



PERÚ

Ministerio
de Salud

MANUAL DE USUARIO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DE
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
E - QHALI

MÓDULO DE CRED (Crecimiento y Desarrollo)

CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Versión	Descripción	Autor
24/04/2019	1.0	Se agregó en el desarrollo nutricional y desarrollo: - El desarrollo psicomotor - TEPSI Se agregó los siguientes reportes: - Reporte de seguimiento integral - Reporte de tamizaje de anemia	Judith Estela

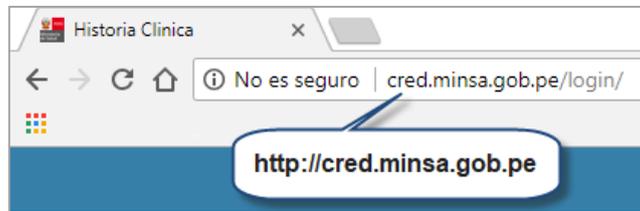
Índice

ROL: LIC. DE ENFERMERIA	4
ATENCIÓN CRED	14
ATENCIÓN NO CRED	26
PRESTACIÓN DE SALUD	28
VACUNAS	29
REPORTES	30

ROL: LIC. DE ENFERMERIA

Acceso al Módulo de CRED

- a. Usar el navegador **GOOGLE CHROME O FIREFOX**
- b. Escribir la URL de la siguiente forma:



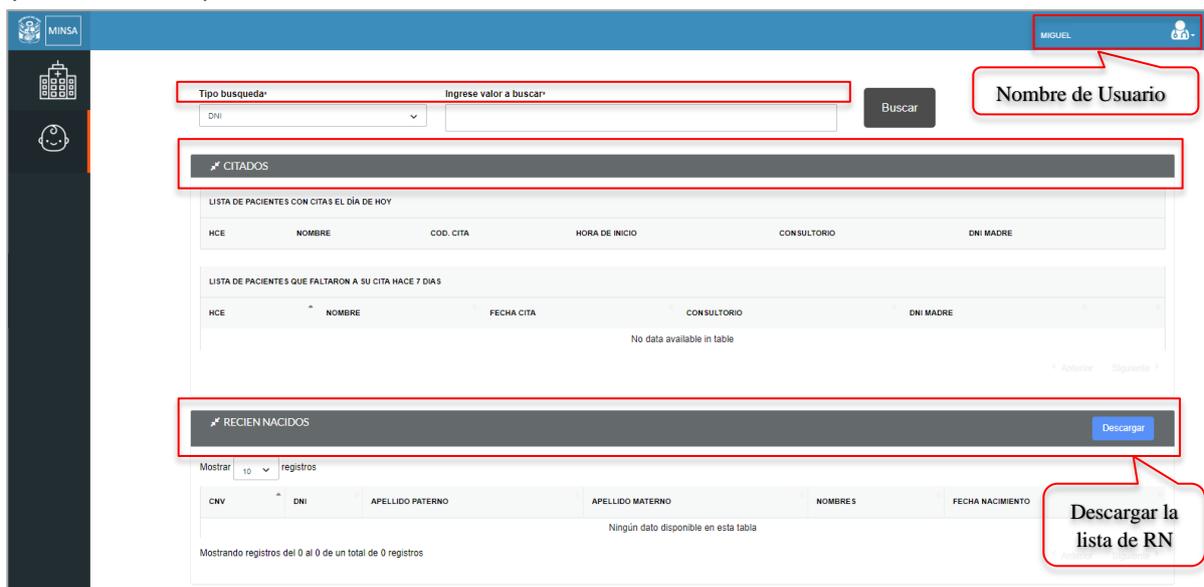
- c. Escribir el **usuario y contraseña** (en este caso es el DNI del usuario es generado por el sistema).

NOTA: Por medidas de seguridad, se recomienda cambiar la contraseña, una vez ingresado al sistema. Tener en cuenta que el usuario y contraseña es **PERSONAL e INTRANSFERIBLE**.



Vista principal del módulo

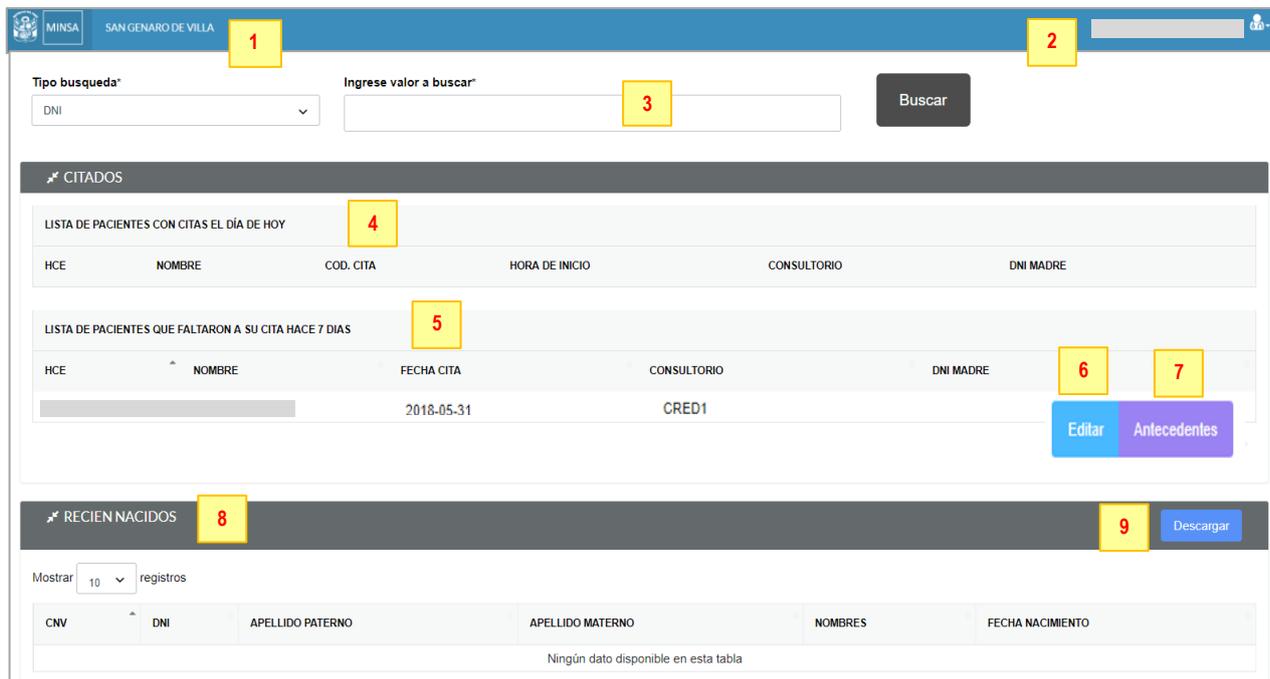
El módulo mostrará la página de inicio con la opción de búsqueda de paciente, así como el listado de citados y pacientes recién nacidos. Finalmente, para ingresar al registro CRED debemos ingresar el DNI del niño y dar clic en la opción de **BUSCAR**:



Descripción de la Página de Inicio

Es importante mencionar que la atención de este módulo se debe registrar primero en el módulo de **Ventanilla Única**, para que todos los niños citados aparezcan en forma automática y ordenada según la hora programada.

