	09
Hemoglobina.....	09
Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud. En una Atención.....	09
En Actividades Preventivo Promocional (APP).....	09
1.2.3 Pertenencia Étnica	10
1.2.4 Discapacidad (DIS)	11
II. LISTA DE CÓDIGOS PARA LAS ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES.	11
III. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DURANTE EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA.....	13
3.1 ATENCIÓN DE SALUD	13
3.1.1 Registro de la condición de la MORBILIDAD.....	14
3.1.2 Registro de la condición de paciente al ESTABLECIMIENTO.	14
3.1.3 Registro de la condición de paciente al SERVICIO.....	15
IV. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD.....	15
4.1 Plan de Cuidado Integral de Salud Elaborado	15
4.2 Plan de Cuidado Integral de Salud Ejecutado.....	16
V. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS ADULTAS DE 30 A 59 AÑOS	16
VI. DAÑOS NO TRANSMISIBLES	18
	18



6.1 VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS.....	Pág.
6.1.1 Cuando no se identifican factores de riesgo	19
6.1.2 Cuando se identifican factores de riesgo	19
6.1.3 Cuando se cuenta con resultados de laboratorio	19
VII. TAMIZAJE DE PACIENTES ADULTOS CON PROBLEMAS Y TRASTORNO DE SALUD MENTAL.....	20
7.1. Tamizaje de Salud Mental	20
7.2. Consejería en Salud Mental	20
VIII. PREVENCIÓN DE CÁNCER PERSONAS CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER.....	21
8.1 CONSEJERÍA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER.....	22
8.2 TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL.....	22
8.2.1 Persona Tamizada en Cáncer de Piel	22
8.3 TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA.....	23
8.3.1 Persona Tamizada en Cáncer de Mama	23
8.3.2 Persona Tamizada en Cuello Uterino por citología	24
8.4 TAMIZAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA.....	24
8.4.1 Persona Tamizada en Cáncer de Próstata.....	26
IX. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL	25
9.1 REGISTRO DE LAS ATENCIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE INCLUYE EL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO.....	25
9.1.1 Evaluación Oral Completa	25
9.1.2 Instrucción de Higiene Oral.....	25
9.1.3 Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	26
9.1.4 Profilaxis dental	26
9.1.5 Aplicación flúor gel	26
X. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	29
10.1 SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO	29
XI. VIH	30
11.1 CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA.....	30
11.2 CONSEJERÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE ITS (sífilis, Hepatitis B, gonorrea y otros).....	31
	31
	32



XII.	HEPATITIS B	
	12.1 TAMIZAJE CON PRUEBA RÁPIDA	Pág.
	12.1.1 Resultado Reactivo	32
	12.1.2 Resultado No Reactivo	32
XIII.	SALUD OCULAR	35
	13.1 TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL	35
	13.2 EVALUACIÓN DE CATARATA	36
XIV.	ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	37
	14.1 CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	37
XV.	INMUNIZACIONES	38
	15.1 VACUNACIÓN DE MUJERES Y VARONES ADULTOS	38
	15.1.1 Vacunación con vacuna DT Adulto en Varones o Mujeres.....	38
	15.1.2 Vacunación Contra la Influenza en Grupos de Riesgo	39
	15.1.3 Vacunación Contra la Neumococo en Grupos de Riesgo.....	41
	15.1.4 Vacunación Contra la Influenza en Grupos de Riesgo.....	42
XVI.	ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)	43
	16.1 VISITA FAMILIAR INTEGRAL	43
XVII.	TELEMEDICINA	45
	17.1 TELECONSULTA EN LINEA	45
	17.2 TELEINTERCONSULTA SINCRONA	45
XVIII.	ANEXOS	47
	ANEXO N° 1: INTERVENCIONES DEL PAQUETE PRIORIZADO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD PARA LA PERSONA ADULTA	47
	ANEXO N° 2: CODIFICACIONES ÉTNICAS	48
	ANEXO N° 3: FINANCIADOR DE SALUD	50

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO

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

El sistema de información en consulta ambulatoria (HIS), es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, desarrollando procesos orientados al tratamiento y administración de datos e información generados en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud. Los datos generados se almacenan, se procesan y se interpretan.

1.1. ORGANIZACIÓN DE LA HOJA HIS

Datos Generales

Establecen la información básica similar para cada una de las atenciones y/o actividades de salud realizadas. Aquí los ítems no cambian, como: turno, año, mes, nombre del establecimiento de salud, unidad productora de servicio de salud (UPSS) y nombre del responsable de la atención. Los registros deben ser claros y legibles.

LOTE				MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA		
PAGINA								
FECHA PROCES.								
DNI DIGITADOR								
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			

Datos Específicos

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo a las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

En este rubro, los datos de los ítems cambian: Día de la atención, documento de identidad, número de historia clínica, ficha familiar, financiador de salud, pertenencia étnica, distrito de procedencia del paciente (residencia los últimos 06 meses), centro poblado, código modular, edad, sexo, perímetro cefálico, perímetro abdominal y peso pregestacional, evaluación antropométrica hemoglobina, establecimiento, al servicio, diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, tipo de diagnóstico en las actividades preventivo promocional (APP) y actividades en animales (AAA), marque siempre "D", Laboratorio y Código CIE10 y CPMS.

														DNI			
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE/CPMS		
	HISTORIA CLINICA	10	CENTRO POBLADO										P	D		R	18
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CÓDIGO MODULAR														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	



1.2. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DE LA HOJA HIS

1.2.1. Edad:

Registre en valores numéricos y enteros, seguido del identificador del tipo de edad (días, meses o años de la persona atendida). Tener en cuenta lo siguiente:

D = desde 01 día hasta los 29 días de edad.

M = desde 01 mes hasta los 11 meses de edad.

A = a partir de 01 año

En el caso del recién nacido de horas registre 01 día.

1.2.2. Valoración o Evaluación Nutricional Antropométrica¹:

Se realiza mediante la medición de variables como: la toma de peso, la medición de la talla y la medición del perímetro abdominal.

a) **Peso:** Es la medición antropométrica de la fuerza de atracción a la tierra del cuerpo de una persona, que es utilizado para la valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en kilogramos (kg). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1kg. (XX.X).

b) **Talla:** Es la medición antropométrica de la longitud o estatura de una persona, que es utilizado para la evaluación del crecimiento y valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm.

c) **Perímetro Abdominal:** Es la medida de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades no transmisibles. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm.

d) **Hemoglobina:** Es una proteína compleja, constituida por el grupo hem (que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito) y una porción proteínica (la globina, compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas: dos cadenas alfa y dos cadenas beta). Es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. Normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 g/dL.

e) **Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud:**

En el caso de enfermedad o procedimiento; en el primer casillero debe registrarse el motivo de consulta o atención por el que acude el usuario, teniendo especial cuidado en hacerlo con letra clara y legible se deben utilizar abreviaturas ni siglas.

f) **En una Atención:**

Anote el o los diagnósticos de morbilidad o estado de salud de la persona, la condición de riesgo, daños externos y causas de daños, siendo posible anotar "n" diagnósticos, actividades y procedimientos tomando en cuenta el CIE y CPMS.

g) **En Actividades Preventivo Promocional (APP):**

Registre como se describe a continuación:

En el 1º casillero la actividad realizada.

¹ Resolución Ministerial N° 184-2012/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta.

En el 2º casillero la estrategia sanitaria por la cual se realiza la actividad.

1.2.3. Pertinencia Étnica:

Es el reconocimiento que a una persona hace de un conjunto de características socioeconómicas y culturales, que considera como propias tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes.

1.2.4. Discapacidad (DIS):

Es un término genérico, que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) / (CIF – 2001). Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que no cuentan con certificado de discapacidad, se registra con DIS en el Lab. cuando se realizan actividades relacionadas a la temática de discapacidad.

