



## ADENDA INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL (EJEMPLOS)

### ➤ TELECONSULTA EN LINEA

#### Para el diagnóstico:

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

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleconsulta.
- En el 2º casillero anote el procedimiento realizado: Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento
- En el 3º casillero anote teleconsulta en línea.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión.

AÑO		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		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTATA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
		HISTORIA CLINICA	10	12							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			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: / /								
18	98251652	2	ATE		M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.			P	D	R				F33.1		
	56975	58			M		TALLA			2.	EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO			P	D	R				99214.06		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA			P	D	R	1				99499.01	

### Sesiones de psicoterapia individual

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

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleconsulta
- En el 2º casillero anote Psicoterapia individual
- En el 3º casillero anote teleconsulta en línea

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO		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		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTATA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
		HISTORIA CLINICA	10	12							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
18	98251652	2	ATE		M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO			P	D	R				F33.1		
	56975	58			M		TALLA			2.	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL			P	D	R	3				90834	
					D	Pab	Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA			P	D	R				99499.01		

### Sesiones de psicoterapia familiar

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (a)

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico del usuario.
- En el 2º casillero anote Psicoterapia Familiar
- En el 3º casillero anote Teleconsulta en línea

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO		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							
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		13	14	15	16	17	18	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10	12								SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTADISTICA	SERVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		P	D	R	1º	2º	3º	CIE / CPT
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO													R	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	98298652	2	LA VICTORIA		31	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		P	D	R			F44.1					
	58975	58						M	F	Pab	TALLA	R	R	2.	PSICOTERAPIA FAMILIAR		P	R	R	3		96100.01		
											Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA		P	R	R				99499.01	

### Sesiones de terapia del lenguaje

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (a)

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico del usuario
- En el 2º casillero anote Terapia del lenguaje
- En el 3º casillero anote Teleconsulta en línea.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 1º casillero Lab anote el número de la sesión terapéutica.

AÑO		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							
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		13	14	15	16	17	18	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10	12								SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTADISTICA	SERVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		P	D	R	1º	2º	3º	CIE / CPT
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO													R	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	98298652	2	LA VICTORIA		5	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DE LENGUAJE Y PRONUNCIACIÓN		P	D	R			F80					
	58975	58						M	F	Pab	TALLA	R	R	2.	TERAPIA DEL LENGUAJE		P	R	R	2		Z50.5		
											Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA		P	R	R				99499.01	

### ➤ TELEMONITOREO:

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

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico del paciente /usuario
- En el 2º casillero anote procedimiento realizado
- En el 3º casillero anote telemonitoreo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 3º casillero Lab anote el número de telemonitoreo realizado

AÑO		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		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTA:	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
		HISTORIA CLINICA	10	12							PC	PESO	TALLA	Hb	1.	2.	3.	P	D		R	1º	2º	3º
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														M	N		N	R	R	R
18		76298652	2	HUANCAYO		X	M														F20.0			
		98975	58			M															99205.01			
						D															99499.10			

### ➤ TELEORIENTACIÓN:

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

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico del paciente /usuario
- En el 2º casillero anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades
- En el 3º casillero anote teleorientación sincrónica.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO		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		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBIN	ESTA:	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
		HISTORIA CLINICA	10	12							PC	PESO	TALLA	Hb	1.	2.	3.	P	D		R	1º	2º	3º
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														M	N		N	R	R	R
18		76298652	2	LIMA		X	M														99401.19			
		98975	58			M															765.5			
						D	F	Pab													99499.08			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: \_\_\_\_\_ (\*)FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Intervención individual en salud mental:**

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

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

- En el 1º casillero anote Intervención individual de salud mental
- En el 2º casillero anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
- En el 3º casillero anote Teleorientación sincrónica.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
									DNI														
DIA	8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	4987575	2	LIMA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99207.01	
	78975	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pa b	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					Z65.5	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R							Z65.5

➤ **TELEINTERCONSULTA:**

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

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleinterconsulta.
- En el 2º casillero anote teleinterconsulta

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 2º casillero Lab anote: 1 para el teleinterconsultante o 2 para el teleinterconsultor.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
									DNI														
DIA	8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	4987575	2	LIMA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						F33.1	
	78975	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELEINTERCONSULTA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					99499.11	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.		P	D	R							

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
									DNI														
DIA	8	9	11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	4987575	2	LIMA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						F33.1	
	78975	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELEINTERCONSULTA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2					99499.11	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.		P	D	R							