



COVID-19

REGISTRO DE ATENCIÓN HIS EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

Huancayo, Junio 2020

Oficina de Tecnología de Información

01.

CONTEXTO

Disposición de atención en el estado de emergencia frente a la pandemia COVID 19.

03.

DEFINICION DE TERMINOS

Teleorientación, Telemonitoreo, seguimiento telefónico.

02.

CONSIDERACIONES GENERALES

Reglas de Registro HIS

04.

EJEMPLOS Y REPORTES HIS

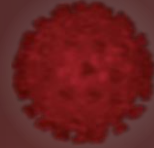
Ejemplos de codificación de Registros HIS: Materno y PF.



01.

CONTEXTO

Atención en el estado de emergencia frente a la
pandemia COVID 19.



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

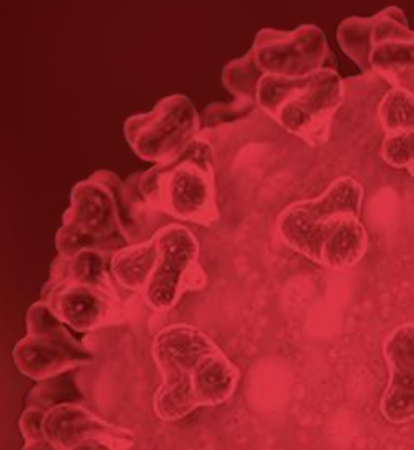
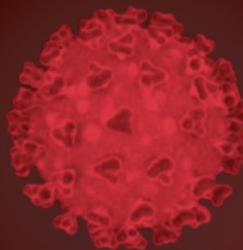
En ese contexto y mientras dure el aislamiento domiciliario, **es prioritario continuar la atención a las gestantes con énfasis en aquellas gestantes de riesgo y/o con fecha probable de parto próximo**, estableciendo estrategias de monitoreo a **través del contacto telefónico**; de igual manera garantizar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

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

02

CONSIDERACIONES GENERALES

Reglas de registro HIS



REGLAS DE REGISTRO HIS

1. ACTIV. PREV. PROM. FUERA DE IPRESS

Visitas domiciliarias -
registro regular

3. LLENAR TODOS LOS DATOS

N° de HC es el N° de DNI de
la paciente

2. ACT. DE MANERA VIRTUAL

Siempre considerar
continuadores "C" (EE.SS y
servicio)

REGLAS DE REGISTRO HIS

4. ENTREGA DE SUPLEMENTOS E INSUMOS

Personas autorizadas(familiares),
previa coord. Telef.



5. ENTREGA DE INSUMOS

Registro HIS regular
(normal)

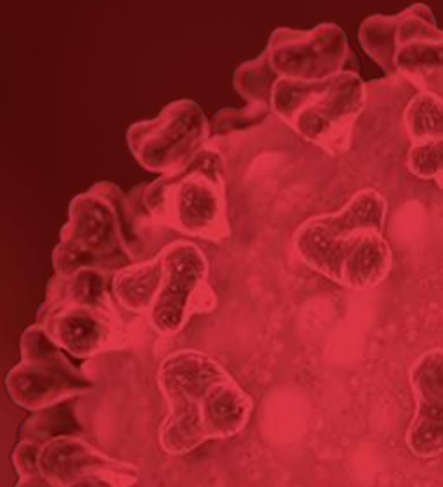
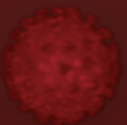
Para ser válido el registro HIS, cuando el familiar recoge los insumos y suplementos,
registrar el DNI de la paciente (nominal).



03

DEFINICION DE TERMINOS

Teleorientación, Telerorientacion síncrona,
Telemonitoreo



DEFINICIONES

TELEORIENTACION:

