Envejecimiento Saludable
PROTEGIDOS Y FELICES

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

Curso de Vida
Adulto Mayor

SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS

PERÚ Ministerio de Salud

Ponle PUNCHE y ganamos todos PERÚ

BICENTENARIO PERÚ 2024

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

Curso de Vida
Adulto Mayor

Sistema de Información HIS

Lima - Perú

2025

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

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

SALUD DEL ADULTO / ANCIANO / 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° N° 2025-02202

Manual de Registro y Codificación de la Atención de Salud en la Consulta externa. Curso de Vida Adulto Mayor. Sistema de Información HIS

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

Responsables de la elaboración y Equipo de Trabajo del Curso de Vida Adulto Mayor:
Dr. Henry Hernández Caballero
Lic. Nimia Rosa del Pilar Guerrero Vértiz
Mg. CD. Janet Clorinda Llamosas Montero

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

Diseño:
Bach. 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 2020
2da Edición, marzo 2025

Enlace digital disponible:
https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7631.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

PRESENTACION

El Curso de Vida Adulto Mayor de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, contribuyendo, a la atención sanitaria oportuna y de calidad de la población vulnerable, dentro del marco del Modelo de Atención Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).

Cuando hablamos de la persona adulta mayor es aquella persona que tiene 60 o más años de edad.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: Edad Avanzada de 60-74 años, Viejos o Ancianos de 75- 89 años, Grandes, Viejos – Longevos de 90-99 años, Centenarios de más De 100 años.

Considerando que la tendencia mundial de los estilos de vida ha llevado al incremento de la esperanza de vida, generando una demanda sanitaria adulta mayor, primando un perfil epidemiológico de enfermedades no transmisibles de carácter crónico degenerativo, es en este sentido que es necesario promover un envejecimiento saludable, reducir los periodos de la enfermedad, evitar complicaciones de enfermedades crónicas y de este modo evitar la dependencia, con un enfoque de desarrollo para lograr una vida plena como un derecho fundamental.

Dichas intervenciones están orientadas al cumplimiento del cuidado integral de salud de las personas adultas mayores, mediante la aplicación del Paquete de cuidado integral de salud del adulto mayor, en base a sus necesidades de salud, de acuerdo con la Valoración Clínica del Adulto Mayor -VACAM, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; con enfoque de Salud Pública basado en género e interculturalidad.

En este contexto, presentamos el Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención de Salud de la Persona Adulta Mayor, 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

I. GENERALIDADES 08
1.1 Actividades más frecuentes 08
1.2 Instrucciones para el registro y codificación de las actividades del Curso de Vida Adulto Mayor 10
II. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR 10
2.1 Persona adulta Mayor Independiente 11
2.2 Persona adulta Mayor Dependiente Parcial 11
2.3 Persona adulta Mayor Dependiente Total 11
III. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD 13
3.1 Plan de cuidado integral de Salud Elaborado 13
3.2 Plan de cuidado integral de salud ejecutado 14
IV. VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (5001505) / PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS 15
4.1. Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) 16
4.2. Tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico 16
4.3. Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) 16
V. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR 16
5.1 Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO 18
5.2 Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO 18
VI. REGISTRO DE LAS ATENCIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE INCLUYE EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR: 18
6.1. Evaluación Oral Completa 20
6.2. Instrucción de Higiene Oral 20
6.3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales 20
6.4. Profilaxis dental 20
6.5. Consulta estomatológica no especializada 21
6.6. Aplicación flúor gel 21
VII. INMUNIZACIONES EN EL ADULTO MAYOR 21
7.1. Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo en el marco de la NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022 (Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA). 23
7.2 Vacunación contra Neumococo en mayores de 60 años La NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022 (Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA) 23
VIII. TAMIZAJES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN EL ADULTO MAYOR 24
8.1 Tamizaje de cáncer de MAMA 24
8.2 Tamizaje en cáncer de cuello uterino 25
8.3 Tamizaje en cáncer de próstata 27
8.4 Tamizaje en cáncer de piel 29
IX. TAMIZAJE Y EVALUACIÓN EN SALUD OCULAR EN EL ADULTO MAYOR 30
9.1 Evaluación y despistaje de glaucoma 31
9.2 Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual 31
X. VISITAS AL ADULTO MAYOR EN DOMICILIO 32
34

10.1. Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal 34
10.2. Visita Familiar Integral 35
10.3. Plan Familiar 35

XI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP) 36
11.1. Actividades del adulto Mayor (APP143) 37
11.2. Sesión Demostrativa 37
11.3. Sesión Educativa 37

XII. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL ADULTO MAYOR 39
12.1. Teleconsulta. 39
12.2 Teleinterconsulta. 41
12.3 Teleorientación. 41
12.4 Telemonitoreo. 41

XIII. ANEXOS 42
14.1. Anexo N°1: Categorías. 43
14.2. Anexo N°2: Tamizajes positivos en Salud Mental. 44
14.3. Anexo N°3: Otras Visitas Domiciliarias. 45
14.4. Anexo N°4: Codificaciones étnicas. 46
14.5. Anexo N°5: Procedimientos Médicos Sanitarios del Servicio de Telemedicina. 47
14.6. Anexo N°6: Discapacidad- Calificación 48
14.7. Anexo N°7: otras APPs 49

I. GENERALIDADES

1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico /Actividad
99215.03	Valoración clínica del adulto mayor (VACAM)
99249.01	Valoración Geriátrica Integral- VGI
99209.04	Evaluación nutricional antropométrica
E46X	Desnutrición Proteico calórica no especificada (Delgadez)
E660	Obesidad debida a exceso de calorías (sobrepeso)
E669	Obesidad, no especificada
99210.02	Evaluación sociofamiliar
99801	**Plan de Cuidado Integral de Salud**
Z019	Examen especial no especificado (Valoración de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles)
Z017	Examen de laboratorio
Z019	Valoración del estado nutricional: Peso, talla e IMC
96150.01	Tamizaje en Salud Mental en Violencia
Z017	Examen de laboratorio
81015	Análisis de orina, solamente microscópico
82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero
82565	Dosaje de Creatinina en sangre
82947	Dosaje de Glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)
84478	Triglicéridos
84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo
85031	Hemograma completo, 3ra. generación (N.º, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)
99199.22	Examen de presión arterial.
Z6361	Persona Adulta Mayor Independiente
Z6362	Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial.

Código	Diagnóstico /Actividad
99386.03	Examen clínico de mama
88141	Citopatología vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico
Z128	Examen de pesquisa especial para tumores en otros sitios (Piel)
84152	Dosaje de antígeno protático especifico (PSA), complejos (medición directa)
99489	Atención Cuidados Paliativos
Código	**Consejerías**
99401	Consejería en medicina preventiva; provisión de intervenciones sanitarias para la reducción de factores de riesgo, proporcionados al usuario de salud, durante aproximadamente 15 minutos (P. EJ. CONSEJERIA INTEGRAL)
99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma
99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
99401.19	Consejería para el autocuidado
99401.22	Consejería en uso del tiempo libre y su participación en círculos de adultos mayores
99402.09	Consejería de prevención de riesgos en salud mental
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable
99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para cáncer
99401.16	Consejería en salud ocular
99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B
Código	**Seguimiento NO presencial a cualquier actividad o enfermedad**
99499.01	Teleconsulta
99499.11	Teleinterconsulta sincrónica
99499.12	Teleinterconsulta asíncrona
99499.08	Teleorientación sincrónica
99499.09	Teleorientación Asíncrona
99499.10	Telemonitoreo

Z6363	Persona Adulta Mayor Dependiente total.
90688	Vacuna contra virus de la influenza, cuadrivalente, virus aislado, cuando se administra a personas de 3 años o más, para uso intramuscular
90670	Vacuna conjugada contra el neumococo, Valente por 13, para uso intramuscular
99173	Prueba de agudeza visual, cuantitativa, bilateral
D0150	Evaluación Oral Completa
D1330	Instrucción de Higiene Oral
D1110	Profilaxis dental
D0140	Consulta estomatológica no especializada
D1208	Aplicación tópica de flúor gel
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
90658	Vacuna contra virus de influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a personas de 3 años de edad o mayores, para uso intramuscular
99173	Prueba de agudeza visual, cuantitativa, bilateral
92556	Umbral de audiometría con reconocimiento del habla

Código	Actividades Preventivas Promocionales
APP143	Actividades del Adulto Mayor
C0009	Sesión Educativa
C0010	Sesión Demostrativa
C0011	Visita Familiar Integral
C0012	Sesión de grupo de ayuda mutua
C2062	Orientación Familiar
99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal
Código	**Actividades en Servicio social**
99210	Atención de servicio social
99210.01	Evaluación Socioeconómica
99210.02	Evaluación sociofamiliar
99210.03	Valoración social

1.2 INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL CURSO DE VIDA ADULTO MAYOR

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

ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

D: (Diagnóstico Definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico Repetido) Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

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

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

II. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

Definición Operacional. - Es el procedimiento de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de determinar las intervenciones del paquete de cuidado integral de salud a brindar y elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, según corresponda y definir las referencias según nivel de atención.[1]

CAREGORIZACIÓN FUNCIONAL	
ADULTO MAYOR INDEPENDIENTE	ADULTO SALUDABLE
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE PARCIAL	ADULTO ENFERMO
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE TOTAL	ADULTO FRÁGIL
	ADULTO GERIATRICO COMPLEJO

[1] NTS N° 20^ -MINSA/DGIESP-2023 NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

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".