Tomar en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carnet de CONADIS; de contar la PCD con la calificación y certificación de la discapacidad, se podrá registrar la discapacidad como: leve (LEV), moderada (MOD) y severa (SEV) y en las sesiones educativas y demostrativas se registra **DIS** y **Nº** de participante.

En caso se cuente con la evaluación, calificación y/o certificación de discapacidad de la persona, se podrá registrar en Lab. dicha condición (discapacidad: LEV, MOD, SEV).

Valor Lab	Condición
DIS	Discapacidad.
LEV	Discapacidad Leve.
MOD	Discapacidad Moderada.
SEV	Discapacidad Severa.
1	Prescripción de la ayuda técnica o producto de apoyo.
2	Entrega de la ayuda técnica o producto de apoyo.

Todas las prestaciones realizadas de manera virtual, se adicionará al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica del usuario.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
99499	Telemedicina
99499.01	Teleconsulta en Línea
99499.02	Teleecografía en Línea
99499.03	Teleconsulta fuera de Línea
99499.04	Teleecografía + Teleconsulta en Línea
99499.05	Teleradiografía fuera de Línea
99499.06	Teletomografía fuera de Línea
99499.07	Telemamografía fuera de Línea
99499.08	Teleorientación Síncrona
99499.09	Teleorientación Asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta Síncrona
99499.12	Teleinterconsulta Asíncrona



II. LISTA DE CÓDIGOS PARA LAS ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código		Diagnóstico/ Actividad	Código	Diagnóstico/ Actividad
99801	Plan de Cuidado Integral de Salud		SALUD MENTAL	
DAÑOS NO TRANSMISIBLES			Tamizajes de Salud Mental	
Valoración Nutricional o Evaluación Nutricional			96150.01	Tamizaje de Salud mental en Violencia.
Z019	Valoración Clínica de factores de Riesgo		96150.02	Tamizaje de Salud mental en Alcohol y Drogas.
99209.02	Cálculo del índice de masa corporal (IMC).		96150.03	Tamizaje de Salud mental en Trastornos Depresivos.
99209.03	Medición del perímetro abdominal.		96150.04	Tamizaje de Salud mental en Psicosis.
99199.22	Medición de presión arterial.		Problemas relacionados con el estilo de vida	
99401.13	Consejería en estilos de vida saludable.		Z720	Problemas relacionados con el uso de tabaco
Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC):			Z721	Problemas relacionados con el uso de alcohol
E6690	Sobrepeso		Z722	Problemas sociales relacionados con el uso de drogas
E6691	Obesidad I		Z133	Pesquisa de problemas de salud mental
E6692	Obesidad II		Otras actividades que se realiza en salud mental	
E6693	Obesidad III		R456	Problemas relacionados con violencia física
Z017	Examen de Laboratorio		99207.06	Atención en salud mental a mujeres que son víctimas de violencia por su pareja o expareja (incluye aplicación de la ficha de valoración de riesgos).
CÁNCER				
Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer			SALUD BUCAL	
99402.08	Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer.		D0120	Examen Estomatológico
99401.26	Consejería para pacientes diagnosticados con Cáncer.		D1330	Instrucción de Higiene Oral (IHO)
Tamizaje en Cáncer de Cuello Uterino			D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
88141	Toma del Papanicolaou Citopatología Cervical o Vaginal y Tamizaje Manual (Papanicolaou).		D1110	Profilaxis dental
88141.01	Inspección Visual con Ácido Acético		D0140	Consulta estomatológica no especializada
87621	Detección Molecular VPH.			

Tamizaje en Cáncer de mama		D1206	Aplicación flúor barniz
99386.03	Examen Clínico de mama	D4355	Raspaje dental; detartraje dental
N63X	Masa no especificada en la mama	SALUD OCULAR	
77057	Mamografía Bilateral de Tamizaje.	99173	Determinación de la Agudeza visual
Tamizaje en Cáncer de Próstata		H456	Limitación Visual moderada
Z125	Examen de tacto rectal	H259	Catarata no especificada
84152	Examen de Antígeno Prostático	Z010	Examen de los ojos y de la visión
Tamizaje en Cáncer de Piel		PLANIFICACION FAMILIAR	
Z128	Examen Clínico de Piel.	99402	Consejería y orientación general para planificación familiar.

INMUNIZACIONES		99402.11	Consejería/Orientación en cultura de paz.
90714	Vacunación Diftotetánica (dT)	99402.12	Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género.
90658	Vacunación contra la influenza Adulto (Estacional)	99403	Consejería Nutricional
		99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable.
OTRAS ACTIVIDADES			
90746	Vacunación Antihepatitis Viral B Adulto (HVB)	99700	Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutive.
		99701	Contrarreferencia
CONSEJERÍAS PREVENTIVAS EN FACTORES DE RIESGO		C0003	Reunión en Comunidad
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados al individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p.ej. Consejería integral de salud)	C0004	Taller para Municipios
		C0006	Taller para la Comunidad
		C0007	Taller para la Familia
		C0008	Taller para personal de salud
99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable	C0010	Sesión demostrativa
99401.15	Consejería en habilidades sociales	C0011	Visita familiar integral
99401.16	Consejería en salud ocular	C0011.01	Visita familiar integral de identificación de riesgos.
99401.18	Consejería en salud bucal	C0011.02	Visita familiar para cuidados esenciales.
99401.19	Consejería para el autocuidado	C0011.03	Visita familiar integral de seguimiento de daños agudos.
99401.21	Consejería en fomento de la integración social	C0011.04	Visita familiar integral de seguimiento de daños crónicos.
99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja	C7001	Monitoreo
99401.30	Consejería en Prevención de Enfermedades Transmisibles	C7002	Supervisión
99401.31	Consejería en Prevención de Enfermedades No Transmisibles:	C7003	Evaluación



	diabetes, hipertensión, osteoporosis entre otras.		
99402.01	Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio.	C7004	Asistencia Técnica
99402.03	Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva.	C3101	Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.
99402.04	Consejería/Orientación en planificación familiar.	C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.	TUBERCULOSIS	
		Z030	Sintomático respiratorio identificado
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.		



Nota de Importancia: “Los ejemplos del presente manual son modelos que establecen el criterio descrito para el registro de actividades de manera estandarizada en el país, lo que NO significa que sea esa la única actividad a registrar en el momento de la atención”.

III. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

3.1. ATENCIÓN DE SALUD

Para el registro, el personal de salud debe respetar el motivo de la consulta por el cual el adulto concurre al servicio y darle la atención que requiere, como puerta de entrada para ofrecerle las demás intervenciones de las diferentes disciplinas que son parte del paquete de atención integral de salud que debe recibir la persona adulta.

El registro debe seguir las indicaciones planteadas en el capítulo de datos generales del presente Documento Técnico, como los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, distrito de procedencia, pertenencia étnica, edad, sexo y si es persona con discapacidad, establecimiento y Unidad Prestadora de Servicios de Salud - UPSS.



Respecto al financiador, para la etapa de vida adulto solo se deben consignar 1=Usuario (Pagante); 2=Seguro Integral de Salud (SIS); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde

3.1.1. Registro de la condición de la morbilidad:

a) **EN UNA ATENCIÓN:** Marque "X" en la letra que define el tipo de diagnóstico:

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

D: (Diagnóstico Definitivo) Es el caso en el que existe la 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.

- En ningún caso se volverá a marcar la "D" si el paciente ya tiene un diagnóstico Definitivo y viene a un control por el mismo episodio de enfermedad. En estos casos marcar SIEMPRE "R".
- Cuando un paciente viene referido, transferido o contrareferido con un diagnóstico Definitivo, corresponde anotar el mismo diagnóstico como repetido "R".

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.

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) **REGISTRO DEL CAMPO LAB:** Este casillero debe ser llenado por el profesional de salud que brinda la atención, su uso está sujeto a las consideraciones específicas que acompañan a los diagnósticos, procedimientos y APP. El casillero LAB cuenta con el registro de máximos tres valores, los cuales están asociados al código de atención. Este casillero tiene varios usos de acuerdo a las consideraciones.

