

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DIRECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE CONSULTA EXTERNA POR PUEBLOS
INDÍGENAS U ORIGINARIOS



PERÚ

Ministerio
de Salud



BICENTENARIO
PERÚ 2021

Manual de Registro y Codificación según grupo étnico de Actividades de la Dirección de Pueblos Indígenas u originarios. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección de Pueblos Indígenas u originarios -Lima: Ministerio de Salud; 2021

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

“Manual de Registro y Codificación según grupo étnico de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Externa Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios

Equipo de Trabajo:

- Lic. Julio Mendigure Fernández- Director Ejecutivo de la Dirección de Pueblos Indígenas u originarios.
- Ing. Melvin Angel Gago Rodrigo - Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información
- Lic. Nimia Rosa del Pilar Guerrero Vértiz, Equipo Técnico de la Dirección de Pueblos Indígenas u originarios
- Obsta. Judith Mariella Díaz Cabello, Equipo Técnico de la Dirección de Pueblos Indígenas u originarios
- Obsta. Ofelia María De Jesús Alencastre Mamani, Equipo Técnico de la Dirección de Pueblos Indígenas u originarios
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.

Diseño y Diagramación

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.minsa.gob.pe

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, 2022



HERNANDO ISMAEL CEVALLOS FLORES
Ministro de Salud

GUSTAVO MARTÍN ROSELL DE ALMEIDA
Viceministro de Salud Pública

DR. ALEXIS MANUEL HOLGUIN RUIZ
Director General
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Públicas

JULIO MENDIGURE FERNÁNDEZ
Director Ejecutivo
Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios

MELVIN ANGEL GAGO RODRIGO
Director General
Oficina General de Tecnología de La Información

CARLOS MAURO CARDENAS FERNANDEZ
Director Ejecutivo
Oficina de Gestión de la Información

Contenido

1. **Presentación**
2. **Aspectos Generales del Sistema de Información de Consulta Ambulatoria – HISMINSA**
3. **Codificaciones étnicas de acuerdo a la Directiva Administrativa N 240-2017/MINSA/INS**
4. **Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades riesgo en Pueblos Indígenas u originarios y afrodescendientes**
 - 4.1. **Criterio para la identificación de la pertenencia étnica en los servicios de salud**
5. **Actividades más Frecuentes en Pueblos Indígenas u originarios y afrodescendientes**
 - 5.1. **Atención integral de salud**
 - 5.2. **Atención en salud en Población Indígena de Contacto Inicial y Contacto Reciente**
 - 5.3. **Tamizaje en violencia**
 - 5.4. **Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles –3000015 (valoración clínica de factores de riesgo)**
 - 5.5. **Inmunizaciones por curso de vida**
 - 5.6. **Enfermedades metaxénicas**
 - 5.7. **Actividades preventivas promocionales**
6. **Códigos De Diagnósticos COVID -19 a tomar en cuenta para el registro en Pueblos Indígenas u originarios y afrodescendientes**

1. PRESENTACIÓN

La Dirección de Pueblos Indígenas u originarios – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene como objetivo: Contribuir a mejorar la salud de la Población más vulnerables, a través de la atención integral de salud con un enfoque bio-psico-social y énfasis en la promoción de la Salud y prevención de riesgos, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a nivel nacional.

Sus intervenciones están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de las personas, con un enfoque intercultural, mediante la aplicación de las Atenciones Integrales de Salud necesarias, en base a sus necesidades de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; con enfoque de Salud Pública basado en género e interculturalidad.

Consideramos que el registro étnico estadístico sanitario en la Atención Integral de cada una de las etapas de vida, se convierte en un sistema de información necesaria para la toma de decisiones en la solución de los problemas sanitarios en el marco del sistema de coordinación de la Atención Primaria de Salud. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación, el cual se debe realizar según grupo étnico, dado que este es el reconocimiento que una persona hace de un conjunto de características socioeconómicas y culturales, que considera como propias tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes.

Es así que con el propósito de facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad.

2. ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CONSULTA AMBULATORIA - HISMINSA

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

- I. Llevar un control de los servicios prestados a los usuarios.
- II. Obtener estadísticas.
- III. Obtener datos epidemiológicos.
- IV. Elaborar perfiles
- V. Establecer los costos de la atención prestada a cada paciente, etc.