2.1 Persona Adulta Mayor Independiente: Es la PAM con capacidad alta y estable para realizar sus Actividades Básicas de la vida Diaria-**ABVD** (bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, control de esfínteres y el arreglo personal), y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria- **AIVD** (cocinar, limpiar, toma adecuada de medicamentos, usar transporte, realizar compras, cumplimiento de citas, y otras labores, como jardinería, cuidado de animales, entre otras).

2.2. Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial: Es la PAM con deterioro de la capacidad funcional, limitación para alguna de las Actividades Básicas de la vida Diaria **(ABVD)** y/o y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria **(AIVD)**.

2.3. Persona Adulta Mayor Dependiente Total: Es la PAM con perdida considerable de capacidad funcional que requiere de ayuda total para realizar las Actividades Básicas de la vida Diaria **(ABVD)** y/o y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria **(AIVD)**.

Ejemplo 1:

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

- En el 1º casillero, motivo de consulta: Bronquitis aguda no especificada (**J209**)
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría**: Adulto mayor Saludable (AS)** (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4° casillero, Consejería Integral **(99401**) y en el LAB el número de consejería integral (1,2,3,….)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____
	3675432	1	HUANCAYO	78	A	M	PC	PESO 58	N	N	1. BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	P	D	R				J209
	HC-458540				M			TALLA 1.45	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F	Pab	Hb	R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____
					A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	2			99401

Ejemplo 2:

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

- En el 1º casillero motivo de consulta: Hipertensión esencial (**I10X**)
- En el 2º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto Mayor Enfermo (E)** (anexo 1)
- En el 3° casillero Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4° casillero Consejería Integral (**99401**) y en el LAB el número de consejería

integral (1,2,3,….)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___	FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____						
	3486459	2	HUANCAYO	73	A	PC	PESO	46	N	N	1. HIPERTENCIÓN ESCENCIAL	P	D	R				I10X
	HC-458397				M		TALLA	1.41	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D	R	E			99215.03
		40			D	Pab	Hb		R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D	R				Z636.1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___	FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____						
					A	PC	PESO		N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	2			99401

Ejemplo 3:

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

- En el 1º casillero, 1er motivo de consulta: Diabetes Mellitus tipo 2 **(E11.9)**
- En el 2º casillero, 2do motivo de consulta: Osteocondropatia, no específica **(M939)**
- En el 3º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB “1” y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto Mayor geriátrico complejo (GC)** (anexo 1)
- En el 4° casillero Persona Adulta Mayor Dependiente total (**Z6363**)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	ISTRITO DE PROCEDENC 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___	FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____						
	5923476	2	Viru	78	A	PC	PESO	70	N	N	1. Diabetes mellitus tipo 2	P	D	R				E11,9
	HC-54680				M		TALLA	1.78	C	C	2. Ostocondropatia, no epoecifica	P	D	R				M939
		40			D	Pab	Hb		R	R	3. Valoración del Adulto mayor	P	D	R	GC			99215.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___	FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____						
					A	PC	PESO		N	N	1. Persona adulta Mayor dependiente total	P	D	R				Z636.3

Los diagnósticos preexistentes en las personas adultas mayores deben ser registrados con tipo de diagnóstico “R” (repetido) para evitar duplicar los casos de morbilidad.

Asimismo, es importante que todo tamizaje pueda ir con una consejería adicional, salvo disponibilidad del usuario y del personal de salud por la demanda en el EESS

III.PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD

Definición Operacional. - Es el resultado de la evaluación inicial de la Persona Adulto Mayor, en el que se especifica la provisión de servicios según categoría. Asimismo, permite determinar el nivel de atención según capacidad resolutiva quien se encarga de brindar los paquetes de cuidados esenciales[2]

Para esta actividad considere lo siguiente:

El Plan de Cuidado Integral de Salud solo se registra en el formulario HIS al elaborar y al finalizar la ejecución del plan de cuidado según corresponda.

3.1 Plan de Cuidado Integral de Salud /Elaborado. - Es el inicio de la entrega de todas las prestaciones al adulto mayor de acuerdo a la norma vigente.

Ejemplo 1:

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

- En el 1º casillero, motivo de consulta: Bronquitis aguda no especificada (**J209)**
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto Mayor Saludable AS** (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4° casillero, Consejería Integral **(99401**) y en el LAB el número de consejería integral (1,2,3,….)
- En el 5° casillero, Plan de Cuidado integral de Salud **(99801)** y si es de inicio colocar en el LAB "1" En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	HUANCAYO	78	A	M PC	PESO	58	N	N	1. BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	P	X	R				J209
	HC-458540				M		TALLA	1.45	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	X	R	1			99215.03
		40			D	F Pab	Hb		R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	X					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
					A	M PC	PESO		N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	2			99401
					M		TALLA		C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL	P	X	R	1			99801

Elaborado

Ejemplo 2:

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

- En el 1º casillero motivo de consulta: Hipertensión esencial **(I10)**
- En el 2º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03)**, si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto mayor enfermo (E)** (anexo 1)
- En el 3° casillero Persona Adulta Mayor Independiente **(Z6361)**
- En el 4° casillero Consejería Integral **(99401**) y en el LAB el número de consejería integral (1,2,3,….)
- En el 5° casillero, Plan de Cuidado integral de Salud (**99801**) y si es de inicio

[2] NTSN°2O^ -MINSA/DGIESP-2023 NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

colocar en el LAB "1"

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
	3486459	2	HUANCAYO	73	A X M	PC	PESO 46	N	N	1. HIPERTENCIÓN ESCENCIAL	P	D X	R				I10X
	HC-458397				M		TALLA 1.45	C X	C X	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D X	R	E			99215.03
		40			D F	Pab	Hb	R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D X	R				Z636.1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
					A M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	D X	R	1			99401
					M		TALLA	C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D X	R	1			99801
					D F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D X	R				

Elaborado

Ejemplo 3:

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

- En el 1º casillero, 1er motivo de consulta: Diabetes Mellitus Tipo 1 (E10.9)
- En el 2º casillero, 2do motivo de consulta: Osteocondropatia, no específica **(M939)**
- En el 3º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto Mayo geriátrico complejo** (**GC)** (anexo 1)
- En el 4° casillero Persona Adulta Mayor Dependiente total (**Z6361**)
- En el 5° casillero, Plan de Cuidado integral de Salud (**99801**) y si es de inicio colocar en el LAB "1".

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
	3486476	2	LINCE	79	A X M	PC	PESO 72	N	N	1. DIABETES MELLITUS TIPO 1	P	D	R X				E109
	HC-458397				M		TALLA 1.55	C X	C X	2. OSTROCONDROPATIA, NO ESPECIFICA	P	D	R X				M939
		58			D F	Pab	Hb	R	R	3. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D X	R	GC			99215.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
					A M	PC	PESO	N	N	1. PERSONA ADULTA MAYOR DEPENDIENTE TOTAL	P	D X	R	1			Z636.1
					M		TALLA	C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D X	R	1			99801
					D F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D X	R				

Elaborado

Se coloca 1 en el LAB de Plan de cuidado Integral cuando se inicia con las actividades consideradas en el Plan de la persona adulta mayor

3.2 Plan de Cuidado Integral de Salud /Ejecutado. - es el termino de todas las prestaciones a la Persona Adulto mayor de acuerdo a la norma vigente.