3.1.2. Registro de la condición del paciente al ESTABLECIMIENTO:

a) **EN UNA ATENCIÓN:** Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

Nuevo (N): Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el establecimiento de salud.

Continuador (C): Es aquella persona que acude a atenderse por segunda o más veces en el año.

Reingreso (R): Es la persona que acude por primera vez en el año al establecimiento, pero ya ha sido atendida anteriormente en el establecimiento de salud en años anteriores.

Si el paciente es nuevo y se registra como tal en el establecimiento, la segunda vez que acude en el sistema HIS solamente podrá visualizar continuador o reingresante.



- b) **EN ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP):** Deje en blanco y trace una línea oblicua.

3.1.3. Registro de la condición de paciente al SERVICIO:

- a) **EN UNA ATENCIÓN:** Marque “X” en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

Nuevo (N): Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.

Continuador (C): Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.

Reingreso (R): Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio en años anteriores.

IV. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD

El Plan de Cuidado Integral de Salud 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.

- a) **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 cuidado integral de salud para la persona adulta) que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente.

4.1. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD “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 Cuidado Integral de Salud.
- En el 3º, 4º, 5º casillero otras atenciones que se brinda como por ejemplo la 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 ítem: **Lab** anote:

- En el casillero correspondiente “1” que indica la **Elaboración del Plan de Cuidado Integral de Salud** (durante la primera consulta de la Persona adulta).

Ejemplos: Registros de la Persona Adulta que Inicia el Plan de Cuidado Integral de Salud (Elaborado).

Caso 1: Adulto varón de 35 años, que acude por primera vez al Establecimiento de Salud, se le realiza la consulta por el cual el adulto concurre al servicio; se da la atención, se brinda consejería/orientación en Estilos de Vida saludable, se le oferta el paquete de cuidado integral y se da por “Iniciado” el Plan de Cuidado Integral de Salud.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																						
12	75395182	2	San Martín de Porres	35	M	PC	PESO	ANTROPOMÉTRICA	N	N	1. Faringitis aguda	P	R				J02.9					
	8246	58									M											99401.13
											F	Pab										
					D		Hb		R	R	3. Plan de Cuidado Integral de Salud	P	R	R	1							

4.2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD “EJECUTADO”

Cuando la Persona Adulta ha concluido con recibir las prestaciones priorizadas, establecidas en el PCI de acuerdo a la normatividad vigente.

Tener en cuenta que el Plan de Cuidado Integral de Salud “Ejecutado” que se le brinda al Adulto, puede ser concluido por cualquier integrante del equipo multidisciplinario del establecimiento de salud quien registra con la denominación “TA”, que significa que ha recibido todas las prestaciones.

Cuando el adulto haya concluido el Paquete de Cuidado Integral se registrará así:

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 Cuidado Integral de Salud.
- En el 3º, 4º, 5º casillero otras atenciones que se brinda como por ejemplo la Consejería Integral en hábitos de estilos de vida saludable u otros.

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 Cuidado Integral de Salud.

Ejemplos: Registro de un Adulto que concluyó el Plan de Cuidado Integral de Salud (Ejecutado)

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																						
14	98765410	2	Bellavista	50	M	PC	PESO	ANTROPOMÉTRICA	N	N	1. Examen clínico de piel	P	R				Z128					
	9820	58									M											99801
											F	Pab										
					D		Hb		R	R	3.	P	D	R								

V. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO DE 30 A 39 AÑOS

Tenemos que tener presente que la valoración nutricional antropométrica, comprende procedimientos técnicos a seguir en la atención integral de salud por el prestador de salud,



para determinar el estado nutricional de la persona adulta mediante la medición de variables como el peso, la talla, el perímetro abdominal y otras medidas antropométricas; para conocer la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida.

Para ello, la clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el índice de masa corporal (**IMC**). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el índice de masa corporal a través de la siguiente fórmula:

IMC = Peso (kg)/(talla (m))², y el resultado deberá ser comparado con el Cuadro 1 de clasificación de la valoración nutricional según IMC:

Cuadro 1: Clasificación de la valoración nutricional según IMC

CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E6690	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

Fuente: Resolución Ministerial N° 184-2012/MINSA. Aprueba la “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta”.

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.

En el diagnóstico

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

- En el 1º casillero el resultado de la clasificación de la valoración nutricional antropométrica.
- En el 2º casillero la Consejería Nutricional.

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos.

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero la sigla “IMC” de índice de masa corporal.

- En el 2º casillero el número de la consejería.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO				VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	2º		3º	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	25836974	2	Los Olivos	45	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC		E6690			
	H456				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA			C	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403
		40			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb			R	R		3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

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”.

Ejemplo:

1. En el ítem Diagnóstico motivo de consulta anote, el resultado de la clasificación de la valoración nutricional antropométrica.
2. $IMC = 79 / (1,68)^2 = 27,9$ (Sobrepeso), y seguidamente la Consejería Nutricional: Alimentación saludable (99403.01)
3. En Tipo de Diagnóstico marque “D”.
4. En el ítem código (LAB), anote la sigla IMC de índice de masa corporal.
5. En el ítem CIE/CPT anote el código que corresponde a la clasificación de sobrepeso (E660).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO				VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	2º		3º	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
25	74125896	2	Nieva	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Obesidad I	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC		E6691		
	HC369				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Nutricional en Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R		R		3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

VI. DAÑOS NO TRANSMISIBLES

6.1. VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS

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 el tamizaje termina con la consulta médica para la entrega del 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, 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.

6.1.1. Cuando no se identifican factores de riesgo

➤ En los ítems peso y talla; registrar en valores numéricos el peso (Kg) y talla (m).

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

- En el 1º casillero el Tamizaje de presión arterial.
- En el 2º casillero la Consejería nutricional.

En el ítem **Tipo** de diagnóstico, marque:

- En el 1º y 2º casillero marque SIEMPRE “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem **Lab** anote:

- En el 1º casillero registre Tamizaje de presión arterial: registrando en la casilla de LAB el código ALT (alterado)
- En el 2º casillero el número de Consejería.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA				P	D	B	1º	2º	3º						
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
25	85749602	2	Comas	31	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de la presión arterial	P	D	R	ALT			99199.22					
	HC123	19			M			TALLA			2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01				
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R								

6.1.2. Cuando se identifican factores de riesgo

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

- En el 1º casillero Valoración Clínica en Factores de Riesgo.
- En el 2º casillero Obesidad.
- En el 3º casillero el examen de laboratorio.

En el ítem **Tipo** de diagnóstico

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el 1º casillero colocar ALT.
- En el 2º y 3º casillero dejar en blanco.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
25	36251479	2	San Martín de Porres	59	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Valoración clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALT			Z019		
	HC7496	40			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obesidad I	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				E6691		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Examen de laboratorio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z017		

6.1.3. Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

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

- En el 1º casillero registre Evaluación y entrega de resultados.
- En los siguientes casilleros el diagnóstico 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 primer casillero "DNT", de daños no transmisibles
- En el 3º casillero el resultado del Examen de Presión sanguínea: se registra en la casilla LAB el **código ALT** (Alterado)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
7	23659874	2	Carabayillo	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen de laboratorio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT			Z017		
	HC258	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en estilos de vida saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.13		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Examen de presión sanguínea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALT			99199.22		

VII. TAMIZAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

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 adulta. Incluye: Aplicación de una ficha de tamizaje las cuales se encuentran en las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el Ministerio de Salud (WAST, PHQ-9, AUDIT-C).

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

7.1. 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.