1. **Nombre del establecimiento de salud**
2. **Nombre del personal de enfermería que este iniciando sesión.**
3. **Barra de Búsqueda:** Se realizar por DNI, nombre y apellidos, CNV, carnet de extranjería o por DNI de la madre (en caso de recién nacidos). En caso de verificar la atención CRED previamente.
4. **Listado de niños citados en el día:** Cada día aparecen el listado de niños programados para la atención CRED.
5. **Listado de niños que faltaron a cita programada hace 7 días:** En esta lista aparecen los niños que no recibieron la atención CRED en el día que fue programado. Cuando se realiza la atención CRED, el nombre del niño no aparece en esta lista.
6. **Botón para editar** los datos del niño.
7. **Botón de antecedentes** del niño.
8. **Listado de recién nacidos:** Son los recién nacidos que están registrados en el aplicativo del CNV (certificado nacido vivo).
9. **Botón para descargar** en Excel la lista de recién nacidos.

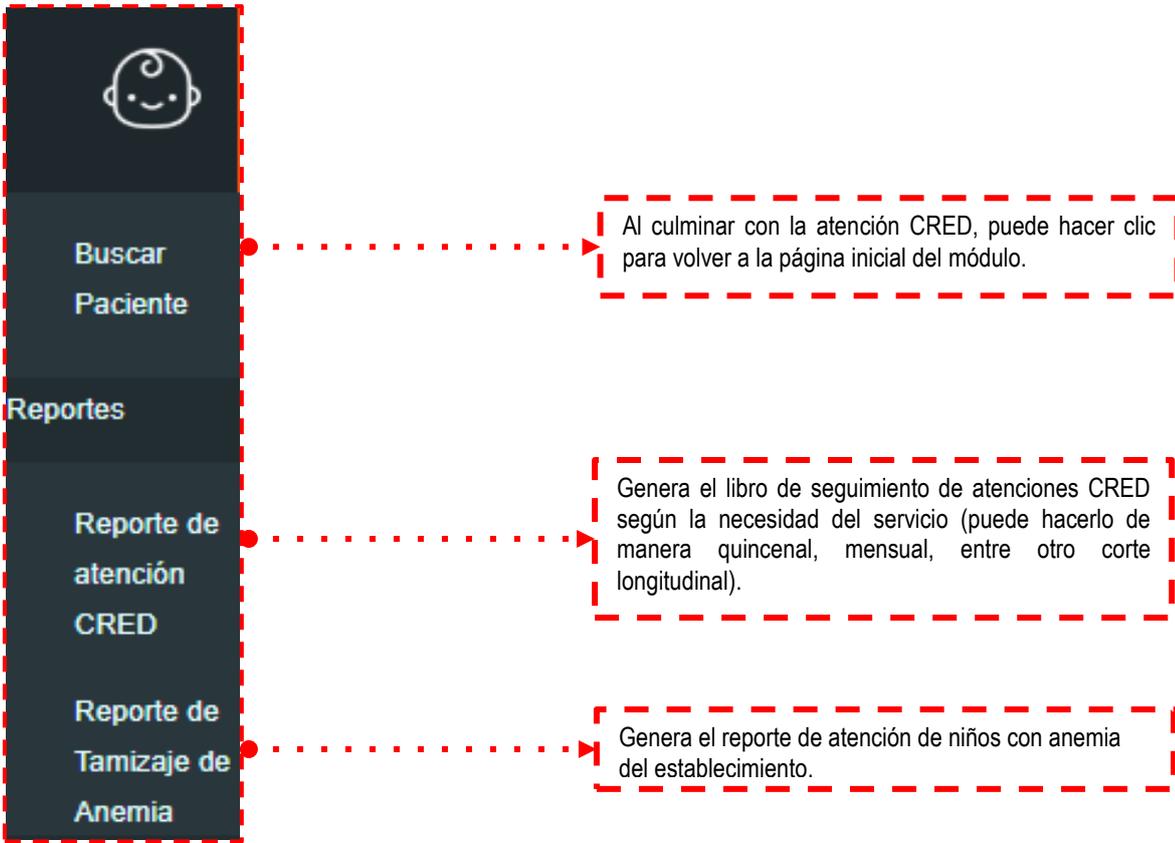


The screenshot shows the CRED module interface with the following elements highlighted by numbered callouts:

- 1:** MINSA logo and "SAN GENARO DE VILLA" location.
- 2:** User profile icon in the top right corner.
- 3:** Search input field labeled "Ingrese valor a buscar".
- 4:** "LISTA DE PACIENTES CON CITAS EL DÍA DE HOY" section header.
- 5:** "LISTA DE PACIENTES QUE FALTARON A SU CITA HACE 7 DIAS" section header.
- 6:** "Editar" button for patient data.
- 7:** "Antecedentes" button for patient history.
- 8:** "RECIEN NACIDOS" section header.
- 9:** "Descargar" button for downloading the newborn list.

The interface includes search filters (DNI, Nombre, etc.), search results tables for scheduled and missed appointments, and a table for newborns with columns for CNV, DNI, and names.

Opciones Auxiliares del Módulo



REGISTRO DE ATENCION CRED

SECCION DE EDITAR

1. Buscar el número de DNI del niño, hacer clic en el botón **BUSCAR**. Los datos autogenerados provienen de la base de datos de RENIEC y del SIS, dar clic en el botón **EDITAR** si el niño se está registrando por primera vez y si no pasar al botón de antecedentes.

Tipo busqueda* Ingrese valor a buscar*

DNI [input] [input] [Botón Buscar]

TIPO DOC.	N° DOC.	CNV	NOMBRES	APELLIDOS
DNI/LE	[input]		ESTEFANO FRANCISCO	[input]

[Botón Editar] [Botón Antecedentes] [Botón Consultas]

2. Al dar clic en el botón EDITAR se habilita la ventana de los datos del niño que se deberán llenar para un mejor seguimiento, siendo los siguientes:

- a) **Datos del niño:** se podrá seleccionar el tipo de seguro y etnia.

* Datos del niño

Tipo de documento* DNI/LE Número de documento* [input]

Apellido paterno* [input] Genero* Masculino

Apellido materno* [input] Fecha de nacimiento* 21/02/2017

Nombres* ESTEFANO FRANCISCO Edad 26 meses

Tipo seguro* SIS Disa de afiliación 040 Número de afiliación 2-90106218

Etnia* 58 : Mestizo

Datos de niño provienen de RENIEC y SIS sin posibilidad de editar.

- b) Agregar los datos del **domicilio actual** del niño:

Domicilio

Departamento [input] Provincia [input]

Distrito [input] Localidad [input]

Dirección reniec // Sector [input]

Dirección [input]

Referencia [input]

c) Lugar de nacimiento:

Lugar de nacimiento

Departamento	Arequipa <input type="text"/>	Provincia	Caylloma <input type="text"/>
Distrito	Majes <input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>

d) Si el niño está estudiando debe agregar los datos de la **institución educativa**, finalmente se llena los **datos del familiar**: Madre/Padre o Tutor. (Estos datos son opcionales). Dar clic en GUARDAR.