Ejemplo 1:

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

- En el 1º casillero Evaluación Oral Completa (**D0150**)
- En el 2º casillero Profilaxis Dental (**D1110**), colocar 1 por ser la primera
- En el 3º casillero Instrucción de Higiene Oral (**D1330**), colocar 1 por ser la primera
- En el 4° casillero Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales **(D1310),** colocar 1 por ser la primera
- En el 5° casillero Plan de Cuidado integral de Salud (**99801**) y si se finaliza se colocar en el LAB "TA"

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____			
	3486459	2	VILLA EL SALVADOR	74	A	M	PC	PESO 59	N	N	1. EVALUACIÓN COMPLETA	P	D	R				D0150
	HC-458397				M			TALLA 1.56	C	C	2. PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. HIGIENE ORAL	P	D	R				D1330
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____			
					A	M	PC	PESO	N	N	1. ASESORIA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310
					M			TALLA	C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	TA			99801
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Ejecutado

Ejemplo 2:

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**). sí es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **enfermo (E)** (**anexo 1**)
- En el 2º casillero Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial (**Z6362**)
- En el 3 º casillero Tamizaje en Violencia (**96150.01**)
- En el 4 º casillero Tamizaje para detectar deterioro cognitivo- demencia en personas de 60 años (**961150.07**)
- En el 5 º casillero Consejería Integral (**99401**) y en el LAB el número de consejería integral (1,2, 3,….)
- En el 6 º Casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**) y si se finaliza se colocar en el LAB "TA".

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
	3675432	1	FERREÑAFE	65	A	M PC	PESO	64	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	E			99215.03
	HC-458540				M		TALLA	1.56	C	C	2. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE PARCIAL	P	D	R				Z6362
		48			D	F Pab	Hb		R	R	3. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL EN VIOLENCIA	P	D	R				96150.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
					A	M PC	PESO		N	N	1. TAMIZAJE PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO-DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES	P	D	R				96150.07
					M		TALLA		C	C	2. CONSEJERÍA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
					D	F Pab	Hb		R	R	3. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	TA			99801

Ejecutado

Se coloca TA en el LAB de Plan de Cuidado Integral* de Salud *cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan de Cuidado Integral de la persona adulta mayor

IV. VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (5001505) / PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas mayores de 60 años. Como valoración clínica corresponde:

4.1 Valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida.

4.2. Tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes).

4.3. Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) en caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes, pero si presenta algún otro factor de riesgo se realiza la consejería según la necesidad de la PAM.

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	CLASIFICACIÓN	CIE10
≤ 23,0	DELGADEZ	E46X
≤ 23,0 a<28	NORMAL	Z006
≥28 a<32	SOBREPESO	E6690
≥32	OBESIDAD	E669

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor Washington, DC 2002.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perímetro abdominal, se registrarán los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perímetro abdominal.

Cuando NO se identifican factores de riesgo:

Ejemplo:
En el ítem 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 la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), sí es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **Adulto Saludable** (AS) -anexo 1
- En el 2º casillero registre Valoración Clínica de Factores de Riesgo (**Z019**), en LAB no se registra nada.
- En el 3 º casillero registre Examen de Laboratorio **(Z017**)
- En el 4º casillero registre Examen de la Presión Arterial (**99199.22**), en LAB "1" registre: la presión sistólica y en el LAB "2" la presión diastólica.
- En el 5º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB "1" registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En todos los casilleros marcar "D"

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____			
	3467896	1	LINCE	65	A M D	M F	PC Pab	PESO	70	N	N	1. VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	AS			99215.03
	HC-458397							TALLA	1.67	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	D	R				Z019
		58						Hb		R	R	3. EXAMEN DE LABORATORIO	P	D	R				Z017
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____			
					A M D	M F	PC Pab	PESO		N	N	1. TAMIZAJE DE PRESIÓN ARTERIAL	P	D	R	120	80		96150.07
								TALLA		C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801
								Hb		R	R	3.	P	D	R				

Cuando SI se identifican factores de riesgo:

Ejemplo:
En el ítem 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 la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), sí es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: **E** (anexo 1)
- En el 2º casillero registre Valoración Clínica de Factores de Riesgo (**Z019**).
- En el 3 º casillero registre Examen de Laboratorio (**Z017**)
- En el 4º casillero registre Examen de la Presión Arterial (**99199.22**), en LAB "1" registre: "N" si es normal y "A" si es anormal.
- En el 5º casillero Obesidad debida a exceso de calorías (sobrepeso) **(E660**)
- En el 6º Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB "1" registre:

1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En todos los casilleros marcar "D"

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
	3675432	1	FERREÑAFE	65	A	M	PC	PESO 64	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
	HC-458540				M			TALLA 1.56	C	C	2. VALORACIÓNCLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	D	R				Z019
		48			D	F	Pab	Hb	R	R	3. EXAMEN DE LABORATORIO	P	D					Z017
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
					A	M	PC	PESO	N	N	1. TAMIZAJE DE PRESIÓN ARTERIAL	P	D	R	A			99199.22
					M			TALLA	C	C	2. OBESIDAD DEBIDO A EXCESO DE CALORIAS (sobrepeso)	P	D	R				E660
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801

V. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

Definición Operacional. - Es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental, a través de 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 con la necesidad del usuario.[3]

La presión arterial normal es <120/80 alterada cuando es ≥ 140/90)

Considerar los siguientes códigos para el registro de la actividad:

CÓDIGO	ACTIVIDAD
96150.01	TAMIZAJE EN VIOLENCIA
96150.02	TAMIZAJE EN ALCCOHOL Y DROGAS
96150.03	TAMIZAJE EN TRASTORNOS DEPRESIVOS
96150.04	TAMIZAJE EN PSICOSIS
96150.07	TAMIZAJE PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO- DEMENCIA EN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

5.1. Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO

Ejemplo:

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99387**). En el ítem LAB: el 1º casillero registre 1 por ser el inicio del VACAM
- En el 2º casillero Tamizaje en Trastornos Depresivos (**96150.03**)

[3] Directiva Nº 002-2016-EF/50.01 Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01 Completar nombre

- En el 3 º casillero Consejería en Prevención de Riesgos en Salud Mental (**99402.09**)
  Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:
- En todos los casilleros marcar "D"

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 DE 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: ___/___/____							
	386594	1	SURCO	65	A	M	PC		PESO	70	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D	R	1			99215.03
	HC-458397				M				TALLA	1.56	C	C	2. TAMIZAJE EN TRASTORNOS DEPRESIVOS	P	D	R				96150.03
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. CONSEJERÍA EN PREVENCIÓNDE RIESGO EN SALUD MENTAL	P	D	R				99402.09

En caso de que se realice consejería en prevención de riesgo en salud mental, se adicionará el siguiente código: 99402.09

5.2. Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO:

Ejemplo:

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (**VACAM- 99215.03**), en el ítem Lab casillero1º registre 1 por ser el inicio de la VACAM
  - En el 2º casillero Tamizaje en Trastornos Depresivos (**96150.03**) en el caso que este de positivo se pasa a realizar una Pesquisa de Problemas relacionados a la Salud Mental y/o de acuerdo al tamizaje realizado (anexo 2)
  - En el 3 º casillero Pesquisa de Problemas relacionados a la Salud Mental (**Z133)**

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En todos los casilleros marcar "D"

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 DE 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: ___/___/____							
	3675432	1	AN JUAN DE MIRAFLORE	68	A	M	PC		PESO	55	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
	HC-458540				M				TALLA	1.53	C	C	2. TAMIZAJES EN TRASTORNOS DEPRESIVOS	P	D	R				96150.03
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. PESQUIZA RELACIONADOS A PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	P	D					Z133

En caso sea un tamizaje POSITIVO, se adicionará en el registro los siguientes códigos según corresponda:

DESCRIPCIÓN DE LA PESQUIZA	CODIGO	TAMIZAJE
PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIOLENCIA	R456	TAMIZAJE EN VIOLENCIA
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE TABACO	Z720	TAMIZAJE EN ALCOHOL Y DROGAS (AD)
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE ALCOHOL	Z721	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS	Z722	
PESQUISA RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL	Z133	TAMIZAJE EN TRASTORNOS DEPRESIVOS
PESQUISA RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL	Z133	TAMIZAJE EN PSICOSIS

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

Los procedimientos que a continuación se detallan forman parte del Plan de atención integral del adulto mayor, 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.