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



DEFINICIONES



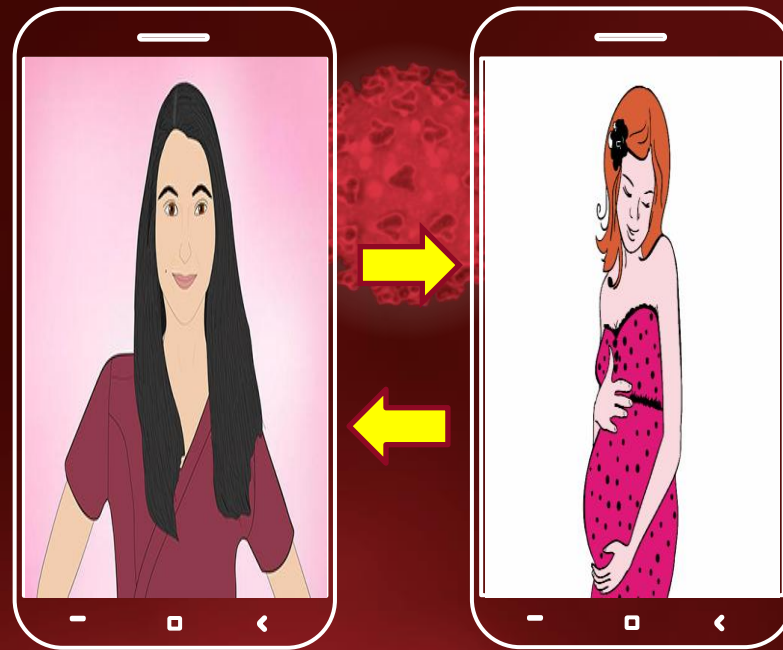
99499.10 - TELEMONITOREO:

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

DEFINICIONES

99499.08 Teleorientación síncrona:

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



ESQUEMA GENERAL - TELESALUD

TELEORIENTACIÓN: Son acciones en las cuales nos ayudan a dar una Consejería y Asesoría al Paciente. No necesariamente va a concluir en una receta médica o Farmacológica. (Síncrona o Asíncrona).

TELEMONITOREO: Se conoce la enfermedad y antecedente del paciente, ya identificadas concluye con un tratamiento. Población con comorbilidad: Cáncer u otros

SEGUIMIENTO TELEFONICO: Evaluación Telefónica prestado por el personal profesional de salud calificado a un paciente conocido

TELECONSULTA: Cuando solicita una segunda opinión médica de una IPRESS a una IPRESS de mayor categoría. 99499.01

Inicia

Paciente

Profesional de la Salud

Profesional de la Salud

Paciente

Teleorientación
Síncrona 99499.08
Asíncrona 99499.09

Telemonitoreo
99499.108

Seguimiento Telef.
98966 (5-10 min)
98967 (11-20 min)
98968 (21-30 min)

Evaluación en Línea
(internet, etc.) 98969





EJEMPLOS DE REGISTRO DE ATENCION EN SALUD MATERNA

TELEORIENTACION SINCRONA

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

DIA			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRES)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																
D.N.I.			FINANC			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTABLEC			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT														
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO						P			D			R			1º			2º			3º																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Acevedo												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 5 / 10 / 1989						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																										
47287721			2			PUCARA						30			A			M			PC			PESO			N			N			1. SUPERVISION DE EMBARAZO DE 8 SEMANAS			P			X			R			Z3591					
															M						TALLA			X			X			2. CONSEJERIA NUTRICIONAL			P			X			R			99403								
			38												D			F			Pab			Hb			R			R			3. SUPLEMENTACION DE ACIDO FOLICO			P			X			R			1			59401.03		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																										
															A			M			PC			PESO			N			N			1. CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA			P			X			R			99402.01					
															M						TALLA			C			C			2. FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER			P			X			R			99402.08								
															D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEORIENTACION SINCRONA			P			X			R			99499.08					

Ejemplo :
Registro para una atención salud materna , teleorientación sincrónica

TELEMONITOREO A GESTANTES:

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

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
														DNI								
7	8	9	11			13	14	15	16	17	18	19			20		21	22				
DIA	D.N.I.	INANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1*	2*	3*					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Teresa Colque				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				/B 33 1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__							
3698245		2	SAN MIGUEL			26	A	M	PC	PESO	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			23593
							M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403
		38					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__										
							A	M	PC	PESO	N	N	1.	TELEMONITOREO			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
							M			TALLA	C	C	2.				P	D	R			
							D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R			

Ejemplo :
Registro para una atención salud materna con , telemonitoreo

VISITA DOMICILIARIA A GESTANTES:

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

Ejemplo :
Registro para una
atención salud
materna en visita
Domiciliaria

1	2	3	4	5					6			7									
		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE		VALOR	CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12											DIAGNÓSTICO		LAB					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO											P	D	R		1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Milagros Arce				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/19__					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__			FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__									
	7785423	2	ATE			36	A	M	PC	PESO		N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE RIESGO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z350
							M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011
		32					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R			

MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN GESTANTES :