Institución educativa

Departamento	----- <input type="text"/>	Provincia	----- <input type="text"/>
Distrito	----- <input type="text"/>	Institución	Seleccione una Institucion Educativa <input type="text"/>

PRONOEI
 Jardín
 Colegio
 Otro
 Ninguno

Nombre de la I.E.	Código modular.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

+ Datos del familiar

Madre
Padre
Tutor

Nombres	N° de DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido paterno	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido materno	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocupación	Grado de instrucción
----- <input type="text"/>	----- <input type="text"/>
Estado civil	Teléfono
----- <input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lengua habitual	
----- <input type="text"/>	
¿Es jefe de familia?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Guardar

Ir al listado de pacientes

NIÑOS SIN DOCUMENTO O CARNET DE EXTRANJERIA

- ✓ Seleccionar en el tipo de búsqueda el ítem **NO SE CONOCE** o **Carnet extranjería**

- ✓ Se habilita el botón **CREAR NUEVO**

- ✓ Completar los datos solicitados siendo los siguientes:
 - **Datos generales** del niño: Seleccionar el tipo de documento, agregar el N° de archivo clínico, Nombre y apellidos Fecha de nacimiento y género, **CAMPOS OBLIGATORIOS**
 - Completar los datos del **domicilio actual**, **dar clic** en guardar.

- ✓ Al **GUARDAR** muestra el siguiente mensaje y se puede buscar al niño por el **CODIGO AUTOGENERADO** o por nombre y apellidos

Paciente DFGRE VC ESTELA NSAJHISJD KLA registrado con tipo de documento NO SE CONOCE:SD-N00048400

SECCION DE ANTECEDENTES

Al guardar los datos ingresados del niño, sale el siguiente mensaje **PACIENTE ACTUALIZADO**.
A continuación, pasamos a los antecedentes

- a) En el encabezado se visualiza:
- *Icono del sexo del menor* (color rosa mujer, color celeste varón)
 - *Nombre completo del menor*
 - *DNI del niño*
 - *Edad exacta del niño*
 - *N° del CNV*
 - *Fecha de Nacimiento*

PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	Fecha de nacimiento
	DNI/E			99999999	13/05/2017

- b) Registrar los antecedentes **Prenatales** del niño:
- *N° de embarazo pertenece el niño*
 - *N° atenciones prenatales que asistió la madre.*
 - *Lugar de atenciones prenatales.*
 - *Características del Parto:* Condición del parto, lugar del parto y quien atendió el parto

Embarazo	Parto
<p>N° de embarazo <input type="text" value="1"/></p> <p>N° de atenciones prenatales <input type="text" value="8"/></p> <p>Lugar de atenciones prenatales <input type="text" value="particular"/></p>	<p>Condición del parto*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Espontaneo <input type="radio"/> Instrumentado <input checked="" type="radio"/> Cesarea <input type="radio"/> Otro <p>Parto lugar*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Establecimiento de salud <input type="radio"/> Domicilio <p>Atendido por*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Agente comunitario de salud <input type="radio"/> Personal técnico <input checked="" type="radio"/> Profesional de salud <input type="radio"/> Otro

- c) Registrar el **Nacimiento** del niño:
- *Edad gestacional al nacer (en semanas).*
 - *Peso al nacer (en gramos)*
 - *Talla al nacer (en centímetros)*
 - *Perímetro cefálico al nacer*
 - *Peso para la edad gestacional (cálculo es automático)*
 - *Perímetro Torácico al nacer*
 - *APGAR al 1'*
 - *APGAR a los 5'*
 - *Enfermedad congénita al nacer*
 - *Contacto piel a piel*
 - *Alojamiento conjunto*

- Si el niño tuvo alguna hospitalización

Nacimiento

Nacimiento edad gestacional*	35 <input type="text"/> semanas	Perímetro torácico al nacer*	38.0 <input type="text"/> cm	Requirió Hospitalización*	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Peso al nacer*	2900 <input type="text"/> gr	APGAR 1*	9 <input type="text"/>	Tiempo de hospitalización	15 <input type="text"/> días
Nacimiento talla*	45.00 <input type="text"/> cm	APGAR 5*	9 <input type="text"/>		
Perímetro cefálico al nacer*	35.0 <input type="text"/> cm	Enfermedad congénita al nacer*	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		
Peso para edad gestacional	<input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Adecuado <input type="radio"/> Grande	Contacto piel a piel	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		
		Alojamiento conjunto	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		

Nota: Los campos que cuentan con asterisco (*) **son obligatorios.**

Antecedentes Patológicos

1. Personales

- Al encontrar la patología del niño, podemos escribir en el campo de observaciones y para hacer clic en botón plomo y se habilita un check de color verde.
- Si no se encuentra la patología escribir en el buscador el código CIE 10 para encontrar la patología que no está en la lista sugerida.

Antecedentes patológicos

Buscar antecedente patológico

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES	
Tuberculosis	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
SOBA / Asma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Infancia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	penicilina <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2. Familiares

- Seleccionar uno o varios familiares en la columna parentesco que padece esta patología, llenar el campo de observaciones, indicando la etapa en que apareció a enfermedad; por último, dar clic en el cuadro plomo para confirmar lo registrado.
- Si no se encuentra la patología escribir en el buscador el código CIE 10 para encontrar la enfermedad que no está en la lista sugerida.

Antecedentes familiares

Buscar antecedente familiar

ENFERMEDAD	PARENTESCO	OBSERVACIONES	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Padre <input checked="" type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hermano(a)	DESDE LA NIÑEZ	<input checked="" type="checkbox"/>
VIT. B12	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hermano(a)	10 AÑOS CON TTO	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Una vez llenados todos los campos obligatorios y después de presionar el botón **GUARDAR** en la parte inferior de los antecedentes pasaremos a la **ATENCIÓN CRED**.