6.1. 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 reingresaste al servicio, y a todo paciente que ha estado ausente del tratamiento activo al término de un año a más años.

6.2. 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. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

6.3. 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. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

6.4. 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. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

6.5. Consulta estomatológica no especializada (D0140)

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

6.6. Aplicación tópica de 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. Esta actividad tiene una frecuencia de 02 veces al año.

Para los siguientes procedimientos preventivos:

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

Procedimiento	Frecuencia
Evaluación Oral Completa	01 vez al año, como mínimo
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	02 veces al año
Instrucción de higiene Oral	02 veces al año
Profilaxis dental	02 veces al año
Aplicación tópica de flúor gel	02 veces al año

Ejemplo:

La forma de registro es la siguiente:

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

- En el 1º casillero registre Evaluación Oral Completa **(D0150)**, en el recuadro del Ítem Valor LAB se registrará la sigla "CM" o "DIS" si el paciente presenta alguna comorbilidad o discapacidad, de lo contrario dejar vacío este campo.
- En el 2 º casillero registre Instrucción de higiene oral. (**D1330),** en el campo LAB se registra el numero "1" cuando se realiza la PRIMERA SESIÓN y se registra el numero "2" cuando se realiza la SEGUNDA SESIÓN del procedimiento preventivo.
- En el 3 º casillero registre la Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales, **(D1310),** en el campo LAB se registra el numero "1" cuando se realiza la PRIMERA SESIÓN y se registra el numero "2" cuando se realiza la SEGUNDA SESIÓN del procedimiento preventivo.

En el ítem Tipo de diagnóstico

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

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCI / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
	5923476 / HC-54680	2 / 40	Viru	74	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	59	N	N	1. Evaluación Oral Completa	P	X	R	DIS			D0150
								TALLA	1.65	C	C	2. Instrucción de higiene oral.	P	X	R	1			D1330
								Hb		R	R	3. Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	P	X	R	1			D1310

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

a. Primera sesión de profilaxis dental:

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
	10667845 / HC-2030	2 / 56	TUMBES	62	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	55	N	N	1. PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	1			D1110
								TALLA	1.53		C	2.	P	D	R				
								Hb		R	R	3.	P	D	R				

b. Segunda sesión de profilaxis dental

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
	10667845 / HC-2030	2 / 56	TUMBES	62	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	55	N	N	1. PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	2			D1110
								TALLA	1.53		C	2.	P	D	R				
								Hb		R	R	3.	P	D	R				

Para los siguientes procedimientos recuperativos:

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

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

Ejemplo:

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

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRIC	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								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: ___/___/____							
	386594	1	PIURA	62	A	M	PC	PESO	68	N	N	1. RASPAJE DENTAL	P	D	R	1			D1110
	HC-458540				M			TALLA	1.74	C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	TA			99801
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D					

VII. INMUNIZACIONES EN EL ADULTO MAYOR

7.1. Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo en el marco de la Norma Técnica de salud N° 196-MINSA/DGIESP-2022: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" (Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA) y sus modificatorias establece que:

Los adultos mayores de 60 años a más tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se administra una vez cada año, la dosis es de 0.5 ml, vía intramuscular en el músculo deltoides, cara lateral externa, tercio superior del brazo, al primer contacto con el establecimiento de salud.

Para identificar que la persona vacunada pertenece al grupo de riesgo como Mayores de 60 años, NO SERÁ NECESARIO REGISTRAR NINGÚN CAMPO LAB PARA INDICAR QUE ES DE RIESGO.

Ejemplo:

El registro es el siguiente:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacuna contra virus de influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a personas de 3 años de edad o mayores, para uso intramuscular **(90658)**
- En el ítem LAB dejar en blanco por ser persona mayor de 60 años

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	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: ___/___/____			
	3675432	1	JJESÚS MARÍA	82	A X	M	PC	PESO	55	N	N	1. Vacuna contra virus de influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a personas de 3 años de edad o mayores, para uso intramuscular	P	D X	R				90658
	HC-458540				M			TALLA	1.53	C X	C X	2.	P	D	R				
		58			D	F X	Pab	Hb		R	R	3.	P	D					

7.2. Vacunación contra Neumococo en mayores de 60 años, en el marco de la Norma Técnica de Salud ° 196-MINSA/DGIESP-2022: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" (Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA) y sus modificatorias establece que:

Se debe administrar a los adultos mayores de 60 años a más una dosis, la vacuna contra Neumococo previene las enfermedades invasivas como: neumonía, meningitis, sepsis y las no invasivas como: otitis media aguda y sinusitis, la dosis es de 0.5 ml, vía intramuscular en la parte superior de la cara externa del brazo (región deltoides).

Ejemplo:

El registro es el siguiente:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor **(VACAM-99215.03),** en el ítem LAB casillero1º registre 1 por ser el inicio de la VACAM
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica **(90670)**, en el ítem LAB se deja en BLANCO (por ser dosis única para la edad).
- En el 6º Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB "1" registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	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: ___/___/____						
	386594	1	HUANCAYO	66	A X	M	PC	PESO	60	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D X	R	1			99215.03
	HC-458540				M			TALLA	1.55	C X	C X	2. VACUNACIÓN NEUMOCOCICA	P	D X	R				90670
		58			D	F X	Pab	Hb		R	R	3. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D X		1			99801

VIII. TAMIZAJES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN EL ADULTO MAYOR

8.1. TAMIZAJE 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.

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

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante el Examen Clínico de Mama, con una frecuencia anual (cada año) siempre y cuando el resultado sea normal. La modalidad de entrega del producto será en los EESS nivel I y nivel II-1. La atención y entrega de resultado del tamizaje con ECM se brinda en el mismo momento, por lo que el registro debe ser según su resultado de la siguiente manera:

Cuando el resultado de ECM es negativo

Ejemplo:
Se registra de la siguiente manera:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1° casillero registre: "Examen Clínico de Mama" **(99386.03),** en el ítem LAB se registrará "N" cuando el resultado es **NEGATIVO** y "A" cuando el resultado es **POSITIVO.**
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría**: Adulto mayor Saludable (AS)** (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB "1" registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	FERREÑAFE	78	A	M PC	PESO	68	N	N	1. EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	D	R	N			99386.03
	HC-458540				M		TALLA	1.65	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F Pab	Hb		R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
					A	M PC	PESO		N	N	1. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801

Cuando el resultado de ECM es Positivo

Ejemplo:
Se registra de la siguiente manera:
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1° casillero registre: "Examen Clínico de Mama" **(99386.03),** en el ítem Lab se registrará "N" cuando el resultado es **NEGATIVO** y "A" cuando el resultado es **POSITIVO.**
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría (anexo 1)
- En el 3º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB "1" registre: 1

si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

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 DE 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: ___/___/____						
	3675432	1	FERREÑAFE	78	A	M	PC		PESO	68	N	N	1. EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	D	R	N			99386.03
	HC-458540				M				TALLA	1.65	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F	Pab		Hb		R	R	3. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D		TA			99801

8.2. Tamizaje en Cáncer de Mama con Mamografía Bilateral de Tamizaje

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años, población objetivo aparentemente sana, para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante la Mamografía (Mamografía Bilateral de Tamizaje), con una frecuencia bianual (cada dos años) siempre y cuando el resultado sea normal (Negativo).