Del Instrumento de recojo de datos

El instrumento de recojo de la información es el “Registro diario de atención y otras actividades de salud”, (**Anexo N° 1**) por intermedio de este se traslada la información generada en la consulta al sistema informático HISMINSA.

Responsabilidad del registro

La responsabilidad del registro de la actividad en el formulario Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud, corresponde al personal de salud que realiza la atención o desarrolla la actividad

Y debe hacerse en el momento que se produce la atención o se realiza la actividad de salud correspondiente

Acopio y Procesamiento de Registros

Los formularios deben ser acopiados y procesados diariamente (digitados), Es de responsabilidad del personal de salud asistencial la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación para su procesamiento y la disponibilidad de la información está en relación a la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación

DEFINICIONES OPERACIONALES

Contacto inicial

Situación en la que un pueblo indígena o sus miembros han iniciado un proceso de interrelación con los demás integrantes de la sociedad mayoritaria, han tenido o tienen una vinculación esporádica, con otras culturas foráneas, sean indígenas o no, y su situación presupone que presentan una alta vulnerabilidad de padecer epidemias por su interacción con agentes externos.

Contacto Reciente

Situación en la que se encuentra un pueblo indígena inmediatamente después de sus primeras interacciones directas o de contactos físicos, sean estos pacíficos o no con miembros de la sociedad mayoritaria (indígenas o no) y se prolonga hasta que estas interacciones adquieran un carácter sostenido. Esta condición se caracteriza por una extrema vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles.

Grupo étnico cultural

Grupo de personas que comparten una cultura, es decir, un conjunto aprendido de forma de pensar, sentir y hacer que se expresan en estilos de vida, creencias particulares, prácticas o maneras de realizar ciertas actividades, en valores y formas de conceptualizar su bienestar. Además, estos grupos tienen una experiencia histórica compartida

Pueblos Indígenas

Son aquellos que se reconocen como tales, mantienen una cultura propia, se encuentran en posesión de un área territorial y forman parte de Estado Peruano de acuerdo a la Constitución Política del Perú. Incluye también a los Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial-PIACI.

Pueblo Indígena en Aislamiento

Situación de un pueblo indígena, o parte de {el, que ocurre cuando este no ha desarrollado relaciones sociales sostenida con los demás miembros de la sociedad nacional, o que, habiéndolo hecho, han optado por discontinuarlas. Constituye un sector de la población indígena que, debido a experiencias traumáticas anteriores, han opado voluntariamente o se han visto forzados a aislarse del resto de la sociedad nacional, aun en condiciones desfavorables.

3. 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	CAPANAHAUA	NUNQUENCALBO, BUSKIPANI	CAPANAHAUA
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. ISKOBABEBO	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

Código de pertinencia étnica	Pueblo Indígena	Otras denominaciones	Lengua
33	MUNICHE	MUNICHI	MUNICHE
34	MURUI MUINANI	HUITOTO	MURUI MUINANI
35	NAHUA	YORA	NAHUA
36	NANTI	MATSIGENKA	NANTI
37	NOMATSIGENGA	NOMACHIGUENGA, ATIRI	NOMATSIGENGA
38	OCAINA	DUCAIYA, DYO'XAIYA	OCAINA
39	OMAGUA	OMAGUA, YETÉ, ARIANA, PARIANA, UMAWA	OMAGUA
40	QUECHUAS	LOS PUEBLOS QUECHUAS NO TIENEN OTRA DENOMINACIÓN, MAS SI UN CONJUNTO DE IDENTIDADES, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN, CHOPCCAS, HUANCAS, CHANKAS, HUAYLAS, QÉROS, CAÑARIS, KANA	QUECHUAS
42	RESIGARO	RESIGERO	RESIGARO
43	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, AUSHIRA, ABIJRA, ABISHIRA	AUSHIRA (LENGUA EXTINTA)
51	WAMPIS	HUAMBIZA, SHUAR- HUAMPIS	WAMPIS
52	YAGUA	YIHAMWO, NIHAMWO	YAGUA
53	YAMINAHUA	YAMIMAHUA, JJAMIMAWA, YORA	YAMINAHUA
54	YANESHA	AMUESHA, AMAGE, AMUEXIA	YANESHA
55	YINE	PIRO, PIRA, SIMIRINCHE, CHOTAQUIRO	YINE
56	AFROPERUANO	ZAMBO, MULATO, NEGRO, MORENO	ESPAÑOL
57	BLANCO	BLANCO	ESPAÑOL
58	MESTIZO	MESTIZO, CHOLO	ESPAÑOL
59	ASIATICO DESCENDIENTE	CHINO, PONJA	JAPONES, COREANO, CHINO, ESPAÑOL
60	OTRO	GITANO, ROM, CALE	ESPAÑOL, CALE

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

4. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RIESGO EN PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS Y AFRODESCENDIENTES

El registro de los datos generales, historia clínica, DNI, financiador, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades, pero sobre todo revisará en detalle la **codificación étnica que se tiene que registrar en los servicios de salud**.