DESCRIPCIÓN	CÓDIGOS
Tamizaje en Violencia	96150.01
Tamizaje en Alcohol y Drogas	96150.02



Tamizaje en Trastornos Depresivos	96150.03
Tamizaje en Psicosis	96150.04
Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	99402.09
Víctima de violencia política (crimen o terrorismo, incluyendo tortura)	Z654

7.2. 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 vuelve 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 en Violencia Familiar (96150.01)
- En el 2º casillero Problemas relacionados con violencia (R456)
- En el 3º casillero Consejería en Salud Mental (99402.14)



La Consejería de Salud mental para el tamizaje NO son numeradas.

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

TD =Trastornos Depresivos

- En el 3º casillero de la consejería DEJE EN BLANCO ya que es sólo una consejería por tamizaje.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
15	75395182	2	San Martin de Porres	47	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	X	R				96150.01	
	HC. 524				M		TALLA		X	X	2. Tamizaje en alcohol y drogas	P	X	R				96150.02
		58				F	Pab	Hb		R	R	Consejeria de prevención de riegos en Salud Mental	P	X	R			

VIII. 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 EESS con población asignada (nivel I y los II-1) se brinda consejería integral en prevención primaria y secundaria: "Consejería en factores de riesgo" y "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".

8.1. CONSEJERÍA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER

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 para el 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 ó 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	EVALUACION	ESTA.	SER.	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO		P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___)																			
15	23568917		2	LOS OLIVOS	37	M	PC	PESO	X	X	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1			99402.08	
	96325					M	Pab	TALLA		C	C	2. Toma de papanicolau	P	D	R				88141
			58				D		Hb		R	R	3. Examen clinico de mama	P	D	R	N		99386.03

8.2. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL

8.2.1. Persona Tamizada en Cáncer de Piel

Es la población de 18 a 70 años a quienes se les realiza el procedimiento para el Tamizaje de Cáncer de Piel, a través del Examen Clínico de Piel realizada en forma anual.



Examen Clínico de Piel

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero "Examen Clínico de Piel".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el 1º casillero registre "N" cuando el examen es negativo o "A" cuando el resultado es positivo.

En el ítem: Código CIE:

- En el 1º casillero registre el siguiente código CPT: Z128

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	12	ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
11	23548712	2		SAN MARTIN DE PORRES		55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	N	1. Examen clinico de piel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			Z128
	968574						M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
		40						D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		R	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

8.3. TAMIZAJE EN CANCER DE MAMA

8.3.1. Persona Tamizada en Cáncer de Mama

Definición Operacional. - Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de mama mediante:

- Examen Clínico de Mamas (ECM).
- Mamografía Bilateral de Tamizaje.

Tamizaje en Cáncer de Mama con Examen Clínico de Mama (ECM)

Se registrará de la siguiente manera:

- a) Cuando el resultado de ECM es negativo o positivo

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

- En el 1º casillero: "Examen Clínico de Mama".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el 1º casillero registre "N" cuando el resultado es negativo y "A" si es positivo.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el 1º casillero registre el siguiente código CPT: 99386.03

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA				P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____						FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
9	27895126	2	VILLA EL SALVADOR	41	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen clinico de mama	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			99386.03
	P158				<input type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	D	R				
		58				<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

8.3.2. Persona Tamizada en Cáncer de Cuello Uterino por citología - Mujer Examinada con Triage Visual para el Tratamiento

Triage Visual para el tratamiento (TVT): Examen del Cuello Uterino luego de aplicar ácido acético con el fin de determinar si hay contraindicación para tratamiento ablativo (elegibilidad para tratamiento ablativo).

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero, el motivo por el cual se realiza el procedimiento: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado".
- En el 2º casillero, registre el procedimiento: "Triage Visual Para El Tratamiento".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el 2º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab anote:

- En el 1º casillero, no se aplica ningún registro.
- En el 2º casillero registre:
 - RN = Triage visual para el tratamiento negativo.
 - RP = Triage visual para el tratamiento positivo.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el 1º casillero registre el siguiente código CPT del motivo por el cual se realiza el procedimiento: N872
- En el 1º casillero registre el siguiente código CPT: 88141.01



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
11	27895126		2	SAN MARTIN DE PORRES	55	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Lesion intraepitelial de alto grado	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				N872
	P158					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C		2. Triaje visual para el tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RN			88141.01
			58				<input type="checkbox"/> D	F	Pab		R	R	3.	P	D	R		

8.4. TAMIZAJE EN CANCER DE PRÓSTATA

8.4.1. Persona Tamizada en Cáncer de Próstata

Son los varones de 40 a 75 años a quienes se les realiza el procedimiento para el tamizaje de Cáncer de próstata, a través del dosaje de antígeno prostático (PSA) realizada de forma periódica.

Indicación del Examen de Antígeno Prostático

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

- En el 1º casillero, "Indicación de Dosaje de Antígeno Prostático".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- No aplica ningún registro.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el 1º casillero registre el siguiente código CPT: 84152

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
11	25638574		2	COMAS	55	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Indicación de dosaje antígeno prostático	P	<input checked="" type="checkbox"/> R				84152
	T1258					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C		2.	P	D	R			
			58				<input type="checkbox"/> D	F	Pab		R	R	3.	P	D	R		

IX. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

9.1. REGISTRO DE LAS ATENCIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE INCLUYE EL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO:



Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del Plan de Cuidado Integral de Salud 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.

9.1.1. Evaluación Oral Completa: (D0150)

Definición Operacional. - Procedimiento que comprende la evaluación integral, rigurosa y minuciosa de los tejidos duros y blandos, extraorales e intraorales, así como de los órganos y estructuras que comprende el sistema estomatognático; de ser necesario se realizará la evaluación historial médico y estomatológicos, de la interpretación de exámenes y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, y de interconsultas si se requiere de una evaluación del estado de salud general del paciente. Incluye la detección de signos de cáncer o de afecciones precancerosas y comprende el registro de los hallazgos de la evaluación en la historia clínica. Se realiza anualmente durante el año calendario a todo paciente nuevo o reingresante al servicio, y a todo paciente que ha estado ausente del tratamiento activo al término de un año a más años.

9.1.2. 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 dental. Realizado por el Cirujano Dentista. Este procedimiento tiene una frecuencia de 02 veces al año.

9.1.3. 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. Este procedimiento tiene una frecuencia de 02 veces al año.

9.1.4. Profilaxis dental: (D1110)

Definición Operacional. - Pulido de la superficie dentaria con instrumental rotatorio de baja velocidad para la remoción de la placa bacteriana y/o pigmentación sobre la superficie dental. Realizado por el Cirujano Dentista. Este procedimiento tiene una frecuencia de 02 veces al año.

9.1.5. Aplicación flúor gel (D1208)

Definición Operacional. - Aplicación tópica en presentación flúor gel, se coloca en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniendo la aparición de caries dental o limitando su extensión además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentaria entre otras afectaciones. Este procedimiento 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 persona atendida 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 la persona atendida según el procedimiento efectuado.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA
a) Evaluación Oral Completa	02 veces al año
b) Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	02 veces al año
c) Instrucción de higiene oral	02 veces al año
d) Profilaxis dental	02 veces al año
e) Aplicación de flúor gel	02 veces al año

La forma de registro de los procedimientos estomatológicos que forman parte del plan de cuidado integral de salud del adulto, se diferencia en la identificación de alguna comorbilidad con la que cuente el paciente. Para ello se debe registrar el LAB "CM". A continuación, se detalla:

Registro de la Evaluación Oral Completa y procedimientos preventivos realizados a un paciente que NO PRESENTA COMORBILIDAD POR ENFERMEDADES SISTÉMICAS

1. En el Primer recuadro correspondiente al Ítem Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud se registra el procedimiento de Evaluación Oral Completa y se marca con un aspa (X) en el casillero "D", en el recuadro correspondiente al Ítem Código CIE/CPT se registra el código del procedimiento "D0150".
2. En los recuadros subsiguientes correspondiente al Ítem Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud, se registran todos los Diagnósticos identificados durante la evaluación realizada al paciente y según corresponda se marca con un aspa (X) en el casillero "D" (Definitivo) del Ítem Tipo de Diagnóstico; en el caso de que se registren diagnósticos específicos que afecten a los dientes, se registra en los recuadros correspondientes al Ítem Valor LAB el número de dientes afectados; en los recuadros correspondientes al Ítem Código CIE/CPT se registran los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.
3. En los recuadros subsiguientes, se registran los procedimientos preventivos realizados en relación a la etapa de vida adulto.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (IPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2025	FEBRERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA				ODONTOLÓGIA				DNI							
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
19	46345810	2	HUARAL	35	M	PC	PESO	N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
	L-23				M	Pab	TALLA	X	X	CARIES DE LA DENTINA	P	X	R	2			K021
		59			D	F	Ppreg	Hb	R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	1		D1330
					A	M	PC	PESO	N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	1		D1310
					M		Pab	TALLA	C	C	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	1		D1110
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	APLICACIÓN DE FLUOR GEL	P	X	R	1		D1208

4. Se brinda y se registra la segunda entrega de procedimientos preventivos realizados según corresponde a la etapa de vida adulto.