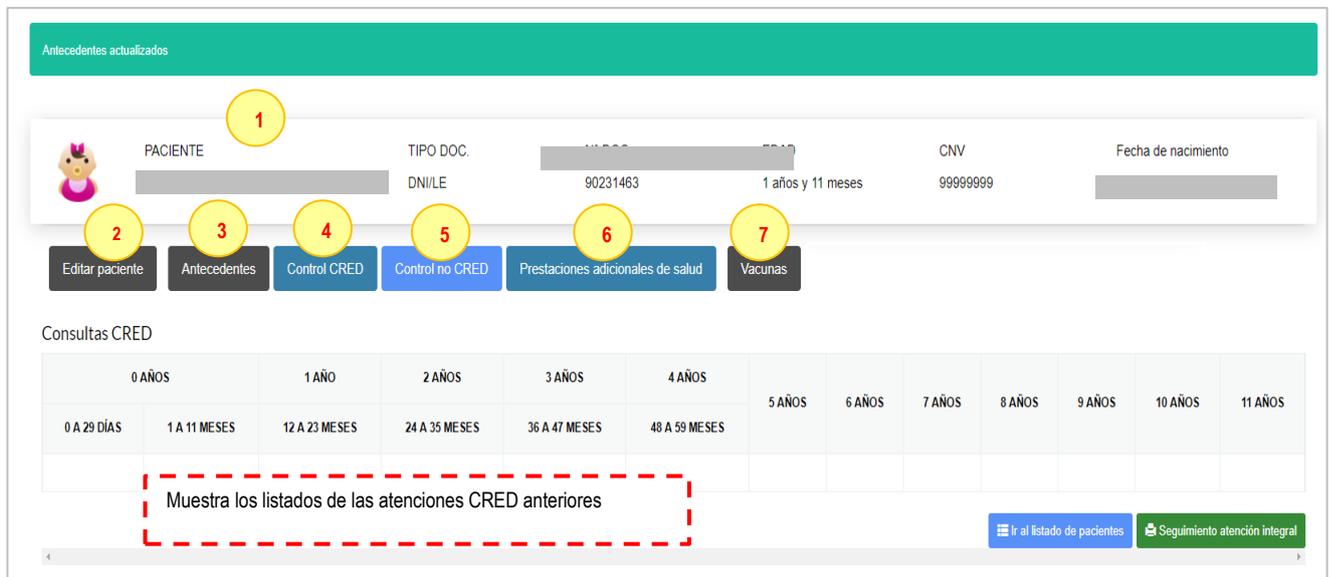
ATENCIÓN CRED

PÁGINA DE ACCESOS PARA ATENCIÓN CRED

Descripción de la ventana

Al guardar los datos de los antecedentes, genera el mensaje ANTECEDENTES ACTULIZADOS. A continuación, pasamos a la atención CRED, muestra los siguientes botones:

1. **Datos del paciente:** Nombre, DNI, edad, CNV, Fecha de nacimiento.
2. **Editar paciente:** Accede a la página de afiliación del niño.
3. **Antecedentes:** Accede a la página de antecedentes del niño.
4. **Control CRED:** Crea las atenciones CRED que corresponde según edad.
5. **Control no CRED:** Ingresa alguna atención complementaria.
6. **Prestaciones adicionales de salud:** Ingresa las fechas de las actividades que se ha realizado.
7. **Vacunas:** Accede al módulo de inmunizaciones.



Antecedentes actualizados


PACIENTE TIPO DOC. CNPV Fecha de nacimiento
DNI/LE 90231463 1 años y 11 meses 99999999

2 Editar paciente
3 Antecedentes
4 Control CRED
5 Control no CRED
6 Prestaciones adicionales de salud
7 Vacunas

Consultas CRED

0 AÑOS		1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
0 A 29 DÍAS	1 A 11 MESES	12 A 23 MESES	24 A 35 MESES	36 A 47 MESES	48 A 59 MESES							

Muestra los listados de las atenciones CRED anteriores

[Ir al listado de pacientes](#)
[Seguimiento atención integral](#)

1. Registro del Control CRED

A. **CONSULTA:** En forma automática se registra la **fecha** (se puede modificar), la **hora de atención**, el **Nº control CRED** (se puede modificar el Nº de control CRED haciendo clic en el icono del candado) y la **edad**.

En **motivo de consulta**, se describe el motivo que acude al consultorio.

a.1) Ventanas Emergentes: Recopila información adicional del niño, dar clic en cada circulo pequeño para seleccionar:

- **Evaluación de la alimentación**
- **Signos de peligro**
- **Ficha tamizaje VIF**

Cada vez que termine de completar, clic en botón **GUARDAR:**

B. REGISTRO SIGNOS VITALES: consiste en registrar las funciones vitales del niño, como temperatura (en °C), talla (en cm), peso (en gramos), perímetro cefálico (PC en cm) cuentan con asteriscos (*) son datos obligatorios. Registrar respetando las unidades de medida

✖ Signos vitales

Temperatura* <input type="text"/>	Talla* <input type="text"/>	PC* <input type="text"/>
°C	cm	cm
Peso* <input type="text"/>	FC* <input type="text"/>	FR* <input type="text"/>
gr	x/min	x/min

C. VISUALIZACIÓN DEL ÚLTIMO REGISTRO DE EXAMEN DE HEMOGLOBINA: Aparece el último registro del examen de hemoglobina.

✖ Último Exámen de Hemoglobina

Sin examen

D. EXAMEN FÍSICO: Se encuentra las opciones de conservado y patológico. Si seleccionamos Patológico se despliega una lista de las regiones del Examen físico a evaluar, donde se podrá seleccionar la patología y escribir las observaciones.

Examen físico		
	# CONSERVADO # PATOLÓGICO	
Nombre	CONSERVADO(O) / PATOLÓGICO(S)	OBSERVACION
General	# C # P	<input type="text"/>
Cabeza	# C # P	<input type="text"/>
Cabellos	# C # P	<input type="text"/>
Cara	# C # P	<input type="text"/>
Cuello	# C # P	<input type="text"/>
Tórax	# C # P	<input type="text"/>
Abdomen	# C # P	<input type="text"/>

Al terminar de completar los datos dar clic en el botón siguiente

Siguiente

Regresar al listado de consultas

E. Evaluación nutricional y del desarrollo

1. Visualización de Valores Antropométricos del niño

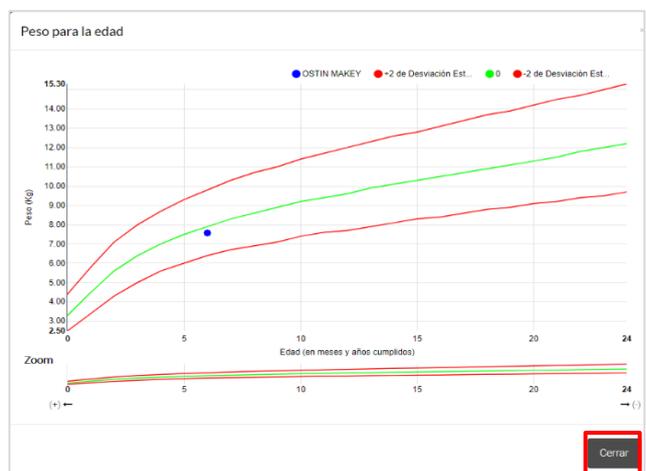
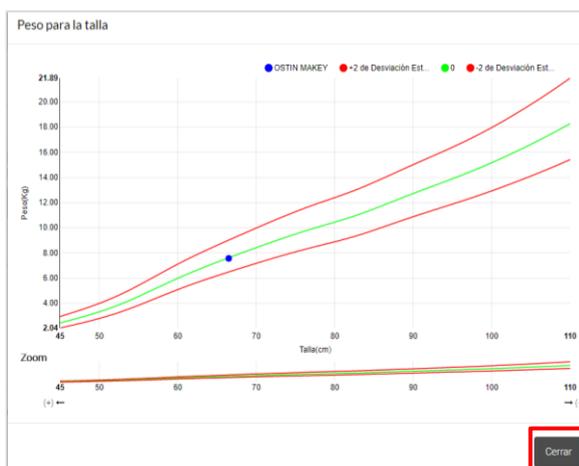
Consiste en visualizar de acuerdo al peso y la talla registrados durante la atención, con tablas oficializadas para que el personal de enfermería diagnostique el desarrollo físico observaremos cada gráfico:

- ✓ **Leyenda:** Color rojo es +2 estándar mayor y -2 estándar menor.
Color verde es 0
- Color azul es la marca del niño
- ✓ Dar clic en el botón **CERRAR**

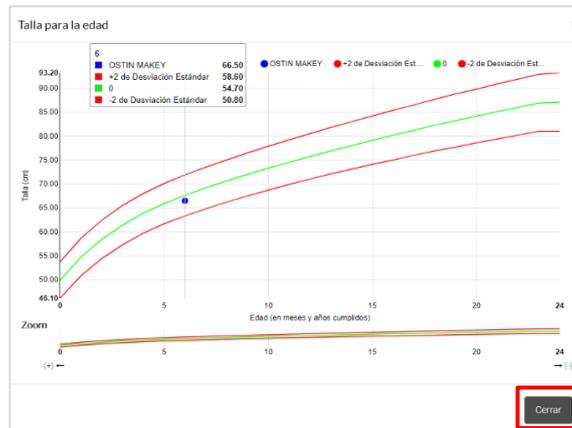
Recomendación: En cuanto más controles se registran, la marca se convierte en curva.

Gráfica P/T

Gráfica P/E



Gráfica T/E



Test de Desarrollo

- ✓ Cada control CRED va a marcar según su evolución psicomotriz y habilidad. Marca cuando cumple con la actividad, al terminar de la evaluación, clic en botón **GUARDAR**.

Actividad	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO A	MANEJA LA CABECITA EN POSICIÓN UPRIGHT		LA CABEZA SE INCLINA AL MOVIMIENTO DE TRONCO			BIEN CONTROLA LA CABEZA EN POSICIÓN UPRIGHT		SE INCLINA UN POCO	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES B	CONTROLA LA CABEZA POR MOVIMIENTOS		APUNTA CABECITA HACIA ATRÁS/adelante			SE INCLINA HACIA ATRÁS			
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA C	APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante	APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante				BIEN CONTROLA LA CABEZA EN POSICIÓN UPRIGHT			
USO DEL BRAZO Y MANO D	APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante		MANEJA OBJETOS CON MANOS SEPARADAS	TRABAJO EN MANOS CON AMBAS MANOS		COGE UN OBJETO CON UNA MANO			APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante
VISION	PERCIBE EL OBJETO Y MUEVE LA CABECITA HACIA ATRÁS/adelante	PERCIBE LA CABECITA Y MUEVE LA CABECITA HACIA ATRÁS/adelante	PERCIBE OBJETOS A DISTANCIA						

Guardar

ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES
1 PERCIBE EL OBJETO Y MUEVE LA CABECITA HACIA ATRÁS/adelante												
2 CONTROLA LA CABEZA EN POSICIÓN UPRIGHT												
3 CONTROLA LA CABEZA POR MOVIMIENTOS												
4 APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante												
5 PERCIBE OBJETOS A DISTANCIA												
6 PERCIBE LA CABECITA Y MUEVE LA CABECITA HACIA ATRÁS/adelante												
7 MANEJA OBJETOS CON MANOS SEPARADAS												
8 TRABAJO EN MANOS CON AMBAS MANOS												
9 COGE UN OBJETO CON UNA MANO												
10 APUNTA LA CABEZA HACIA ATRÁS/adelante												
11 PERCIBE OBJETOS A DISTANCIA												
12 CONTROLA LA CABEZA EN POSICIÓN UPRIGHT												

Evaluación del desarrollo psicomotor

La evaluación del desarrollo psicomotor se registran las actividades que el niño está realizando de acuerdo a los meses que tiene, seguir los siguientes pasos:

1. Seleccionar la fecha del test, clic en el botón **GUARDAR**.
2. A continuación, nos muestra la siguiente ventana, detalla la fecha del test, la edad cronológica y el mes correspondiente.

ii.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Fecha del test: 19/04/2019

2019

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

3. Seleccionar las actividades, dar clic en **ÉXITO** o **FRACASO**, si cumple todas las actividades va ir aumentando los meses, dar clic en **VER RESULTADO**.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Fecha del test: 18/04/2019 Edad cronológica (Días): 180 Mes Correspondiente: 6

EDAD	ITEM	ÉXITO	FRACASO
5 Meses	21. (LS) vuelve la cabeza a quien le habla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	22. (C) Palpa el borde de la mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	23. (C) Intenta presión de la argolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	24. (M) Tracciona hasta lograr la posición sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Muestra los resultados y el diagnóstico del desarrollo psicomotor, finamente cerrar la ventana.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Mes basal (Mayor mes en el que cumple todo) SIN RESULTADOS

Edad mental (Días) SIN RESULTADOS Edad cronológica (Días) 180

Razón entre edad mental y edad cronológica (EM/EC) SIN RESULTADOS Coeficiente de desarrollo (Puntaje estándar) SIN RESULTADOS

Perfil del desarrollo psicomotor

ÁREA	PUNTAJE	MESAL QUE CORRESPONDE	DIAGNÓSTICO
Resultado final del test			
Diagnóstico	SIN RESULTADOS		

1. Cada control CRED va a marcar según su evolución psicomotriz y habilidad. Va marcando cuando cumple con la actividad, al terminar de la evaluación, clic en botón **GUARDAR**.

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Fecha del test: 19/04/2019 Edad cronológica: 0 años 6 meses 0 días

SUBTEST DE COORDINACIÓN		SI	NO
1 C. Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 C. Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 C. Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 C. Desabotona (Estuche)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 C. Abotona (Estuche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 C. Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 C. Desata cordones (tablero c/cordón)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 C. Copia una línea recta (Lam. 1; lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 C. Copia un círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 C. Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 C. Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 C. Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 C. Dibuja 9 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 C. Dibuja 6 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 C. Dibuja 3 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 C. Ordena por tamaño (Tablero; barritas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total subtest de Coordinación (PB): 2

[Siguiente](#)

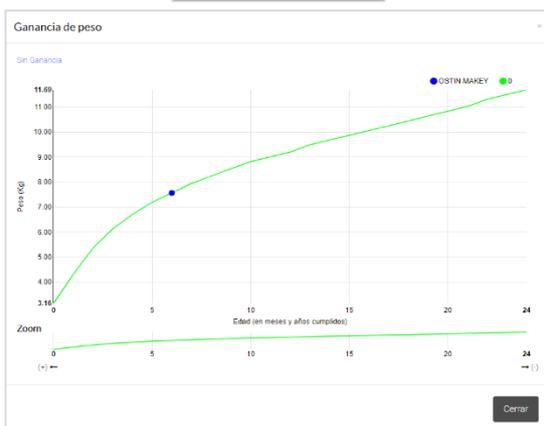
NOTA: Sale el siguiente mensaje cuando el niño no cuenta con más de 2 años.