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

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

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

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

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente

registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres

(03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

4.1. Criterio para la identificación de la pertenencia étnica en los servicios de salud

El Registro de la pertenencia étnica debe aplicarse a las personas de todas las edades, hombres y mujeres de los ámbitos urbanos y rurales, que acceden a un establecimiento de salud.

Se registra bajo el criterio de la **auto identificación**.

El mismo paciente/usuario/cliente es quien determina su identificación étnica, salvo en el caso de los menores de edad.

Procedimiento de la auto identificación.

4.1.1.El registro se inicia con la pregunta:

¿Por sus costumbres y por sus antepasados, ¿usted se siente o se considera....?

- a) No debe suponer la respuesta y menos inducirla.
- b) No debe identificar por apariencia física, ropa o idioma.
- c) En caso de menores o con impedimentos se considerará el dato del responsable.
- d) De ser necesario formular en la lengua materna
- e) Se debe respetar su respuesta

Es importante el registro de la variable de pertenencia étnica en el HIS, esto permitirá la visibilización sistemática de los pueblos y de sus problemas más patentes, con lo cual se generará políticas afirmativas en los procesos de gestión pública y nacional.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22										
											D.N.I.			FINANC.				DISTRITO DE PROCEDENCIA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											HISTORIA CLINICA			10				12			P			D			
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			1º			2º			3º												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
15	12345678	2	NAUTA	15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Evaluación Integral del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99384									
	TALLA				C			C	2.	P	D	R															
	Hb				R			R	3.	P	D	R															

5. ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

5.1. Atención integral de salud

Comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada a la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación de la salud de la población por curso de vida, en el contexto de su vida en familia, en la institución educativa y en la comunidad; brindándole las prestaciones de salud establecidas en el plan individualizado de atención integral de salud.

AL INICIAR TODA ATENCIÓN:

Colocar como primer diagnóstico: Evaluación Integral (niño, adolescente, adulto, adulto mayor), tipo de diagnóstico (definitivo: D), en el 1er Lab 1, 2, 3,...5; según corresponda el número de atención o sesión brindada y en la columna de código consignar el Código 99384.

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

- Plan de Atención Integral de Salud **[SOLO si se elabora o ejecuta el plan]**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero correspondiente **SIEMPRE “D”**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero correspondiente **“1”** que indica la **elaboración del Plan Integral** (durante la 1era consulta del neonato, niña / niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor).
- En el casillero correspondiente **“TA”** que indica la **ejecución del Plan Integral** (cuando el neonato, niña/ niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor ha recibido todas prestaciones según edad y normatividad vigente).

Inicio del Plan de Atención (elaborado)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5					6		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21			22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA	P	D	R	1º	2º	3º													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___														
15	12345678	2	LA MERCED	1	M	PC	40	PESO	7	N	N	1. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			P	D	R	1			C8002					
	TALL							A	66																	
	Hb																									

Término del Plan de Atención (ejecutado)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
											DNI																
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT														
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO																		
	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: ___/___/___																											
15	12345678	2	LA MERCED	1	M	PC	40	PESO	7	N	N	1. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA				C8002					
	TALLA							A	66																		
	Hb																										

5.2. Atención en salud en Población Indígena de Contacto Inicial y Contacto Reciente

Es la atención en salud brindada a población indígena de Contacto Inicial y Contacto Reciente, teniendo en consideración las definiciones señaladas en el capítulo de definiciones operacionales.