El registro de las actividades para el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante la Mamografía Bilateral en el momento de:

- La Indicación de la Mamografía Bilateral de Tamizaje; y
- La Entrega de Resultado de la Mamografía Bilateral de Tamizaje

Indicación del Tamizaje en Cáncer de Mama con “Mamografía Bilateral de Tamizaje”

Se realizará por el profesional de salud, teniendo en cuenta que el grupo poblacional objetivo (mujeres de 40 a 69años) están incluidas en el tamizaje por ECM y la modalidad de prestación para la Indicación de la Mamografía Bilateral de Tamizaje puede ser en forma presencial (consultorio externo) o mediante solicitud registrada a través de una plataforma informática, se registrará:

Cuando la Indicación de Mamografía Bilateral de Tamizaje es por consultorio externo (presencial) o mediante solicitud registrada a través de una plataforma informática, se registra de la siguiente manera:

Ejemplo:

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

- En el 1° casillero registre: “Mamografía Bilateral de Tamizaje” (**77057)**, en ítem LAB no realizar registro
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM- **99215.03**), si es de inicio colocar en LAB “1” y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría (anexo 1)
- En el 3º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**99801**), en LAB “1” registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

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 DE 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: ___/___/____			
	5865432	1	HUAYCAN		A	M	PC		PESO	68	N	N	1. MAMOGRAFIA BILATERAL DE TAMIZAJE	P	D	R				77057
	HC-458540			78	M				TALLA	1.65	C	D	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F	Pab		Hb		R	R	3. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D		1			99801

8.2 TAMIZAJE EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar procedimientos de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino en forma periódica. Estos procedimientos pueden ser por Citología de Cuello Uterino con Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o Detección Molecular del Virus del Papiloma Humano (DM VPH).

8.1.1 Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología / Papanicolaou (PAP)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante el examen Citológico (Papanicolaou). La modalidad de

entrega del producto es en los EESS nivel I y Nivel II-1. El registro de las atenciones del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino usando la citología (Papanicolaou) es en 2 momentos durante la consulta externa:

a) Toma de muestra para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología (Papanicolaou)

Ejemplo:
Se registra de la siguiente manera:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En 1°casillero registre: “Toma de Papanicolaou” **(88141**), no aplicar ningún registro LAB
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM-**99215.03**), si es de inicio colocar en LAB “1” y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: Adulto mayor Saludable (AS) (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud **(99801)** en LAB “1” registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
	3675432	1	LOS OLIVOS	69	A	M	PC	PESO 59	N	N	1. TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAU	P	D	R				88141
	HC-458540				M			TALLA 1.56	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F	Pab	Hb	R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
					A	M	PC	PESO	N	N	1. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801

b) Entrega de resultado del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Papanicolaou (PAP)

Cuando el resultado de PAP es <u>NEGATIVO</u>

Ejemplo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En 1°casillero registre: "Entrega de Resultados de Papanicolaou". **(88141),** en el ítem LAB registre "N" para resultado de PAP negativo.
- En 2°casillero registre: Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer **(99402.08),** en el ítem LAB registre el número de sesión de consejería según corresponda (1,2, 3….)

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	ISTRITO DE PROCEDENC / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
	3486543	2	LOS OLIVOS	69	A	M	PC	PESO 59	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE PAPANICOLAOU	P	D	R	N			88141
	HC-54680				M			TALLA 1.56	C	C	2. CONSEJERIA PREVENTIVA PARA CÁNCER	P	D	R	1			99402.08
		40			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Cuando el resultado de PAP es <u>POSITIVO</u>

La paciente puede requerir de otras prestaciones especializadas y/o orientaciones en relación con los flujos para continuar su atención y/o manejo, por lo que es recomendable atención presencial.

Se registra de la siguiente manera:

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

- En 1°casillero registre: "Entrega de Resultados de Papanicolaou" **(88141),** En el ítem LAB registre "A" para resultado de PAP positivo.
- En 2°casillero registre el resultado consignando en el informe citopatología - Bethesda: lesiones intraepiteliales del cérvix (LIE)-Alto Grado **(N872).**

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En 1°casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En 2°casillero registre marque “P” de diagnóstico presuntivo.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPER	FINANC. 10 / ETNIA	TRITO DE PROCEDEN 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALIC	EVALUACION ANTROPOME		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
	3486543	2	LOS OLIVOS	69	A	M	PC	PESO	59	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE PAPANICOLAOU	P	D	R	A			88141
	HC-54680				M			TALLA	1.56	C	C	2. LIE ALTO GRADO	P	D	R	1			N872
		40			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				

8.3 TAMIZAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA

8.3.1 Varón Tamizado en Cáncer de Próstata

Definición Operacional: 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.

a) <u>Indicación del Examen de Antígeno Prostático</u>

Ejemplo

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En 1°casillero registre: “Indicación de Dosaje de Antígeno Prostático” **(84152).**
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (**VACAM**-**99215.03**), si es de inicio colocar en LAB “1” y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: Adulto mayor Saludable (AS) (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente (**Z6361**)
- En el 4º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud (**C8002**), en LAB “1” registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En 1°casillero marque “D” de diagnóstico definitivo

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	LOS OLIVOS	72	A	M	PC	PESO	78	N	N	1. INDICACIÓN DE DOSAJE ANTIGENO PROSTATICO	P	D	R				84152
	HC-458540				M			TALLA	1.72	C	C	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	F	Pab	Hb		R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
					A	M	PC	PESO		N	N	1. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801

a) Entrega de Resultado del Examen de Antígeno Prostático

Cuando el resultado de PSA es negativo (N) se puede realizar por Consultorio externo en forma presencial o Telemedicina mediante el uso Tecnologías de la Información y la Comunicación en

Salud (TICS) y se debe brindar la "Consejería en Prevención de Cáncer".

Cuando el resultado de PSA es positivo (A) citar al paciente para la entrega de resultados en forma presencial y derivar para atención especializada.

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) es <u>NEGATIVO</u>

La entrega de resultado puede darse por: Consultorio Externo (Presencial)

Ejemplo:

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero registre: "Entrega de Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA)" **(84152**), en el ítem LAB registre "N" para resultado de PSA es negativo.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	LOS OLIVOS	72	A / M / D	M / F / PC / Pab	PESO	78	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE DOSAJE ANTIGENO PROSTATICO	P	D	R	N			84152
	HC-458540	40					TALLA	1.72	C	C	2.	P	D	R				
							Hb		R	R	3.	P	D					

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) es <u>POSITIVO</u>

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo se registra de la siguiente manera:

Ejemplo

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

- En el 1º casillero registre: "Entrega de Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA)" **(84152),** en el ítem LAB registre **"A**" para resultado de PSA positivo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

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

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	LOS OLIVOS	72	A / M / D	M / F / PC / Pab	PESO	78	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE DOSAJE ANTIGENO PROSTATICO	P	D	R	A			84152
	HC-458540	40					TALLA	1.72	C	C	2.	P	D	R				
							Hb		R	R	3.	P	D					

8.3 TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL

8.3.1Persona 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.

<u>Examen Clínico de Piel</u>

Se registrará de la siguiente manera

Ejemplo

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

- En el 1º casillero registre: "Examen Clínico de Piel." **(Z128**), en el ítem LAB registre "N" cuando el examen es negativo o **"A**" cuando el resultado es positivo.
- En el 2º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (**VACAM- 99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría: Adulto mayor Saludable (AS) (anexo 1)
- En el 3° casillero, Persona Adulta Mayor Independiente **(Z6361)**
- En el 4º casillero Plan de Cuidado Integral de Salud **(99801),** en LAB "1" registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
	3675432	1	JESUS MARIA	72	A	M PC	PESO	68	N	N	1. EXAMEN CLINICO DE LA PIEL	P	D	R	N			Z128
	HC-458540				M		TALLA	1.61	C	E	2. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03
		40			D	E Pab	Hb		R	R	3. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	D					Z6361
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____			
					A	M PC	PESO		N	N	1. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801

IX. TAMIZAJES Y EVALUACIÓN EN SALUD OCULAR EN EL ADULTO MAYOR

9.1 EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE GLAUCOMA

Definición Operacional. - Atención realizada por médico capacitado o tecnólogo médico en optometría con el objetivo de identificar y evaluar a la persona con dos o más factores de riesgo para glaucoma y establecer el diagnóstico presuntivo para su posterior referencia, esta actividad se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel (I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada.