NOTA: Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del plan de cuidado integral de salud del adulto, queda expreso que el profesional Cirujano Dentista debe 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.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2025	MAYO	CENTRO DE SALUD DE SINGA						ODONTOLOGÍA						DNI				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____										
26	46345810	2	HUARAL	35	M	PC	PESO	N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	2		D1330		
	L-23				M	Pab	TALLA	X	X	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	2		D1310		
		59			D	F	Ppreg	Hb	R	R	PROFILAXIS DENTAL	P	R	R	2		D1110	
					A	M	PC	PESO	N	N	APLICACIÓN DE FLUOR GEL	P	X	R	2		D1208	
					M		Pab	TALLA	C	C		P	X	R				
				D	F	Ppreg	Hb	R	R		P	X	R					

Registro de la Evaluación Oral Completa y procedimientos preventivos realizados a un paciente que SI PRESENTA COMORBILIDAD POR ENFERMEDADES SISTÉMICAS



NOTA: El cirujano dentista debe identificar a través de la Historia clínica, la presencia de alguna comorbilidad, tal como: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, entre otras. Esto debido a que estas enfermedades comparten factores de riesgo con las enfermedades bucales.

1. En el Primer recuadro correspondiente al Ítem Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud se registra el procedimiento de Evaluación Oral Completa y se marca con un aspa (X) en el casillero "D", **en el caso el paciente padezca de comorbilidad por enfermedad sistémica se registra en el recuadro del el Ítem Valor LAB se registran la sigla "CM"**, en el recuadro correspondiente al Ítem Código CIE/CPT se registra el código del procedimiento "D0150".
2. En los recuadros subsiguientes correspondiente al Ítem Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud, se registran todos los Diagnósticos identificados durante la evaluación realizada al paciente y según corresponda se marca con un aspa (X) en el casillero "D" (Definitivo) del Ítem Tipo de Diagnóstico; en el caso de que se registren diagnósticos específicos que afecten a los dientes, se registra en los recuadros correspondientes al Ítem Valor LAB el número de dientes afectados; en los recuadros correspondientes al Ítem Código CIE/CPT se registran los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.
3. En los recuadros subsiguientes, se registran los procedimientos preventivos realizados en relación a la etapa de vida adulto.



AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2025		FEBRERO		CENTRO DE SALUD DE SINGA				ODONTOLÓGIA				DNI					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
19	46345810	2	HUARAL	35	M	PC	PESO	N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R	CM			D0150
	L-23				M	Pab	TALLA	X	X	CARIES DE LA DENTINA	P	X	R	2			K021
		59			D	F	Ppreg	Hb	R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	1		D1330
					A	M	PC	PESO	N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	1		D1310
					M	F	Pab	TALLA	C	C	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	1		D1110
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	APLICACIÓN DE FLUOR GEL	P	X	R	1			D1208

4. Se brinda y se registra la segunda entrega de procedimientos preventivos realizados según corresponde a la etapa de vida adulto.



NOTA: Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del Plan de cuidado integral de salud del adulto, queda expreso que el profesional Cirujano Dentista debe 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.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2025		MAYO		CENTRO DE SALUD DE SINGA				ODONTOLÓGIA				DNI					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
26	46345810	2	HUARAL	35	M	PC	PESO	N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	2			D1330
	L-23				M	Pab	TALLA	X	X	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	2			D1310
		59			D	F	Ppreg	Hb	R	R	PROFILAXIS DENTAL	P	R	R	2		D1110
					A	M	PC	PESO	N	N	APLICACIÓN DE FLUOR GEL	P	X	R	2		D1208
					M	F	Pab	TALLA	C	C		P	X	R			
				D	F	Ppreg	Hb	R	R		P	X	R				

X. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

10.1. 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 (Z030)
- En el 2º casillero el Plan de Cuidado Integral de Salud (99801)

AÑO		3	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
													DNI							
7	8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20	21		22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A 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																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	74125896	2	Los Olivos		35	M	PC	PESO	N	N	1. Sintomático Respiratorio			P	R		Z030			
	HC369					M		TALLA	R	R	2. Plan de Cuidado Integral de SaLUD			P	R		99801			
		58				F	PaB	Hb	R	R				P	R					

XI. VIH

11.1. 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.

Cuando se realiza en el consultorio (Prueba Rápida)

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre claramente:
 - En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
 - En el casillero 2º Detección de VIH – Prueba Rápida
 - En el casillero 3º la Consejería Post-Test de acuerdo al resultado, puede ser:
 - NO REACTIVO RN
 - REACTIVO RP
- En el ítem Tipo de diagnóstico marque “D” si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, “R” para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.
- En el ítem Lab anote:

En el 1º casillero de las Consejerías: la sigla de la **POBLACIÓN** 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
- **TBC** = Paciente con Tuberculosis
- **PPL** = Persona privada de su libertad

En el casillero 2º la sigla que corresponda al resultado de la prueba realizada

- **RP** si el resultado es positivo
- **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO Y ABDOMINA	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGOCIE/ CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGILA: ____/____/____
	06451254	10	Pangoa	32	M	PC	PESO			Consejería Pre Test para VIH	P	R					99401.33
	06451254	58	San Ramón		F		TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	R	RN				86703.01
					D	Rab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	R					99401.34

11.2. 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, se registra la actividad de “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B”**
- En el ítem Tipo de diagnóstico marque “D” si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, “R” para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.
- En el ítem Lab anote:
 - **En el casillero 1º de la Consejería: el tipo de población con la sigla de la POBLACIÓN CLAVE según el siguiente detalle:**
 - **[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
 - **G** = Gestante
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
 - **P** = Puerpera

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACI O N ANTRÓPOMET RICA HEMOGLOBINA	EST A- BLE C	SE R- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUER PERA										ETNI A	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	66682502	10		Junín	16	A	M	PC			1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	HTS			99402.05
	66682502			Junín		M			TALLA	C	C	2.	P	D	R			
		58				D	F	Cañ	Hb	R	R	3.	P	D	R			

XII. 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.

12.1. TAMIZAJE CON PRUEBA RÁPIDA

12.1.1. 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, VIH, Hepatitis B.