Se tomará en cuenta lo siguiente:

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero:
 - para la Población Indígena en Contacto Inicial se debe registrar - CI: 1

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
											DNI															
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22													
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT													
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO																	
	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: ___/___/___																										
15	S/DNI	2	YOMIBATO	45	M	PC		PESO		N	N	1. CEFALEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				R51				
	9876																									
								32	CACAOTAL	F	Pab															

- para la Población Indígena en Contacto Reciente se debe registrar - CR: 2

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
											DNI															
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22													
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT													
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO																	
	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: ___/___/___																										
15	S/DNI	2	YOMIBATO	45	M	PC		PESO		N	N	1. RESFRIO COMÚN			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2				J00				
	8520																									
								36	CACAOTAL	F	Pab															

5.3. Tamizaje en violencia

Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC-	VICIO												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
15	12345678	2	SATIOPO	35	M	PC	PESO	N	N	1. TAMIZAJE EN VIOLENCIA			P	D	R				96150.01		
	TALL						A	C	X	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental			P	D	R				99402.09		
	Hb							R	R	3.			P	D	R						

Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con violencia
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC-	VICIO												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
15	12345678	2	SATIOPO	35	M	PC	PESO	N	N	1. TAMIZAJE EN VIOLENCIA			P	D	R				96150.01		
	TALL						A	C	X	2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIOLENCIA			P	D	R				R456		
	Hb							R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental			P	D	R				99402.09		

Para identificar si la actividad se ha desarrollado con una gestante se colocará “G” en el 1º lab de la primera actividad.

- Todo caso positivo debe aplicarse la “Ficha de Valoración de riesgos en víctimas de violencia” y de obtener un resultado “moderado o severo” se hará las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer de la jurisdicción y el servicio de salud mental.

5.3 Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles –3000015 (Valoración Clínica de Factores de Riesgo)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión arterial, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.

La valoración clínica incluye: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración de estilos de vida y medición de presión arterial. Se emplea 25 minutos.

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia en plasma venoso y perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL calculado y triglicéridos), según corresponda **al grupo de edad**.

El tamizaje de laboratorio se realiza en mayores de 40 años, sin embargo, las personas menores de 40 años, en caso se identifique algún factor de riesgo según GPC.

- **Por ejemplo, en el caso de personas de 05 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo (5001504)**

En la toma del índice de masa corporal (IMC) y estilos de vida, se emplea 20 minutos, en niños de 5 a 11 años.

Se tiene la siguiente clasificación:

IMC PARA LA EDAD

CIE10	PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN
E669	97 PERCENTIL	OBESIDAD
E6690	≥85 PERCENTIL	SOBREPESO
	≥PERCENTIL 3 ≤ 85 PERCENTIL	NORMAL

Fuente: RM 1120-2017/MINSA. GT para la identificación, tamizaje y manejo de factores de riesgo cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2

Quando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos la peso(kg) y talla(m)

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

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero Consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico

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

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no transmisibles

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
											DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
15	453209	2	ANCASH	9	M	PC	PESO	30	N	N	1. Valoración Clínica en Factores de Riesgo	P	D	R	DNT		2019					
	TALL A						1.38	C	C	2. Consejería en Estilos de Vida	P	D	R				99401.13					
	Hb							R	R	3.	P	D	R									

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos la peso(kg) y talla(m)

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

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero sobrepeso.
- En el 3º casillero examen de laboratorio
- En el 4º casillero la consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros corresponden “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

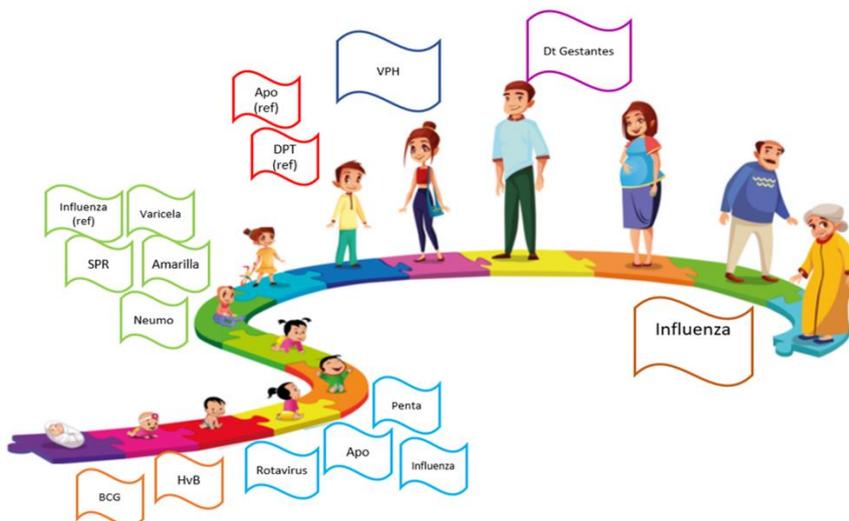
- En el 1º casillero “DNT” de daños no trasmisible