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

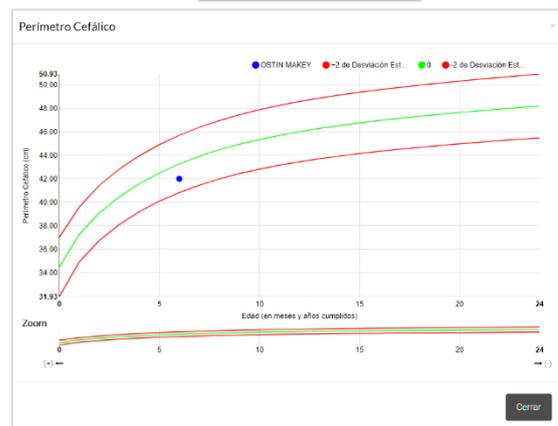
Fecha del test: 19/04/2019 Edad cronológica: 0 años 6 meses 0 días

En la fecha ingresada el niño(a) tiene menos de 2 años

Ganancia de Peso



Perímetro Cefálico



Los resultados de las medidas antropométricas salen de la siguiente manera: Se registra en forma automática los resultados y marcar **SI** cuenta con Riesgo nutricional.

<p>Peso para talla</p> <p><input checked="" type="radio"/> Obesidad</p> <p><input type="radio"/> Sobrepeso</p> <p><input type="radio"/> Normal</p> <p><input type="radio"/> Desnutrición aguda</p> <p><input type="radio"/> Desnutrición severa</p> <p>Riesgo nutricional</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Peso para edad</p> <p><input type="radio"/> Sobrepeso</p> <p><input checked="" type="radio"/> Normal</p> <p><input type="radio"/> Desnutrición</p> <p>Riesgo nutricional</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Talla para edad</p> <p><input type="radio"/> Alto</p> <p><input type="radio"/> Normal</p> <p><input checked="" type="radio"/> Talla baja</p> <p>Riesgo nutricional</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
---	---	---

En relación al resultado del test peruano se marca lo siguiente: Condición de desarrollo psicomotor (**riesgo para el desarrollo, normal o trastorno del desarrollo**), escribir si es necesario una observación y por último **los factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo**.

Condición de desarrollo psicomotor

Riesgo para el desarrollo

Normal

Trastorno del desarrollo

Observación

Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo

10. **Laboratorio:** Se registra el grupo sanguíneo y Factor RH:

- Examen Completo de Orina.
- Examen seriado de heces.
- Hemoglobina.
- Test de Graham
- TSH

Laboratorio

Grupo O A B AB

Factor RH (+) (-)

Guardar **Ir al listado de controles**

Laboratorio

Examen*

Resultado*

Fecha*

Guardar **Cancelar**

Dar clic en **GUARDAR:**

Al guardar los resultados, se visualiza el siguiente resumen:

Resumen

EXAMEN	Menor de 1 Año
EXAMEN SERIADO DE HECES	5 Meses Negativo 05/09/2018
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	Negativo 07/09/2018
HEMOGLOBINA	11.4 09/09/2018

11. **Tratamiento:** Según la valoración de la hemoglobina y el análisis del peso/talla del niño, elige si se le administrará algún **Suplemento**, así como también **Multimicronutrientes** se registra los sobres al ser entregados al finalizar la atención.

- Administración de Suplementos de hierro y Vitamina A / Sulfato ferroso / Polimaltosado férrico: Se ingresa la **forma de presentación** (gotas o jarabe) con ellos se habilita el ingreso del **total prescrito durante los controles** (meses), **número de entrega**, dosis (profilaxis: 2mg/Kg/día y tratamiento: 3mg/Kg/día), **cantidad a administrar por día** (este cálculo es automático dependiendo del peso del niño y puede ser en gotas o mililitros) y **tiempo de descripción** (meses) y finalmente **cantidad a entregar**(este cálculo es automático).

- Administración de Multi Micro Nutrientes: donde se visualizará el total prescrito durante los controles previos (cajas), lo prescrito en la última visita, **número de entrega** (registrar), **cantidad consumida** (registrar la cantidad de sobres consumidos por el niño desde la última visita) y la **cantidad a prescribir** (sobres).

- Administración de Profilaxis Antiparasitaria: donde se ingresa el antiparasitario (Mebendazol o Albendazol), la **forma de presentación** (jarabe y tabletas) y **dosis única** es automática (mililitros). Se registra en el caso si recibió el tratamiento antiparasitario y solo para los niños 12 meses.

12. **Acuerdos y Compromisos:** en esta ventana se procederá a comprometer a la madre que cumpla con las indicaciones establecidas de acuerdo a la edad del niño, marcar en el cuadro plomo.

DETALLE	EDAD EN MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dar solo leche materna hasta los 6 meses 	<input type="checkbox"/>											
Lavarse las manos y las manos del niño/niña 	<input type="checkbox"/>											
Que la familia le apoye con la alimentación de su hijo/hija 	<input type="checkbox"/>											

13. **Citas, Interconsultas, Referencias y Exámenes auxiliares:** para generar una cita / interconsulta se debe ingresar al botón:

Citas / Interconsultas, Referencia y Exámenes auxiliares

Citas / Interconsultas

Referencia

Lugar de referencia

Motivo de referencia

Exámenes auxiliares

Buscar exámenes auxiliares

- ✓ Ubicado en la parte inferior izquierda.



- ✓ Aparecerá una ventana donde se seleccionará el servicio de la interconsulta, la fecha y el motivo, seguidamente se procederá a GUARDAR.

Crear próxima Cita / Interconsulta

Servicios* Fecha*

Motivo

- ✓ Queda registrado el servicio, fecha, turno, médico y estado, se puede imprimir el ticket o cancelar en caso de error. Figura N°35

Citas / Interconsultas

SERVICIO	FECHA	TURNO	MEDICO	ESTADO	
MEDICINA GENERAL	30/01/2018 19:10	Tarde		Pendiente	
ODONTOLOGIA GENERAL	30/01/2018 19:18	Manana		Pendiente	

Referencia

Lugar de referencia

Motivo de referencia

Exámenes auxiliares

- ✓ En la opción de Exámenes de laboratorio se procede a escoger el o los análisis que se solicitan.

Citas / Interconsultas

Referencia

Examen completo de Orina

Examen Seriado de Heces

Hemoglobina

Test de Graham

E TSH

Examen Seriado de Heces Hemoglobina

- ✓ Una vez terminada la Consulta se procede a **GUARDAR**

Guardar

Ir al listado de consultas

Regresar

14. **Registro de diagnósticos de atención:** Después de guardar los datos de la atención CRED, automáticamente se generarán los campos de diagnósticos, según los datos registrados; pero también se cuenta con un buscador CIE10, para aumentar otros diagnósticos en caso sean requeridos.

El botón GENERAR DIAGNOSTICO es para poder actualizar los DX modificados. Si la atención realizada ya ha sido migrada al His Minsa, se debe utilizar este botón para que estos Dx sean actualizados en el HIS Minsa.

