



PERÚ

Ministerio
de Salud

Red Nacional de
TeleSalud
Perú

Teleconsulta
Teleinterconsulta
Teleorientación
Telemonitoreo



MANUAL

DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS
DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA
Sistema de Información **HIS**



MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

SISTEMA DE INFORMACION HIS

**DIRECCIÓN GENERAL DE TELESALUD, REFERENCIAS Y URGENCIAS
DIRECION DE TELEMEDICINA**

2020



PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud

VÍCTOR BOCANGEL PUCLLA

Viceministro de Salud de
Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SILVIANA YANCOURT RUIZ

Secretaria General

LILIANA MÁ CÁRDENAS

Directora General

Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

NELLY HUAMANI HUAMANI

Directora General

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Pública

MIGUEL ANGEL GUTIERREZ REYES

Director General

Oficina General de Tecnología de la Información

LILY KAU KAU

Directora Ejecutiva

Dirección de Telemedicina



ÍNDICE

	Página
Presentación	04
Procedimientos Médicos y Sanitarios del Servicio de Telemedicina	05
Instrucciones para el Registro y Codificación de las actividades de Telemedicina	05
Definiciones	06
Registro del Servicio de Telemedicina en el HIS	11
Criterios Referenciales para el Registro en el HIS:	
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral	
Etapa de Vida Niño y Niña	12
Etapa de Vida Adolescente y Joven	15
Etapa de Vida Adulto	18
Etapa de Vida Adulto Mayor	22
Prevención y Control del Cáncer	26
Prevención y Control de Discapacidad	30
Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas	35
Inmunizaciones	37
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	40
Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable	51
Salud Mental	55
Salud Sexual y Reproductiva	59
Prevención y Control de la Tuberculosis	64
Prevención y Control de Enfermedades Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis	69
Promoción de la Salud	78

PRESENTACIÓN

En la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, modificada por Decreto Legislativo 1303 y Decreto Legislativo N° 1490, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben incorporar, en forma progresiva y en su cartera de servicios la prestación de los servicios de Telesalud.

Mediante el Decreto de Urgencia N°006-2020 y el Decreto Legislativo N°1412, se creó el Sistema Nacional de Transformación Digital y se aprueba la Ley de Gobierno Digital, respectivamente, los cuales regulan el uso transversal de las tecnologías digitales en los procesos y servicios prestados por el Estado para la sociedad, donde la Telesalud se constituye en un servicio de gobierno digital que promueve la transformación digital del Estado.

La pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 ha demostrado la importancia de la Telesalud para brindar una atención en salud en un estado de aislamiento social obligatorio y como medio de reducir el riesgo de transmisión directa o contagio por el contacto cercano. Es por ello que la Telesalud debe trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud; en ese sentido, se promulgó el Decreto Legislativo que Fortalece los Alcances de la Telesalud, aprobado por Decreto Legislativo N° 1490, cuerpo normativo en el que se incorporaron servicios de Telemedicina como la Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo, los cuales marcan un precedente en materia de salud.

Asimismo, como una respuesta a las acciones que deben desarrollarse en el marco de los servicios de Telemedicina, es que en el presente documento técnico se presentan los criterios referenciales que deben incorporarse en el Registro en el HIS de los establecimientos de salud a nivel nacional, con la finalidad de brindar como fuente básica de la información respecto a la morbilidad, preventivo-promocionales y ambulatoria brindada a los usuarios que reciben una atención por el servicio de Telemedicina. Los criterios identificados han sido propuestos por las Direcciones entre ellos: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral (Etapa Vida Niño y Niña, Etapa Vida Adolescente y Joven, Etapa de Vida Adulto, Etapa de Vida Adulto Mayor), Prevención y Control del Cáncer, Prevención y Control de Discapacidad, Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, Inmunizaciones, Metaxénicas y Zoonosis, Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención y Control de la Tuberculosis, Prevención y Control de Enfermedades Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, y Promoción de la Salud; articulando la propuesta con la Dirección de Telemedicina de la Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública - DGIEPS, Oficina General de Tecnologías de la Información; quienes han considerado la importancia de hacer uso de la Telemedicina realizado por personal de salud en condiciones de seguridad, calidad, equidad, eficiencia y oportunidad, considerando los determinantes sociales de la salud, con enfoques de derechos humanos, de género e interculturalidad en salud utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que fortalezca el rol rector del Ministerio de Salud y sus entidades.

En consecuencia, el registro estadístico sanitario para las atenciones que se brindan en el servicio de Telemedicina se convierte en una necesidad de importancia para la toma de decisiones en el sistema sanitario. Es por ello la Dirección de Telemedicina de la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias del Ministerio de Salud, presenta el documento denominado “**Manual de Registro y Codificación de actividades de Atención en Salud del servicio de Telemedicina**”, para su difusión y homogenización de criterios referenciales en la recopilación y codificación de la información basados en los diagnósticos CIE 10 que corresponda y del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud – MINSa.