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

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

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

AÑO			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION														
D.N.I.			INANC			DISTRITO DE PROCEDENCIA						EVALUACION ANTRÓPOMETRICA HEMOGLOBINA			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT								
DIA			HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO						ESTAD. SERVICIO			Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P D N			1° 2° 3°											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Esther Mosquera												(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/1990						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/						FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/								
58467599			2			SANTA ROSA						30			A M PC			PESO			N N			1. SUPERVISION DE EMBARAZO DE 16 SEMANAS			P X R			Z3592		
															M			TALLA			X X			2. CONSEJERIA NUTRICIONAL			P X R			99403		
			18									D			F Pab			Hb			R R			3. SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO			P X R			59401.04		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:								
															A M PC			PESO			N N			1. CONSEJERIA EN IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA			P X R			99402.01		
															M			TALLA			C C			2. TELEMONITOREO			P D X			99499.10		
												D			F Pab			Hb			R R			3.			P D R					

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE

MANEJO TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN GESTANTES:

Se realizara en las gestantes **con diagnostico de anemia**

Administración de suplemento de Sulfato Ferroso + Acido Fólico :

Se entregara según NTS 134/MINSA /2017/DGIESP

Según estrategias internas del EESS se podrá entregar el insumo al familiar que autorice la paciente, previa coordinación con el responsable de FARMACIA del EESS (No se registrara FUAS para este caso). También se puede entregar el suplemento en una visita domiciliaria

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

1		2		3			4			5			6																																
DIA		HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERO			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTABLEC			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT					
P		D		R			1*			2*			3*			P			D			R			1*			2*			3*														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luz María Espinoza				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/15 0 1978						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/						FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/																													
7562130		2		SAN JUNA DE LURIBANCHO			42			A			M			PC			PESO			N			N			1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P			X			R			Z3593					
										M						TALLA			X			X			2. ANEMIA QUE AFECTA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO			P			X			R			O990								
		58								D			F			Pab			Hb			R			R			3. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P			X			R			99403					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: __/__/						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/						FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/																													
										A			M			PC			PESO			N			N			1. SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO			P			X			R			3			59401.04		
										M						TALLA			C			C			2. CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P			X			R			99402.01								
										D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONITOREO			P			D			X			R			99499.10		

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE

VISITA DOMICILIARIA A PUERPERAS:

Visita Domiciliaria que se realiza para **evaluación posnatal y seguimiento**.
 Se **registra** igual a lo indicado en el **manual de registro HIS** para la atención materna.

LNO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																
												DNI																																						
7			8			9			11			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22											
D.N.I.			FINANC			DISTRITO DE PROCEDENCIA						EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTABLEC			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CE/CPT								
DIA			HISTORIA CLINICA			10			12																					P			D			R			1º			2º			3º					
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Clara Espejo												(*FECHA DE NACIMIENTO: __/__/20__ 2 3 1980						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__						FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																										
48788233			2			SAN LUIS						A			M			PC			PESO			N			N			1. CONTROL DE PUERPERA						P			X			R			1			59430		
												40			M						TALLA			X			X			2. CONSEJERIA NUTRICIONAL						P			X			R			7			99403		
			05									D			F			Pab			Hb			R			R			3. SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO						P			X			R			TA			59401.04		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__						FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																										
												A			M			PC			PESO			N			N			1. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA						P			X			R			4			99401.02		
												M						TALLA			C			C			2. CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA						P			X			R						99402.01					
												D			F			Pab			Hb			R			R			3. VISITA DOMICILIARIA						P			X			R			1			99501		

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

EJEMPLOS DE REGISTRO DE ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR



REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

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

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 17 8 1991				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
20291402	2	SAN JUAN DE LURIBANCHO	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.08
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.		P	D	<input type="checkbox"/>		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 22 3 1993				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
15091134	2	LA VICTORIA	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.07
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.		P	D	<input type="checkbox"/>		

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS/OS CONTINUADORES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Margarita Paredes			(*FECHA DE NACIMIENTO: 20/ 3/ 1995			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGIA: ___/___/___							
23879404	2	SAN MARTIN DE PORRES	23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración y uso de método oral combinado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	4	99208.13
				<input type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10
39				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fernanda Espejo			(*FECHA DE NACIMIENTO: 22/ 3/ 1987			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGIA: ___/___/___							
48215903	2	SAN JUAN DELURIGANCHO	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración y uso de método condón masculino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30	99208.02
				<input type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10
39				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R		

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

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

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 17 8 1991				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
20291402	2	SAN JUAN DE LURIBANCHO	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1.	Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			99208.08	
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	R	R	1.		P	D	<input type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 22 3 1993				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
15091134	2	LA VICTORIA	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1.	Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			99208.07	
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	R	R	1.		P	D	<input type="checkbox"/>	R		