Cita CRED

Generar diagnósticos

Registro HIS

Buscar Dx

DIAGNÓSTICO SUGERIDO	TIPO DIAGNÓSTICO	LAB 1	LAB 2	LAB 3	OBSERVACIÓN	CONFIRMAR
2301 - CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	⊙ P ⊕ D ⊙ R	5				
2006 - EXAMEN PARA COMPARACION Y CONTROL NORMALES EN PROGRAMA DE INVESTIGACION CLINICA	⊙ P ⊕ D ⊙ R	ED				
2006 - EXAMEN PARA COMPARACION Y CONTROL NORMALES EN PROGRAMA DE INVESTIGACION CLINICA	⊙ P ⊕ D ⊙ R					
2298 - OTRAS MEDIDAS PROFILATICAS ESPECIFICADAS (ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES)	⊙ P ⊕ D ⊙ R	1A				
2298 - OTRAS MEDIDAS PROFILATICAS ESPECIFICADAS (ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES)	⊙ P ⊕ D ⊙ R	1				
99403 - CONSEJERIA NUTRICIONAL	⊙ P ⊕ D ⊙ R	1				
85018 - DOSAJE DE HEMOGLOBINA	⊙ P ⊕ D ⊙ R	1			11.2	

Imprimir reportes

Ir al listado de consultas

Regresar

15. Cada control CRED va a marcar según su evolución psicomotriz y habilidad. Va marcando cuando cumple con la actividad, al terminar de la evaluación, clic en botón **GUARDAR**

AL TERMINO DEL CONTROL CRED APARECE EL RESUMEN DEL CONTROL REALIZADO

Cada control CRED va a marcar según su evolución psicomotriz y habilidad. Va marcando cuando cumple con la actividad, al terminar de la evaluación, clic en botón **GUARDAR**

Consultas CRED											
0 AÑOS	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
0 A 29 DÍAS	1 A 11 MESES	12 A 23 MESES	24 A 35 MESES	36 A 47 MESES	48 A 59 MESES						
	CRED N° 6 19-04-2019										
	CRED N° 6 22-04-2019										
											Ir al listado de pacientes
											Seguimiento atención integral

✓ Al dar clic al **seguimiento de atención integral** genera el siguiente reporte:

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

FOLIO																										
HCL	PLAN AIS		INMUNIZACIONES																							
CUVDNI	91016971	Elab	Ejec	BCG RN	HVB RN	IPV 1° 2°	APO 1°	PENTAVALENTE 1° 2° 3°	NEUMOCO 1° 2°	ROTAVIRUS 1° 2°	INFLUENZA 1° 2°	SPR 1° 2°	AMA	DPT 1°Ref 2°Ref	APO 1°Ref 2°Ref	OTROS										
COD AFI L.SIS																										
NOMBRES Y APELLIDOS	ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO								SUPLEMENTACIÓN CON NUTRIENTES																	
OSTIN MAKEY FASABI TORRES	RECIENTE NACIDO				MENOR DE 01 AÑO				01 AÑO																	
FECHA NAC.	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°							
19/10/18													19/04/19													
MADRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																									
TORRES TUANAMA JAKELI SAORI	02 AÑOS				03 AÑOS				04 AÑOS				05 AÑOS	MENOR DE 01 AÑO				01 AÑO								
PADRE	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°			
FASABI SALAS ERWIN																										
DIRECCIÓN Y REFERENCIA	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO												ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO													
	02 AÑO				03 AÑOS				GOTAS				MICRONUTRIENTES													
	1°	2°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°				
TIPO DE RIESGO	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES												ATENCIÓN POR MORBILIDAD IRA,EOA,ANEMIA,PARASITOS,EMERGENCIA Y				ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES Y DE SEGUIMIENTO									
	Tamizaje Neonatal				Anemia				Parásitos																	
	TSH	FC	FQ	HSR	Dosaje de hemoglobina				Examen seriado heces																	
PROGRAMA SOCIAL					1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°												

ATENCIÓN NO CRED

- ✓ Cuando el paciente viene por algún motivo de consulta que no sea un control Cred: **seguimiento nutricional, entrega de suplementación** entre otros. Se habilitan los datos que se muestran en la ventana:

PACIENTE: [Nombre] TIPO DOC: [Tipo] N° DOC: [Número] EDAD: [Edad] CMV: 99999999 Fecha de nacimiento: [Fecha]

Consulta

Fecha atención: 25/04/2019 Hora atención: 01:48 Edad atención: 6 meses y 6 días

Motivo consulta: [Campo de texto]

Signos vitales

Temperatura: [Campo] °C Talla: [Campo] cm PC: [Campo] cm

Peso: [Campo] kg FC: [Campo] x min FR: [Campo] x min

Último Examen de Hemoglobina

Sin examen

[Siguiente](#) [Regresar al listado de consultas](#)

Evaluación nutricional y del desarrollo

Gráfica P/T Gráfica P/E Gráfica T/E Test de Desarrollo Evaluación del desarrollo psicomotor TEPSt Garantía de Peso Perímetro Cefálico

Peso para talla Obesidad Sobrepeso Normal Desnutrición aguda Desnutrición severa

Peso para edad Sobrepeso Normal Desnutrición

Talla para edad Alto Normal Talla baja

Riesgo nutricional (Garantía inadecuada de peso) Sí No

Riesgo nutricional (Garantía inadecuada de talla) Sí No

Condición de desarrollo psicomotor Riesgo para el desarrollo Normal Trastorno del desarrollo

Observación: [Campo de texto]

Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo: [Campo de texto]

Laboratorio

Intervenciones

Suplementación de hierro y vitamina A / Sulfato ferroso / Polimaltoato férrico [Campo de selección]

FORMAS DE PRESENTACIÓN	TOTAL PRESCRITO DURANTE TODOS SUS CONTROLES	PRESCRITO EN LA ÚLTIMA VISITA	NÚMERO DE ENTREGA	CANTIDAD CONSUMIDA DESDE LA ÚLTIMA VISITA	CANTIDAD A PRESCRIBIR
Multi Micro Nutrientes	1 Subir	Subir	Subir	Subir	Subir

Administración de Profilaxis Antiparasitaria [Campo de selección]

[Generar diagnósticos](#)

Registro HIS

Buscar Dx: [Campo de texto]

DIAGNÓSTICO SUGERIDO	TIPO DIAGNÓSTICO	LAB 1	LAB 2	LAB 3	OBSERVACIÓN	CONFIRMAR
[Espacio para diagnóstico]						

[al listado de consultas](#) [Regresar](#)

✓ Se genera un aviso con el nombre **COMPLEMENTARIA** y fecha atendida

Consultas CRED

0 AÑOS	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
0 A 29 DÍAS	1 A 11 MESES	12 A 23 MESES	24 A 35 MESES	36 A 47 MESES	48 A 59 MESES						
	CRED N° 6 19-04-2019										
	CRED N° 6 22-04-2019										
	Complementaria 25-04-2019										

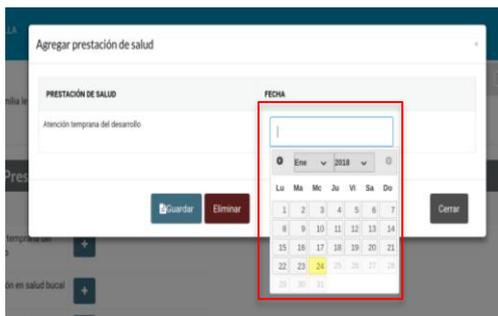
[Ver el estado de pacientes](#) [Seguimiento atención integral](#)

PRESTACIÓN DE SALUD

Registrar la fecha de atención de las actividades realizadas por el personal de salud, hacer clic en el icono del + mas.