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
25	74125896	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"/>	R	PARA		99402.05				
	HC369				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G		86706				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	R			99402.05				

Cuando se trata del Primer Tamizaje durante el año

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

- En el 1º casillero el procedimiento de la Prueba Rápida
- En el 2º casillero la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º y 2º casillero marque "D" por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - **RP si el resultado es reactivo**
 - **RN si el resultado es negativo**

En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN 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
- PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	42479999	10	Pangoa	21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP		87342				
	42479999				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH		99402.05				
		58	San Martín		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R								

12.1.2. Resultado No 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 Consejería en ITS, VIH, Hepatitis B

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
25	85749602	2	Nieve	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PARA			Z15	
	HC123				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G			99402.05	
		19				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R			

Cuando se trata del Primer Tamizaje durante el año:

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

- En el 1º casillero anote el procedimiento de la Prueba Rápida
- En el 2º casillero la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - **RP si el resultado es reactivo**
 - **RN si el resultado es negativo**



En el casillero 1° de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN 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

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	42479999		10	Panqoa		X	X	PC		X	X	Detección de Hepatitis B - Prueba Rápida	P	X	R	RN			87342	
	42479999				21	M						Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	HS	H		99402.05	
			58	San Martín		D	F	Col		R	R		P	D	R					

XIII. SALUD OCULAR

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

Definición Operacional.- Intervención realizada con el objetivo de efectuar el examen de los ojos y la determinación de la agudeza visual con oclusor con agujero estenopeico, para detectar algún grado de disminución de la misma o ceguera causada probablemente por catarata en personas de 50 años a más de edad, como parte de la atención integral de salud, a cargo de un personal de salud capacitado de establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada. Se realiza una (01) vez al año.

Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención

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

- En el 1° casillero Determinación de la Agudeza Visual
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda
- En el 2° 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	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO		P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____																		
13	24354657	1	CUSCO	58	M	PC	PESO	N	N	1. Determinación de la agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	70			99173	
	HC2345					M	TALLA	C	C	2.	P	D	R	200				
		58				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (médico general, enfermera, tecnólogo médico en optometría)

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

- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

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

En el ítem: LAB, registre:

- En el 1º casillero, se registra el resultado si es NORMAL la sigla (N) y si es ANORMAL (A)
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO		P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____																		
22	89650033	2	Tacna	58	M	PC	PESO	N	N	1. Examen de los ojos y de la vision	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				2010	
	HC765					M	TALLA	X	X	2. Determinación de la agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99173
		58				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

13.2. EVALUACIÓN DE CATARATA

Definición Operacional. - Actividades y procedimientos que tienen por objetivo establecer el diagnóstico presuntivo de disminución de la agudeza visual o ceguera por catarata en personas de 50 años a más de edad, identificadas durante el tamizaje. Lo realiza el médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).



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

- En el 1º casillero el diagnóstico Catarata senil no especificada.
- En el 2º casillero la Consejería en salud ocular.
- En el 3º casillero, la Determinación de la agudeza visual.

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero "RF" para indicar la referencia REALIZADA
- En el 2º casillero el número de Consejería en salud ocular
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
23	45236765	2	Camana	50	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Catarata senil no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RF		H259
	HC987665				<input type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3. Determinacin de la agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	200		99173
					<input type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R	400		
					<input type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

XIV. ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

14.1. 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 Atención en Planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero la Consejería/Orientación en Planificación Familiar
- En el 3º casillero el método

En el ítem: Tipo de diagnóstico para el primer y segundo casillero marque SIEMPRE "D".

En el ítem Lab anote:

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

consejería/orientación.

- En el 3° casillero el número de control/consulta establecida para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CODIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /						Fecha de Última Regla: / /									
	40224779		10	Satipo		M	PC	PESO			Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	4022779		05	Satipo	42	M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1		99402.04
						D	Preg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	1		99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /						Fecha de Última Regla: / /									
						A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM		99208.14
						M	F	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R		
						D	F	Preg.	Hb		R	R		P	D	R		

XV. INMUNIZACIONES

Para el registro y codificación de las de las actividades de Inmunizaciones considerar:

- El registro será siempre individual y se deberá incluir los datos de identificación del vacunado: Documento de Identidad, Historia Clínica / N.º de registro o Carné de Vacunación y procedencia habitual.
- Los ítems Diagnóstico Motivo de Consulta, Tipo de Diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.
- En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote claramente el biológico por separado identificando el tipo de vacuna.
- Si la vacunación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar "C" para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.
- Todas las dosis de vacuna se registran con Tipo de Diagnóstico Definitivo (D)
- Independientemente del tipo de vacuna que se aplique se deberá utilizar en el campo Lab para identificar la dosis aplicada en las actividades intramurales y extramurales:

Condición	Lab: (Intramural)	Lab: (Extramural)	Módulo de Inmunizaciones
Vacuna dosis Única	se deja en BLANCO	DU	Dosis Única
Dosis 1	1	D1	1° dosis
Dosis 2	2	D2	2° dosis
Dosis 3	3	D3	3° dosis
Dosis Refuerzo	DA	DDA	Refuerzo según corresponda

- Si la vacuna es dosis única intramural se puede hacer uso del 1° campo Lab para indicar el grupo de riesgo, pero si es extramural el 1° campo Lab de la dosis debe indicar "DU" y en el 2° campo Lab debe ser registrada la sigla que identifica el grupo de riesgo.
- Los campos Lab siempre deben contener el dato de la dosis. En caso de que esta sea aplicada a un grupo de riesgo la identificación del grupo de riesgo debe ser consignado en



el campo Lab contiguo al de la dosis; si es aplicada más de una vacuna se debe registrar en el siguiente casillero.

15.1. VACUNACIÓN DE MUJERES Y VARONES ADULTOS

La NTS N° 196-MINSA/2022/DGIESP, establece que:

Para la población objetivo del presente manual se administra las vacunas:

15.1.1. Vacunación con vacuna dT en la Persona Adulta

La Norma Técnica de Salud vigente indica sobre la administración de esta vacuna lo siguiente:

- Si no se recibió la vacuna previamente:
 - 1ra dosis al primer contacto con el servicio de salud
 - 2da dosis a los 2 meses de la primera dosis
 - 3era dosis a los 6 meses de la primera dosis
- Vacunación Incompleta:
 - NO REINICIAR
 - Completar con 1 o 2 dosis faltantes.
- Vacunación primaria completa:
 - Refuerzo cada 10 años, a partir de la última dosis

Para el registro y codificación, se considera lo siguiente:

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
 - En el 1° casillero Vacunación Diftotetánica (dT)
- En el ítem Lab:
 - En el 1° campos 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	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE/CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
23	85609536	10	San Martín de Porres	32	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Diftotetánica	P	X	R	1			90714
	045235	58			M		TALLA	X	X	2.	P	D	R				
					D	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	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE/CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
23	08485469	10	San Martín de Porres	30	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Diftotetánica	P	X	R	2			90714
	045276	58			M		TALLA	X	X	2.	P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

15.1.2. Vacunación Contra la Influenza en Grupos de Riesgo

La NTS N° 196-MINSA/2022/DGIESP, establece que:

Para la población objetivo del presente manual se administra la vacuna contra Influenza Adulto, con las consideraciones siguientes:

- Vacunar a personas con comorbilidad, entre ellos:
 - Enfermedades Cardiovasculares
 - Enfermedades Respiratorias Crónicas
 - Enfermedad Renal
 - Diabetes, Obesidad, Otras Enfermedades Metabólicas
 - Cáncer o Inmunodeficiencia en fase controlada
- Gestantes: Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación y puérperas.
- Personal de Salud
- Grupos de Riesgo:
 - Población de distritos en riesgo por bajas temperaturas (heladas y friajes)
 - Comunidades Nativas.
 - Estudiantes de ciencias de la salud.
 - Fuerzas Armadas.
 - Personal de la PNP- Perú.
 - Cruz Roja, Bomberos y Defensa Civil.
 - Población Privada de su Libertad (cárceles, penales).
 - Centros de rehabilitación, casas de reposo, albergues.



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

En el Módulo de Inmunizaciones, se debe activar el check de Comorbilidad.

Considerar lo indicado en el punto f).