REGISTRO EN USUARIAS NUEVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

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

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 17 8 1991				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
20291402	2	SAN JUAN DE LURIBANCHO	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.08
	38			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.		P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 22 3 1993				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
15091134	2	LA VICTORIA	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.07
	38			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99499.10
				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.		P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		

REGISTRO EN USUARIAS NUEVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

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

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 17 6 1991				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
20291402	2	SAN JUAN DE LURIBANCHO	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1.	Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.08
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	R	R	1.		P	D	<input type="checkbox"/>	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 22 3 1993				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
15091134	2	LA VICTORIA	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1.	Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.07
	38			<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				99499.10
				<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		<input type="checkbox"/>	R	R	1.		P	D	<input type="checkbox"/>	R	

REGISTRO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:

Se registra en Lab por número de blíster entregados

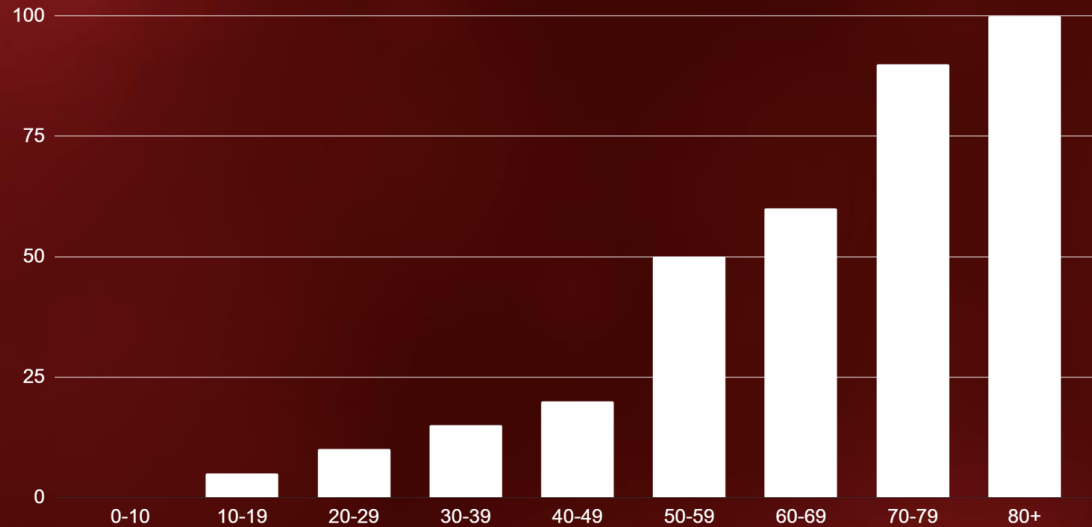
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mercedes Paliza (*)FECHA DE NACIMIENTO: 21/3/1998 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /

95421654	2	COMAS	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación/ Consejería en AOE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.03
				M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de Anticonceptivo oral de emergencia /Progestageno	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208.12
59				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab				3. Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.03
				D		Hb	R	R							

REGISTRO DE POSIBLES EFECTOS COLATERALES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

20293134	2	LOS OLIVOS	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N912
				<input type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios de inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4252
				<input type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Marisela Fernandez (*)FECHA DE NACIMIENTO: <u>18 12 1996</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <u> </u> FECHA DE ULTIMA REGLA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>															
23879402	2	EL AGUSTINO	23	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Cefalea persistente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R51X
				<input type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios del implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4253
				<input type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10

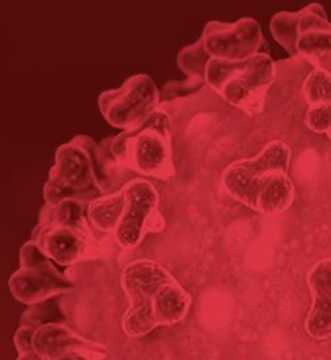
REPORTES HIS



To modify this graph, click on it, follow the link, change the data and paste the resulting graph here

RECOMENDACIONES

- Registro oportuno, manual y procesamiento.
- Cumplir con las reglas de registros HIS.
- Tener en cuenta las UPS



THANKS!



WAWARED JUNIN

Do you have any questions?

jcardenas@diresajunin.Gob.pe

Oficina de Tecnologías de Información

Ing. José Cárdenas Bujaico

DIRESA JUNIN