✕ Prestaciones de salud						
	1	2	3	4	5	6
Atención temprana del desarrollo	+					
Orientación en salud bucal	+					
Sesión educativa	+					
Sesión demostrativa	+					
Visita domiciliaria	+					

- ✓ Haciendo click en agregar la fecha de la actividad de salud realizada y al finalizar aparecerá el resumen.



Dialog box titled "Agregar prestación de salud". It contains a form with a "PRESTACIÓN DE SALUD" section (containing "Atención temprana del desarrollo") and a "FECHA" section. A calendar is open, showing the date 24/01/2018 selected. Buttons for "Guardar", "Eliminar", and "Cerrar" are visible.

✕ Prestaciones de salud						
	1	2	3	4	5	6
Atención temprana del desarrollo	24/01/2018 10 meses	+				
Orientación en salud bucal	04/01/2018 9 meses	+				
Sesión educativa	+					
Sesión demostrativa	+					
Visita domiciliaria	+					

VACUNAS

Habilita el módulo de Inmunizaciones, al hacer clic en el botón **VACUNAS**:

	R.N.	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	12 meses	15 meses	18 meses	23 meses	4 años
H2BRN	atrasada								+ [icon]	
BCG	atrasada								+ [icon]	
Pentavalente		14/07/17	14/09/17	14/11/17					+ [icon]	
H2O									+ [icon]	
HB									+ [icon]	
Polio		14/07/17	14/09/17	14/11/17				14/11/18	+ [icon]	14/09/19
Rotavirus		14/07/17	14/09/17						+ [icon]	
Neumococo		14/07/17	14/09/17	14/11/17					+ [icon]	
Influenza pediátrica					atrasada				+ [icon]	
SRP				atrasada					+ [icon]	
Varicela						atrasada			+ [icon]	
AMA							atrasada		+ [icon]	
DPT								atrasada	+ [icon]	
DT adulto									+ [icon]	
Influenza adulto									+ [icon]	
SR									+ [icon]	
VPH									+ [icon]	
OTpa									+ [icon]	

Programada según Esquema de vacunación
 Vacuna Atrasada
 Administrada
 Próxima dosis con cita
 Vacunar Hoy!
 Extramural
 HS Minsa
 [icon]

REPORTES

PARA EL PACIENTE

1. REPORTE DE CONSULTA

Imprimir reportes ▾

- Imprimir consulta
- Imprimir receta
- Imprimir orden de Laboratorio

CONSULTA																																			
Fecha: 11/06/2018			Hora: 11:15 AM			Edad:																													
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) MENOR DE 2 MESES: <input type="checkbox"/> No quiere mamar, ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende de la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de la nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso																																			
DE 2 MESES A 4 AÑOS: <input type="checkbox"/> No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vómito todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo/tiraje subcostal																																			
PARA TODAS LAS EDADES: <input type="checkbox"/> Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo/Quemaduras <input type="checkbox"/> Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/> No presenta signos <input type="checkbox"/>																																			
IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO ¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/>																																			
¿Participa el padre en el cuidado del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El niño recibe muestras de afecto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:																																			
ANAMNESIS																																			
1. Motivo de la consulta:																																			
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso: Signos vitales T°: 37.00 PA: FC (x'): 80 FR (x'): 20 Peso (gr): 8700.0 Talla (cm): 60.0 PC (cm): 37.00																																			
Examen físico: General C Cabeza C Cabello C Cara C Cuello C Torax C Abdomen C Columna vertebral C Extremidades C Genitourinario C Ano C Piel y anexos C Examen neurológico C																																			
Diagnóstico: <table border="1"> <tr> <td>A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico</td> <td>2. Condición de crecimiento y estado nutricional</td> <td>3. Diagnóstico del desarrollo psicomotor</td> </tr> <tr> <td>1. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO D</td> <td>Crecimiento adecuado</td> <td>Riesgo para el desarrollo</td> </tr> <tr> <td>2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS D</td> <td>Crecimiento inadecuado</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Riesgo nutricional ganancia inadecuada del peso o talla</td> <td>Trastorno del desarrollo</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Observaciones:</td> </tr> <tr> <td>B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo</td> <td>Desnutrición</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sobrepeso</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Obesidad</td> <td></td> </tr> </table>												A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico	2. Condición de crecimiento y estado nutricional	3. Diagnóstico del desarrollo psicomotor	1. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO D	Crecimiento adecuado	Riesgo para el desarrollo	2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS D	Crecimiento inadecuado	Normal		Riesgo nutricional ganancia inadecuada del peso o talla	Trastorno del desarrollo			Observaciones:	B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo	Desnutrición			Sobrepeso			Obesidad	
A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico	2. Condición de crecimiento y estado nutricional	3. Diagnóstico del desarrollo psicomotor																																	
1. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO D	Crecimiento adecuado	Riesgo para el desarrollo																																	
2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS D	Crecimiento inadecuado	Normal																																	
	Riesgo nutricional ganancia inadecuada del peso o talla	Trastorno del desarrollo																																	
		Observaciones:																																	
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo	Desnutrición																																		
	Sobrepeso																																		
	Obesidad																																		
Tratamiento: null mg/Kg/día null al día por null mes Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño: Dar solo leche materna hasta los 6 meses, Dar solo leche materna hasta los 6 meses, Lavarse las manos y las manos del niño/mía, Que la familia le apoye con la alimentación de su hijo/ija																																			
Exámenes auxiliares																																			
Referencia (lugar y motivo):																																			
Próxima cita: Atendido por:																																			
Observación: Firma y sello Colegio profesional																																			
APELLIDOS Y NOMBRES: N° DE HISTORIA CLINICA:																																			

2. RECETA MEDICA

PERÚ Ministerio de Salud					CESAR LOPEZ SILVA				
RECETA UNICA ESTANDARIZADA					RECETA UNICA ESTANDARIZADA				
Nombres y apellidos: Edad: 0					INDICACIONES				
N de Afiliado: AC: HC:					Medicamento o Insumo Dosis Via Frec. Duración Observación				
USUARIO ATENCIÓN ESPECIALIDAD MÉDICA Demanda <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> SIS <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Otros CRED					null null ORAL 1 al día por 1 mes				
Diagnóstico: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO CIE 10: Z001 (Definitivo/Presuntivo): D Medicamento o Insumo Present. Concentración Forma Farmacéutica Cant. 0									
11/06/2018					11/06/2018				
Sello Firma / Col. Profesional Fecha de atención Válido hasta					Sello Firma / Col. Profesional Fecha de atención Válido hasta				