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1° casillero Vacunación contra la Influenza

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero considerar en el 1° campo Lab: coloque el grupo de riesgo:
 - **[en BLANCO]** = Población con comorbilidad (por ser dosis única para la edad)
 - **G** = Gestante
 - **P** = Puérpera
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud
 - **M** = Fuerzas Armadas



- **PNP** = Policía Nacional
- **DCI** = Defensa Civil
- **BOM** = Bomberos

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	GESTANTE / PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
23	40287468		10		Chorrillos	51	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la Influenza estacional	P	X	R	ST		90658
	057841						M		TALLA		X	X	2.	P	D	R			
			58				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Vacunación Extramural

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	GESTANTE / PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
23	65874588		10		Chorrillos	51	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la Influenza estacional	P	X	R	DU		90658
	057879						M		TALLA		X	X	2. Diabetes mellitus tipo 2	P	D	X			E119
			58				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

15.1.3. Vacunación Contra la Neumococo en Grupos de Riesgo

La NTS N° 196-MINSA/2022/DGIESP, establece que:

Para la población objetivo del presente manual se administra la vacuna Antineumocócica, con las consideraciones siguientes:

- Población de 5 a 60 años, con comorbilidad que no recibieron la vacunación primaria deben recibir una dosis.
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Nefropatías
- Cardiopatías
- Diabetes
- Hemoglobinopatías
- Infección por VIH
- Síndrome de Down
- Neoplasia
- Esplenectomizados
- Inmunosuprimidos

Considerar lo indicado en el punto f).

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1° casillero Vacunación Antineumocócica

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero coloque de acuerdo al grupo de riesgo:

[Dejar en BLANCO] = población con comorbilidad (por ser dosis única para la edad)

ST = Personal de Salud (Trabajador de Salud)

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	GESTANTE / PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
23	5278468		10	San Antonio	38	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antineumocócica	P	X	R	ST			9670
	047854		58			M		TALLA		X	X	2.	P	D	R				
						D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			
23	84769245		10	San Antonio	50	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antineumocócica	P	X	R			90670	
	057894		58			M		TALLA		X	X	2. Diabetes mellitus tipo 2	P	D	X			E119	
						D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

15.1.4. Vacunación con Vacuna Anti Hepatitis Viral B (HvB) en ADULTOS

La Norma Técnica de Salud vigente indica sobre la administración de esta vacuna lo siguiente:

- De 16 años a más, que no recibió esquema primario aplicar 03 dosis de 1ml:
 - Primera dosis al primer contacto.
 - Segunda dosis al mes de la primera dosis
 - Tercera dosis al sexto mes de la primera dosis
- En caso de haber recibido alguna dosis completar el esquema
 - NO REINICIAR
- Grupos de Riesgo:
 - Personal de salud, de limpieza, estudiantes de salud.
 - Gestantes
 - Poblaciones indígenas.
 - Trabajadores Sexuales (TS), Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
 - Miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos, Población Privada de la libertad, inmigrantes y refugiados.
 - Otros grupos de riesgo.

Para el registro y codificación, se considera lo siguiente:



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

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					
23	35984824	10	San Antonio	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HvB)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	HSH	90746
	48456				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	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.

XVI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

16.1. VISITA DE SALUD FAMILIAR

Definición Operacional. - Actividad que implica el desplazamiento del personal de salud capacitado dirigida a la familia del caso índice en su domicilio, con el fin de recoger información a través de instrumentos como la ficha familiar, la ficha de auto diagnóstico, entre otros, que permitan identificar necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, elaborar el plan de atención integral familiar (PAIFAM) en forma conjunta con la familia para el desarrollo adecuado de las actividades de forma integral. En promedio **son 4 visitas al año** para cada familia, sin embargo pueden ampliarse de acuerdo a sus necesidades de salud.

Para el registro de las actividades de Salud Familiar en las hojas HIS, se deberá utilizar la UPS 302101 ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, independientemente del personal de salud que esté realizando la actividad, esto permitirá identificar actividades de oferta móvil que se entreguen a las familias.

LOTE		MINISTERIO DE SALUD																		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
PAGINA		OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN																			
FECHA PROCES.		OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN																			
DNI DIGITADOR		Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud																			
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			TURNO									
2020		MAYO	CS. GAUDENGO BERNASCONI			302101 ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA			OSCAR JESUS MONTOYA LOPEZ			X T									

Primera Visita Familiar Integral

Identificación de riesgos y necesidades

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

- En el 1º casillero Visita en Salud Familiar
- En el 2º y 3º casillero motivo de la visita

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	PERMISO ESPECIAL ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA AHEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGO OE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	18	28	38	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: RODRIGO SANCHEZ CUEVA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 03/04/1971) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	09852631	10	Villa El Salvador	49	M	PC		PESO		N	N	1. Visita en Salud Familiar de identificación de riesgos y necesidades	P	X	R	FAM			C0011.01
	IV-0023	58			D	Pab	TALLA		X	X	2. Sintomático respiratorio identificado	P	D	X					Z030
					F	Ppreg	Hb		R	R	3. Problemas relacionados con el uso del alcohol	P	X	R					Z721
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VANESSA VILCA HUAMANI																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Hacinamiento)	P	X	R				Z591
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Problemas relacionados con Pobreza extrema	P	X	R					Z595
					D	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VANESSA VILCA HUAMANI																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 23/06/1975) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	78167315	10	Villa El Salvador	44	M	PC		PESO		N	N	1. Sedentarismo	P	X	R				Z723
	IV-0023	58			M	Pab	TALLA		X	X	2. Problemas relacionados con violencia	P	X	R					R456
					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Problemas relacionados con pareja o esposos	P	X	R					Z630

El mismo código de Familia, la diferencia individual son los Datos de identidad, edad, sexo... etc., de cada integrante

Última Visita en Salud Familiar

Para registrar el TA en la visita en Salud Familiar, considerar los siguientes criterios:

- Haber realizado 4 visitas domiciliarias al año con la misma familia, solo para efectos de medición, ya que algunas familias necesitan más visitas de acuerdo a sus condiciones de salud.
- Valoración Clínica de la Familia
- Llenado del PAIFAM y seguimiento.



En el 1° casillero **Visita familiar integral (C0011)**
 ➤ En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“FAM”** de **Ficha familiar**
 ➤ En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“TA”** de **Término de la PAIFAM**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: LUCIA HUAMAN QUISPE																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 23/06/1984 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
10	20584621	10	Villa El Salvador	36	M	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FAM	TA	C0011		
	F03-0012	58		M			Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en Autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.19		
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R						

Al terminar de entregar a la Familia las intervenciones planificadas en el **Plan de Atención Integral a la familia (PAIFAM)**, registraremos la Visita Familiar Integral, **de preferencia nombrando a la misma persona con la que se realizó y registró la Visita familiar integral de identificación de riesgos y necesidades (Ficha familiar).**



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

17.1. TELECONSULTA EN LINEA

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	ETNIA	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
11	12345678	2	BELLAVISTA	45	M	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. CEFALEA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			R51		
	2356	58		M			Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. HIPERTENSION ARTERIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			110X		
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.01		

17.2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA

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

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

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

- En el 3er casillero: Se colocará Tele interconsulta Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

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

En el 3er casillero:

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

TELEINTERCONSULTANTE

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA										10	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																				
11	12345678	2	BELLAVISTA	45	M	PC	PESO	N	N	1. OBESIDAD	P	X	R				E669			
	2356										Pab	TALLA	X	X	R					
	48	F	Hb																	

TELEINTERCONSULTORA

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA										10	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__ FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																				
11	12345678	2	BELLAVISTA	45	M	PC	PESO	N	N	1. OBESIDAD	P	X	R				E669			
	2356										Pab	TALLA	X	X	R					
	48	F	Hb																	



Revise el manual de registro de **TELEMEDICINA** para encontrar las demás actividades implementadas.



XVIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

INTERVENCIONES DEL PAQUETE BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADULTOS

(EESS del primer nivel de atención I-1, I-2, I-3 y I-4)

Incluye las siguientes prestaciones de salud orientadas a promover el cuidado a la salud y detectar oportunamente enfermedades prevenibles como: Hipertensión, Diabetes, Obesidad, Tuberculosis, VIH, Sífilis, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades oncológicas, Enfermedades renales, Hipotiroidismo, Riesgos obstétricos, Riesgos de enfermedades de salud mental; identificando factores de riesgo en los adultos e incluye las siguientes prestaciones:

Prestaciones para identificar factores de riesgo en los adultos

01. Antropometría y valoración nutricional, según norma vigente.
02. Atención y consejería en salud mental.
03. Tamizaje de violencia intrafamiliar.
04. Tamizaje de conductas de riesgos.
05. Atención en salud sexual y reproductiva del adulto.
06. Pruebas de agudeza visual
07. Tamizaje de enfermedades no transmisibles incluidos exámenes de laboratorio: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, mama, próstata
08. Consejería en: planificación familiar manejo del estrés, alimentación y nutrición saludable, depresión, alcoholismo, cuidados ocupacionales, visita domiciliaria y atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según GPC.
09. Consejería en salud ocular.
10. Atención en salud bucal.
11. Inmunización según calendario de vacunación
12. Exámenes de tamizaje de cáncer: cuello uterino, próstata, mama, colon, piel.
13. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer.

ANEXO N° 2

CODIFICACIONES ÉTNICAS

Código de pertinencia étnica	Pueblo Indígena	Otras denominaciones	Lengua
1	ACHUAR	ACHUAL, ACHUARE, ACHUALE	ACHUAR
2	AIMARA	ARU	AIMARA
3	AMAHUACA	YORA	AMAHUACA
4	ARABELA	TAPUEYOCUACA, CHIRIPUNO	ARABELA
5	ASHANINKA	CAMPA ASHANINKA	ASHANINKA
6	ASHENINKA	ASHANINKA DEL GRAN PAJONAL	ASHANINKA
7	AWAJÚN	AGUARUNA, AENTS	AWAJÚN
8	BORA	BOORAA, MIAMUNA, MIRANHA, MIRANYA	BORA
9	CAPANAHUA	NUNQUENCALBO, BUSKIPANI	CAPANAHUA
10	CASHINAHUA	HUNI KUIN, CAXINAHUA, KACHINAHUA	CASHINAHUA
11	CHAMICURO	CAMIKODIO, CHAMICOLOS	CHAMICURO
12	CHAPRA	SHAPRA	KANDOZI- CHAPRA
13	CHITONAHUA	YORA, MURUNAHUA	YAMINAHUA
14	ESE EJA	ESE'EJJA. HUARAYO, TIATINAGUA	ESE EJA
15	HARAKBUT	AMARAKAERI, WACHIPAERI, ARASAERI, KISAMBERI, PUKIRIERI, TOYOERI, SAPITERI	HARAKBUT
16	IKIYU	IKITO, IQUITO, AMACACORE, QUITURRAN	IKITU
17	IÑAPARI	INAPARI, INAMARI, KUSHITIRENI	IÑAPARI
18	ISCONAHUA	ISCONAWA. ISKOBACEBO	ISCONAHUA
19	JAQARU	AIMARA, LUPINO, AIMARA CENTRAL, CAUQUI, ARU	JAQARU
20	JIBARO	JIBARO DEL RIO CORRIENTES, SHIWIAR, SIWARO	ACHUAR
21	KAKATAIBO	UNI, UNIBO	KAKATAIBO
22	KAKINTE	POYENISATI	KAKINTE
23	KANDOZI	CANDOSHI, CHAPRA, CHAPARA, MURATO	KANDOZI-CHAPRA
24	KICHWA	QUICHUA, INGA, LAMAS, SANTARROSINOS	QUECHUA
25	KUKAMA KUKAMIRIA	COCAMA, COCAMILLA, XIBITAONA	KUKAMA KUKAMIRIA
26	MADIJA	CULINA, MADIHA, KOLINA	MADIJA
27	MAIJUNA	OREJÓN, MAIJKI	MAIJUNA
28	MARINAHUA	ONOCOIN, YORA	SHARANAHUA
29	MASHCO PIRO		YINE
30	MASTANAHUA	YORA	SHARANAHUA
31	MATSÉS	MAYORUNA	MATSÉS
32	MATSIGENKA	MACHIGUENGA, MATSIGUENGA, MACHIGANGA, MATSIGANGA	MATSIGENKA

Código de pertinencia étnica	Pueblo Indígena	Otras denominaciones	Lengua
33	MUNICHE	MUNICHI	MUNICHE
34	MURUI MUINANI	HUITOTO	MURUI MUINANI
35	NAHUA	YORA	NAHUA
36	NANTI	MATSIGENKA	NANTI
37	NOMATSIGENGA	NOMACHIGUENGA, ATIRI	NOMATSIGENGA
38	OCAINA	DUCAIYA, DYO'XAIYA	OCAINA
39	OMAGUA	OMAGUA, YETÉ, ARIANA, PARIANA, UMAWA	OMAGUA
40	QUECHUAS	LOS PUEBLOS QUECHUAS NO TIENEN OTRA DENOMINACIÓN, MAS SI UN CONJUNTO DE IDENTIDADES, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN, CHOPCCAS, HUANCAS, CHANKAS, HUAYLAS, QÉROS, CAÑARIS, KANA	QUECHUAS
42	RESIGARO	RESIGERO	RESIGARO
43	SHARANAHA	ONICOIN, YORA	SHARANAHA
44	SHAWI	CHAYAWITA, CAMPO, PIIYAPI, TSHAHUI	SHAWI
45	SHIPIBO- KONIBO	SHIPIBO, JONI, CHICERO- CONVIVO	SHIPIBO- KONIBO
46	SHIWILU	JEBERO, XEBERO, SHIWILA	SHIWILU
47	TIKUNA	TICUNA, DUUXUGU	TIKUNA
48	URARINA	ITUCALI, KACHA, EDZE, LTUKALE	URARINAS
49	URO	URU	URO (LENGUA EXTINTA)
50	VACACOCHA	AUSHIRI, A'ÉWA, AWSHIRA, ABIJRA, ABISHIRA	AWSHIRA (LENGUA EXTINTA)
51	WAMPIS	HUAMBIZA, SHUAR- HUAMPIS	WAMPIS
52	YAGUA	YIHAMWO, NIHAMWO	YAGUA
53	YAMINAHUA	YAMIMAHUA, JJAMIMAWA, YORA	YAMINAHUA
54	YANESHA	AMUESHA, AMAGE, AMUEXIA	YANESHA
55	YINE	PIRO, PIRA, SIMIRINCHE, CHOTAQUIRO	YINE
56	AFROPERUANO	ZAMBO, MULATO, NEGRO, MORENO	ESPAÑOL
57	BLANCO	BLANCO	ESPAÑOL
58	MESTIZO	MESTIZO, CHOLO	ESPAÑOL
59	ASIATICO DESCENDIENTE	CHINO, PONJA	JAPONES, COREANO, CHINO, ESPAÑOL
60	OTRO	GITANO, ROM, CALE	ESPAÑOL, CALE

Fuente: R.M. N° 975-2017/MINSA Aprueba la Directiva Administrativa N°240- MINSA/2017/INS: Directiva Administrativa para el Registro de la Pertinencia Étnica en el Sistema de Información de Salud



ANEXO N° 3

FINANCIADOR DE SALUD

Registre el código que corresponda al tipo de financiador que subvenciona la atención del paciente. La prestación de salud puede ser cubierta por una o más financiadores según la siguiente codificación:

PARA ÍTEM 09: FINANCIADOR DE SALUD		
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS
2 SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	

El Código 1 = USUARIO indica que la atención ha sido pagada por el mismo paciente (lo que se denomina algunas veces como usuario PAGANTE).



PERÚ

Ministerio
de Salud

Av. Salaverry 801 - Jesus Maria

Lima - Perú

Telef.: (01) 315 6600

www.gob.pe/minsa