Ejemplo

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de sospecha se glaucoma**(H40-0),** en el ítem LAB anote **RF** para indicar la referencia indicada
- En el 2º casillero el diagnóstico de consejería en salud ocular **(99401.16),** en el ítem LAB anote el número de la consejería (1,2,3…)
- En el 3º casillero la determinación de la presión intraocular **(92100)** en el ítem LAB anote el resultado de la evaluación del OD y/o OI según corresponda:
  - ✓ N= Normal 10 – 21 mmHg
  - ✓ A= Anormal > 21 mmHg

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se coloca "P" cuando se trate de un diagnóstico presuntivo por descartar, "D" si el diagnóstico es confirmado por primera vez y "R" en los controles.
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CODIGO 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: ___/___/____							
13	56411256	2	FERREÑAFE	61	X	M	PC		PESO	78	N	N	1. SOSPECHA DE GLAUCOMA	P	D	R	RF			H40-0
	349550				M				TALLA	175	C	C	2. CONSEJERÍA EN SALUD OCULAR	P	D	R				99401-16
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	3. DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR	P	D	R	N			92100

9.2 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.

a. Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención
Ejemplo:

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

- En el 1º casillero, la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM-**99215.03**), si es de inicio colocar en LAB "1" y si se culmina el VACAM se coloca el tipo de categoría.
- En el 2º casillero, Plan de Cuidado Integral de Salud **(99801),** en LAB "1" registre: 1 si es de inicio o TA si se finaliza el plan.
- En el 3º casillero, Determinación de la Agudeza Visual **(99173),** en el ítem LAB anote el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda.
- En el 4º casillero, el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda, de acuerdo al siguiente cuadro:

• Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**	• Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
• Agudeza Visual 20/25 registrar**: 25**	• Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
• Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**	• Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
• Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**	• Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
• Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**	• Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO 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										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____	
	3675432	1	HUANCAYO	65	A M D	PC Pab	PESO 68	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P D R		99215.03
	HC-458540				M		TALLA 1.61	C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P D R	1	99801
		58			F		Hb	R	R	3. DETERMINACIÓN DE AGUDEZA VISUAL	P D	70	99173
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____	
					A M	PC	PESO	N	N	1.	P D R	200	

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

Ejemplo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO 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										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____	
	3486459	2	HUANCAYO	65	A M D	PC Pab	PESO 60	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P D R	1	99215.03
	HC-458397				M		TALLA 1.55	C	C	2. DETERMINACIÓN DE AGUDEZA VISUAL	P D R	70	99173
		58			F		Hb	R	R	3.	P D R	200	

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 **(Z010),** en el ítem LAB se registra el resultado si es NORMAL la sigla (N) y si es ANORMAL (A)
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual **(Z019)** en el ítem LAB se registra se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO y en el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas antes mencionadas.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO 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										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____	
	3486459	2	SAN PEDRO DE LLOC	73	A M D	PC Pab	PESO 60	N	N	1. EXAMEN DE OJO Y DE LA VISIÓN	P D R	A	Z010
	HC-458397				M		TALLA 1.55	C	C	2. DETERMINACIÓN DE AGUDEZA VISUAL	P D R	70	99173
		40			F		Hb	R	R	3.	P D R	200	

X. ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN EL DOMICILIO

Definición Operacional. - Es el servicio que cumple el equipo multidisciplinario de salud a las PAM, con la finalidad de brindar atención domiciliaria a las personas impedidas de desplazarse, monitoreo del cumplimiento de indicaciones y evaluar el entorno familiar.

10.1. Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal

Ejemplo

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

- En el 1º casillero, el diagnóstico motivo de la visita: Diabetes Mellitus asociada a desnutrición **(E129**), LAB 1 registre las siglas que corresponda según condición establecida (**DIS, LEV, MOD, SEV**). Anexo 6
- En el 2º casillero, visita domiciliaria para la ayuda con las actividades de la vida diaria y del cuidado personal (**99509**), en el ítem LAB 1 registre el número de visita 1, 2… según corresponda
- En el 3º casillero, Valoración Clínica del adulto mayor **(99215.03)** LAB 1 registre el número 1 por ser inicio del VACAM
- En el 4º casillero, persona adulta mayor dependiente parcial **(Z6362)**
- En el 5º casillero, Plan de Cuidado Integral de Salud **(99801)** LAB 1 registre el número 1 por ser el inicio del Plan

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero, (del diagnóstico) marque "R" siempre por ser un diagnóstico preexistente
- En el 2º casillero, siempre "D" por ser una actividad definitiva

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____							
	3675432	2	VIRU	74	A	M	PC	PESO	59	N	N	1. DIABETES MELLITUS ASOCIADA A DESNUTRICIÓN	P	D	R	DIS	MOD		E129
	HC-458540				M			TALLA	1.61	C	E	2. VISITA DOMICILIARIA PARA LA AYUDA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	P	D	R	1			99509
		40			D	F	Pab	Hb		R	R	3. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D		1			99215.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/___/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/_____							
					A	M	PC	PESO		N	N	1. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE PARCIAL	P	D	R				Z636.2
					M			TALLA		C	C	2. PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	P	D	R	1			99801
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				

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 educativas y demostrativas se registra DIS y N° de participante.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta que el usuario adulto mayor puede tener visita tanto por paquete de salud mental, por rehabilitación basada en la comunidad – RBC)

10.2. Visita Familiar Integral (C0011)

Definición Operacional. - Actividad que implica el desplazamiento del personal de salud capacitado dirigida a la familia en su domicilio, con el fin de recoger información a través de instrumentos como la ficha familiar, entre otros, que permitan identificar las necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, del entorno y vivienda, elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia para el desarrollo adecuado de las actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la familia, el seguimiento y monitoreo de las mismas en el marco de una relación asistencial continua e integral. El tiempo promedio requerido es de 45 minutos por visita, el cual puede variar de acuerdo a las actividades programadas para intervenir a la familia. Se programarán las visitas familiares integrales con la finalidad de completar el Plan de Atención Integral a la familia.
En esta actividad se elabora el:

PLAN FAMILIAR

Definición Operacional. - Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

10.3. Elaboración del Plan Familiar

Ejemplo

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

- En el 1º casillero el motivo de visita: Diabetes Mellitus tipo 1 **(E10.9)**
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral(**C0011),** en el Ítem LAB registre el número de la visita (1, 2...) según corresponda.

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	ISTRITO DE PROCEDENC 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1ª	2ª	3ª	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
	5923476	2	FERREÑAFE	79	A / M	PC	PESO	78	N	N	1. Diabetes Mellitus Tipo 1	P	D	R				E10.9
	HC-54680				M		TALLA	1.76	X	X	2. Visita familiar	P	X	R	1			C0011
		58			D / F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				

Cuando se realiza el seguimiento de las visitas familiares, en el ítem LAB se coloca en número de visita dependiendo (1,2,3....).

XI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

11.1. Actividades con adultos Mayores (APP143)

Definición Operacional.- Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, teniendo como base el autocuidado y cuidado mutuo, uso del tiempo libre, mantenimiento de la persona autovalente, evitar la discapacidad; así como generar estilos de vida saludable y una relación armónica con la familia, comunidad y entorno entre otras actividades, utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas), tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.
En lo que respecta al APP se coloca en lugar del DNI por ser una actividad grupal y se coloca: **APP 143 que se refiere a Actividades Con Adultos Mayores.**

11.2. Sesión Demostrativa (C0010)

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

Registre de la siguiente manera:
En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad. Los ítems: documento de identidad, financiador, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y servicio, NO SE REGISTRAN; trazando una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero, actividad a realizar: Sesión Demostrativa en estilos de vida Saludable **(C3111**), En el ítem: LAB N°1 se registra el número de Personas que participan de la sesión y en el LAB N° 2 si es una actividad realizada en el **CIRCULO DE ADULTOS MAYORES** se coloca el número "**1**"
- En el 2°Casillero, se puede especificar la actividad que se realiza: Sesión demostrativa en Estilos de Vida Saludable y Ambientes Saludables.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- marque siempre "D"

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 DE 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: ___/___/____			
	APP143			A	M	PC	PESO	N	N	1. SESIÓN DEMOSTRATIVA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y AMBIENTES SALUDABLES	P	D	R	15	1		C3111
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
				D			Hb	R	R	3.	P	D					

CIRCULO DE ADULTOS

OTRAS SESIONES DEMOSTRATIVAS A UTILIZAR

En el ítem DNI al ser una actividad para adultos mayores se utiliza el APP 143.

En el ítem LAB N°2 al ser una actividad que se realiza en el Círculo de Adulto Mayor, se coloca el Número "2"

C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
C6111	Sesiones demostrativas en calidad de agua
C6114	Sesiones demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulacion y almacenamiento de alimentos)
C6116	Sesiones demostrativas para la disposicion de excretas
C6118	Sesiones demostrativas en uso de medidas de proteccion personal y familiar en viviendas de áreas de riesgo de trasmision vectorial
C6119	Sesiones demostrativas de tratamiento focal para la proteccion de viviendas frente a vectores

11.3. Sesión Educativa (C0009)

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

Los ítems: documento de identidad, financiador, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y servicio, NO SE REGISTRAN, trazando una línea oblicua sobre ellos.