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
											DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
15	453209	2	ANCASH	9	M	PC	PESO	30	N	N	1. Valoración Clínica en Factores de Riesgo	P	D	R	DNT		2019					
	TALL A						1.38	C	C	2. Consejería en Estilos de Vida	P	D	R				E6690					
	Hb							R	R	3. Examen de laboratorio	P	D	R					2017				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
					A	PC	PESO		N	N	4. Consejería estilos de Vida Saludable	P	D	R			99401.13					
					M	PC	TALLA		C	C	5	P	D	R								
					D	Pab	Hb		R	R	6	P	D	R								

Quando se identifican factores de riesgo, en el ejemplo se muestra la identificación de sobrepeso, por lo cual corresponde indicar examen de laboratorio según criterio médico.

5.4. INMUNIZACIONES POR CURSO DE VIDA

Según esquema vigente por curso de vida



Influenza Estacional de 03 años a más

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

En el ítem Lab se deja en BLANCO por ser dosis única para la edad

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
		HISTORIA CLINICA		10		12														P D R			1º 2º 3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
20		232523		2		Rimac		3		M		PC		PESO		N		N		1. Vacunación contra la influenza estacional			P			X			R			90658
		85202927								M				TALL		X		X		2.			P			D			R			
				45						D		Pab		Hb		R		R		3.			P			D			R			

5.5. ENFERMEDADES METAXÉNICAS

CASO PROBABLE DE DENGUE

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"
- En el 3º casillero el número de tratamiento de ser el caso (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
																						DNI						
DIA	7	8	9	11		13	14	15	16		17	18	19			20			21			22						
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA		10	12											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: ___/___/___																												
	12345678		2	NAUTA		25	A	M	PC	PESO		N	X	1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			X	D	R						A970			
	9876						M			TALL A		X	C	2. TOMA DE MUESTRA DIAGNOSTICO			P	D	R						U2142			
			25				D	F	Pab	Hb		R	R	3. ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO			P	D	R			1			U310			

El registro de Administración de Tratamiento en los Casos Probables de Dengue está sujeta a evaluación clínica del personal de salud que atiende el caso.

5.6. Actividades preventivas promocionales

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES RECIBEN SESIONES

DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (3325104)

Definición. -Es una actividad educativa de "aprender haciendo", en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes y con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, con prioridad en niños de 6 a 8 meses y gestantes, en el cual realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante. Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un local

comunal, centros de promoción y vigilancia comunal u otros espacios que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin. En familias con niñas y niños menores de 36 meses:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
 - **ALI:** Preparación de alimentos

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																													
												DNI																													
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22												
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT												
		HISTORIA CLINICA		10		12																	P D R 1º 2º 3º																		
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																								(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
20		12482				Rimac		6		M		PC		PESO		N		N		1. sesión demostrativa			P			R			ALI			C0010									
										D		Pab		TALLA		X		X		2.			P			D			R												
														Hb		R		R		3.			P			D			R												

Temas a enfatizar, según grupo de edad:

- Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI
- Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
- Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME
- Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.

6. CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS COVID -19 A TOMAR EN CUENTA PARA EL REGISTRO

87635	Prueba Molecular PCR
87635.01	Prueba Rápida Serológica R05X
R06.0	Falta de aire / Disnea
R07.0	Dolor de garganta
R50.9	Fiebre, no especificada
Z20.8	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles
Z03.8	Observación de otras enfermedades y afecciones sospechosas.
U07.1	COVID-19, virus identificado U07.2
U07.2	COVID-19, virus no identificado

Anexo 1

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

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

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

TURNO		
M	T	N

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
1	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
2	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
3	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
4	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
5	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
6	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
7	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
8	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
9	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
10	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
11	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		
12	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		
	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			ITEM 12	ITEM 16	ITEM S 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	FECHA DE ULTIMA REGLA
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	Registrar el nombre del Centro Poblado	PESO =kg TALLA = Cm Hb = Valor	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA) C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO	Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografia
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO				
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL					

(*) Opcional



Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima -Perú

www.gob.pe/minsa

Telf.: (01) 315-6600