Ejemplo

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa **(C009),** en el ítem: En el ítem: LAB N°1 se registra el número de Personas que participan de la sesión y en el LAB N° 2 si es una actividad realizada en el **CÍRCULO DE ADULTOS MAYORES** se coloca el número "**1**"

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

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 DE 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: ___/___/____			
13	APP 143		SAN MARTIN	A	M	PC	PESO	N	N	1. SESIÓN EDUCATIVA	P	D	R	15			C009
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R				

OTRAS SESIONES EDUCATIVAS A UTILIZAR

C3101	Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
C3121	Sesiones educativas en derechos de las personas con discapacidad en adaptaciones arquitectonicas y otros
C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la poblacion
C3141	Sesiones educativas para la Participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
C6112	Sesiones educativas en calidad de agua
C6113	Sesiones educativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulacion y almacenamiento de alimentos)
C6115	Sesiones educativas para la disposicion de excretas
C6117	Sesiones educativas en uso de medidas de proteccion personal y familiar en viviendas de áreas de riesgo de trasmision vectorial
C6135	Sesiones educativas relacionadas a publicidad, comercio ilegal, calidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; y uso de psicotropicos, estupefacientes y sustancias sujetas a fiscalización sanitaria

XII. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL ADULTO MAYOR

12.1. TELECONSULTA:

Definición operacional. - Acceso a la experiencia o conocimiento de una tele especialista de ubicación remota para un paciente específico, en una situación particular de atención. No implica necesariamente que el experto remoto examine directamente al paciente. Suele utilizarse en casos de segundo diagnóstico entre personal técnico y un médico, o entre un médico general y un especialista, ya sea "en línea" o "fuera de línea" (metodología de "guardar y reenviar"), lo que significa que el médico prepara historias clínicas "electrónicamente" y las envía al especialista para que las absuelva de la mejor manera.

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

- En el 1er casillero: Se colocará Valoración clínica del adulto mayor (**VACAM-99215.03**), en el casillero LAB si se inicia se colocará el N° 1 si se culmina se colocará la categoría correspondiente.
- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta: Caída no especificada, vivienda (**W190**), en el casillero LAB se colocará el número de caídas en los últimos tres meses
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea **(99499.01)**

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	3486459	2	HUANCAYO	65	A M D	PC	PESO	60	N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D	R	AF			99215.03
	HC-458397	58			M	Pab	TALLA	1.55	C	C	2. CAIDA NO ESPECIFICADA,VIVIENDA	P	D	R	1			W190
					D		Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	P	D	R	1			99499.01

12.2. TELEINTERCONSULTA

Definición operacional. - Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo

con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

a) TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA: Se basa en la interacción en tiempo real o en vivo, en donde el tele consultor y el tele consultante se conectan para brindar la atención. Esta puede realizarse con o sin el paciente.

Ejemplo:

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 geriátrico motivo de consulta: Hipertensión arterial **(I10)**
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación **(E119)**
- En el 3er casillero: Se colocará Tele interconsulta Síncrona **(99499.11)**
- En el 4º casillero, Valoración Clínica del adulto mayor (**99215.03)** LAB 1 registre el número 1 por ser inicio del VACAM

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)

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. 10 / ETNIA	ISTRITO DE PROCEDENC 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1ª	2ª	3ª	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___
	3486543	2	LA VICTORIA	72	A / M	PC	PESO	82	N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	P	D	R				I10
	HC-54680						TALLA	1.76	X	X	2. DIABETES MELLITUS NO INSULODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIONES	P	D	R				E119
		58			D	F Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONICA	P	D	R	1			99499.11
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___
					A	M PC	PESO		N	N	1. VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR	P	D	R	1			99215.03

TELEINTERCONSULTANTE: Personal de la salud que Labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de Telemedicina a uno o más tele consultores de una IPRESS consultora.
TELEINTERCONSULTORA: Profesional de la salud, que Labora en una IPRESS, que brinda servicios de Telemedicina **Teleinterconsulta** a uno o más **Teleinterconsultante**

b) TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA: El tele consultor recibe las solicitudes e información del tele consultante y las responde en tiempo diferido.

Ejemplo:

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 geriátrico

motivo de consulta: Hipertensión arterial **(I10)**

- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación **(E119)**
- En el 3er casillero: Se colocará Tele interconsulta Asíncrona **(99499.12)**

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= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	ISTRITO DE PROCEDENC / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
OMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/____
	3486543	2	LA VICTORIA	72	A	PC	PESO 82	N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	P	D	R				I10
	HC-54680				M		TALLA 1.76	C	C	2. DIABETES MELLITUS NO INSULODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIONES	P	D	R				E119
		58			D	Pab	Hb	R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONICA	P	D	R	2			99499.12

12.3. TELEORIENTACIÓN:

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

a) **TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:** Se basa en la interacción en tiempo real o en vivo, en donde el tele orientador se conecta para brindar la orientación.

Ejemplo

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 motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral (**99401)** y en el LAB 1 el número de consejería integral que corresponda (1,2,3,…)
- En el 3er casillero: Se colocará Tele orientación Síncrona (**99499.08**) y en el LAB 1 el número de Tele orientación.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 2do y 3er casillero: marque D en ambos casos por ser actividades definitivas.

a) TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA: El tele orientador recibe las solicitudes e información del tele consultante y las responde en tiempo diferido.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería: Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiado **(Z724)**
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral, en el LAB 1 se colocará el número de consejería (1, 2,….)
- En el 3er casillero: Se colocará Tele orientación Asíncrona **(99499.09),** en el LAB 1 colocará el número de Tele orientación Asíncrona que corresponda (1,2…)

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 2do y 3er casillero: marque D en ambos casos por ser actividades definitivas

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____
18	25543431	2	CAJAMARCA	72	A / M	PC	PESO	N	N	1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	P	D	R				Z724
	22554				M		TALLA	C	C	2. CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
		58			D	F Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA	P	D	R	1			99499.09

13.4. TELEMONITOREO:

Definición Operacional. - Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

Ejemplo

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

- En el 1er casillero: Se colocará la valoración Clínica del Adulto Mayor (**VACAM- 99215.03**), en el LAB 1 registre la categoría de clasificación de la Persona Adulta Mayor (AS, AF, E, GC). Anexo 1
- En el 2do casillero: Se colocará el problema o síndrome geriátrico motivo de monitoreo, en este ejemplo por ser una caída del adulto mayor en vivienda **(W01.01),** en el LAB 1 se registra el número de caídas (1, 2…)
- En el 3er casillero: Se colocará Tele monitoreo **(99499.10),** en el LAB 1 se registra el número de Tele monitoreo que corresponda (1,2…)

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	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 P	D	R	VALOR DE LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/__	FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____						
	3486459	2	HUACHO	75	A / M	PC	PESO 82	N	N	1. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)	P	D	R	AF			99215.03
	HC-458397				M		TALLA 1.76	C	C	2. CAÍDA DE ADULTO MAYOR EN VIVIENDA	P	D	R	1			W01.01
		58			D	F Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	D	R	1			99499.1

Anexo 1

CATEGORÍAS

PERSONA ADULTA MAYOR SALUDABLE

Es la persona adulta mayor (PAM) que adopta un estilo de vida saludable y tiene la capacidad de mantenerse independiente, activo, participativo y productivo.

PERSONA ADULTA MAYOR ENFERMA

Es aquella PAM que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo[4]

PERSONA ADULTA MAYOR FRÁGIL

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28 El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.[5]

PERSONA ADULTA MAYOR GERIÁTRICO COMPLEJO

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

Cuando se culmine el VACAM, se debe registrar las SIGLAS en el campo LAB de la categoría de acuerdo a lo encontrado

[4] NTS N°043-MINSA/DGSP-V.01
[5] NTS N°043-MINSA/DGSP-V.01

Anexo 2

TAMIZAJE POSITIVO EN SALUD MENTAL

TAMIZAJE	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Tamizaje en violencia	R456	Problemas relacionados con violencia
Tamizaje en alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas relacionados con tabaco
	Z721	Problemas sociales relacionados con el uso de alcohol
	Z722	Problemas sociales relacionados con uso de drogas
Tamizaje en trastornos Depresivos	Z133	Pesquisa relacionados con problemas de salud mental
Tamizaje en Psicosis	Z133	Pesquisa relacionados con problemas de salud mental
Tamizaje en deterioro cognitivo	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

Anexo 3

Otras visitas domiciliarias

99503	Visita domiciliaria para terapia respiratoria ej. Broncodilatador, terapia de oxígeno, Evaluación respiratoria, Evaluación de la apnea)
99504	Visita domiciliaria para cuidado de la ventilación mecánica
99505	Visita domiciliaria para cuidado y mantenimiento de ostomía, incluyendo colostomía y cistostomía
99506	Visita domiciliaria para inyecciones intramusculares
99507	Visita domiciliaria para cuidado y mantenimiento de catéteres (ej urinario, drenaje y enterales)
99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal
99510	Visita domiciliaria para el individuo, la familia o consejo matrimonial
99511	Visita domiciliaria para el manejo de la impactación fecal y la administración de enema
99512	Visita domiciliaria para hemodiálisis
99600	Servicios o procedimientos en visita domiciliaria

Fuente: REUNIS MINSA: https://files.minsa.gob.pe/s/WNAcgjTBrF3ik3i

Anexo 4
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. ISKOBAKEBO	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, MAIJIKI	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

	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
41	RESIGARO	RESIGERO	RESIGARO
42	SECOYA	AIDO PAI	SECOYA
43	SHARANAHUA	ONICOIN, YORA	SHARANAHUA
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: **http://bdpi.cultura.gob.pe/lista-de-pueblos-indigenas**

Anexo 5

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
99499	Telemedicina
99499.01	Tele consulta en Línea
99499.02	Tele ecografía en Línea
99499.03	tele consulta fuera de Línea
99499.04	Tele ecografía +tele consulta en Línea
99499.05	Telerradiografía fuera de Línea
99499.06	Tele tomografía fuera de Línea
99499.07	Tele mamografía fuera de Línea
99499.08	Tele orientación Síncrona
99499.09	Tele orientación Asíncrona
99499.10	Tele monitoreo
99499.11	Tele interconsulta Síncrona
99499.12	Tele interconsulta Asíncrona
93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite), con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado
93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso, supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado

Fuente: Manual de Registro y Codificación HIS de la Atención en Salud del Servicio de Telemedicina

Anexo 6

DISCAPACIDAD- CALIFICACIÓN

DEFINICION:

Discapacidad: 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).

DIS: Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando se atiende a las personas con discapacidad que no cuentan con certificado de discapacidad.

Discapacidad Leve (LEV): Condición en la que la persona con discapacidad realiza sus actividades cotidianas con dificultad, pero sin asistencia. Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carné de CONADIS.

Discapacidad Moderada (MOD): Condición en la que la persona con discapacidad realiza sus actividades cotidianas, requiriendo de ayudas técnicas o productos de apoyo necesarias, o de la asistencia momentánea de otra persona. Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carné de CONADIS.

Discapacidad Severa (SEV): Condición en la que la persona con discapacidad tiene dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello del apoyo o los cuidados de una tercera persona la mayor parte del tiempo o permanente. Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carné de CONADIS.

Persona con Discapacidad: Es aquella persona que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones de los demás.

REGISTRO:

Las personas con discapacidad que cuentan con certificado de discapacidad o carnet de CONADIS, con la calificación de: leve (LEV), moderada (MOD) y severa (SEV), considerar en los CIE 10 de la atención o actividades de salud, registrándose en el valor LAB del diagnóstico las siguientes siglas**: CODIGO LAB CONDICION**

DIS: Discapacidad (Persona con discapacidad**) ***

LEV: LEVE (Discapacidad Leve)

MOD: Moderada (Discapacidad Moderada)

SEV: SEVERA (Discapacidad Severa)

***** Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando se atiende a las personas con discapacidad que no cuentan con certificado de discapacidad verificable.

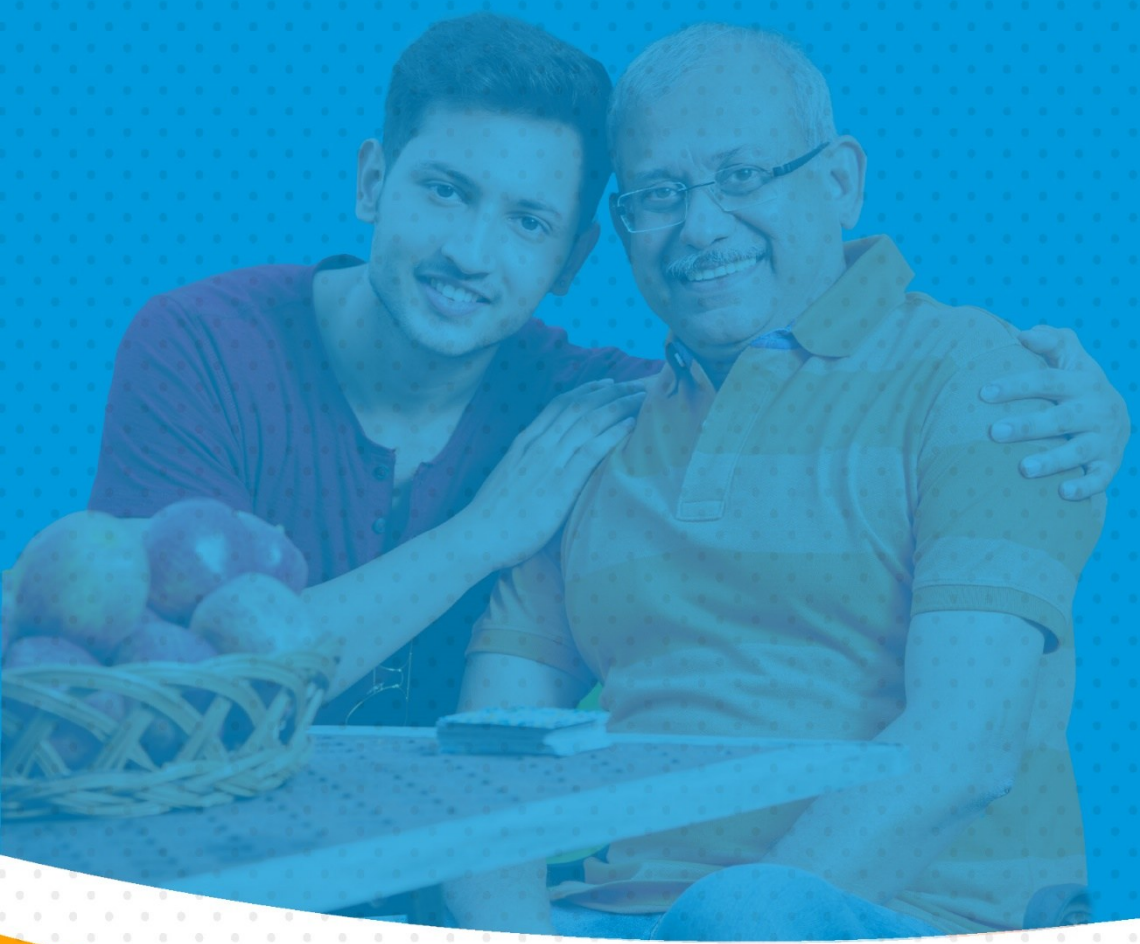
Todas las prestaciones realizadas de manera virtual, se adicionará al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica del usuario.

Fuente: Manual HIS de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad- 2023

Anexo N°7

OTRAS APPs

APP91	ACTIVIDAD CON JUNTA VECINAL
APP96	ACTIVIDAD CON COMITÉ MULTISECTORIAL
APP100	ACTIVIDAD CON PERSONAL DE SALUD
APP104	ACTIVIDAD CON MUNICIPIOS
APP107	ACTIVIDAD EN CENTROS DE EXPENDIOS
APP108	ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD
APP 121	ACTIVIDADES EN MERCADOS.
APP136	FAMILIA Y VIVIENDA
APP138	ACTIVIDAD CON AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD
APP143	ACTIVIDADES DEL ADULTO MAYOR
APP150	ACTIVIDAD CON AUTORIDADES Y LIDERES COMUNALES
APP165	ACTIVIDADES EN CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL



PERÚ | Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801 - Jesus Maria
Lima - Perú
Telef.: (01) 315 6600