Tabla 1: Los Procedimientos Extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos Sanitarios del Sector Salud – MINSA

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

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TELEMEDICINA

Para el registro de los datos generales se hace seguimiento las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnósticos, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y LAB presentan algunas particularidades que se detalla a continuación:

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

Con respecto al financiador, para Telemedicina solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (adultos que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9= privados si el establecimiento de salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.

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 este requiere de algún resultado de Laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico Definitivo): Cuando se tiene certeza del diagnóstico 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 Repetitivo): 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 que se estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos y/o actividades lo que se van a registrar, debe continuarse en el siguiente registro y trazar una Línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta donde se dio el servicio.

La atención de Telemedicina es transversal a las atenciones que se brinda en las diferentes áreas de acción del campo de la salud y puede darse por parte del personal de salud.

B. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA:

Los servicios de Telemedicina que se brindan, se registran en el formulario HIS al momento de su desarrollo y cuando se concluye en el servicio brindado.

C. DEFINICIONES:

Para efectos del presente manual se considera algunas de las definiciones operacionales:

- **ACTO MÉDICO:**

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que deriven directamente de estos.

- **ACTO DE SALUD:**

Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud excepto el médico cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad.

- **ASÍNCRONA:**

Comunicación en tiempo diferido, quiere decir que no está en Línea (off-line).

- **CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD:**

Es el conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Es el derecho reconocido a los usuarios mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, con la finalidad de brindar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

- **DISCAPACIDAD:**

Término genérico que incluye las deficiencias de funciones y o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

- **SÍNCRONA:**

Comunicación directa en tiempo real a través de un medio de comunicación.

- **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN – TIC:**

Son un conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

- **TELEMEDICINA:**

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.

- **TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO**

Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente, incluye diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.

- **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. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

- **TELESALUD:**

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.

- **TELEINTERCONSULTA:**

Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

- **TELEORIENTACIÓN:**

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

- **TELECERTIFICACIÓN:**

Acto médico por el cual el médico debidamente capacitado y acreditado realiza la certificación de la condición de salud y la discapacidad de acuerdo a la normativa vigente en la materia, haciendo uso de las TIC y cuyo acto se encuentra debidamente fundamentado y registrado en la Historia Clínica o Historia Clínica Electrónica.



- **TELEREHABILITACIÓN¹**

Provisión de servicios de salud a distancia en el componente de rehabilitación, prestada por personal de salud mediante el uso de las TIC, con el propósito de facilitar el acceso al servicio de rehabilitación a la población.

- **TELETERAPIA¹**

Procedimiento terapéutico donde el paciente realiza las terapias indicadas en el plan de rehabilitación prescritas por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o médico general capacitado y guiadas por un profesional de la salud competente en forma remota mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC.

- **IPRESS INTERCONSULTANTE:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud, registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, con limitaciones de acceso o capacidad resolutoria, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de telemedicina (teleinterconsulta) de una o más IPRESS consultoras.

- **IPRESS INTERCONSULTORA:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y brinda servicios de Telemedicina (teleinterconsulta) a las IPRESS interconsultantes.

- **TELEINTERCONSULTANTE:**

Personal de la salud que Labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de Telemedicina a uno o más teleconsultores de una IPRESS consultora.

- **TELEINTERCONSULTORA:**

Profesional de la salud, que Labora en una IPRESS, que brinda servicios de Telemedicina teleinterconsulta a uno o más teleinterconsultantes.

¹ Elaboración propia de la Dirección de Prevención y Control de Discapacidad.

D. REGISTRO DE LA PRESTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Para el registro en el HIS del número de la Historia Clínica del usuario de Telemedicina, se toma en cuenta lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 1490, con el objeto de Fortalecer los Alcances de la Telesalud con énfasis los servicios de Telemedicina: Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación y Telemonitoreo

Por otro lado, se identifica:

- La IPRESS Interconsultante registra en la Historia Clínica del paciente todo acto brindado por el servicio de Telemedicina, de acuerdo a la normativa vigente.
- La IPRESS Interconsultora no apertura Historia Clínica por los servicios brindados de Telemedicina, sin embargo, lleva un registro detallado de las atenciones brindadas y de los formatos de atención de Telemedicina.

La teleinterconsultora registra en el campo de Historia Clínica del formato HIS el Número de documento de identidad del paciente.

E. REGISTRO IPRESS INTERCONSULTORA E IPRESS INTERCONSULTANTE

➤ TELEINTERCONSULTA:

En el HIS para diferenciar a la IPRESS Interconsultora / IPRESS Interconsultante se hará uso del ítem LAB considerando:

LAB : 1= Interconsultante

LAB : 2= Interconsultora

Como se muestra en lo siguiente:

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)							UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (IPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	TRITO DE PROCEDEN	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	1º	2º	3º	1º	2º	3º			
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				Interconsultante	
						M			TALLA	C	C	2.				P	D	R					
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R	1				

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)							UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (IPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	TRITO DE PROCEDEN	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	1º	2º	3º	1º	2º	3º			
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				Interconsultora	
						M			TALLA	C	C	2.				P	D	R					
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R	2				



F. PAUTAS DEL NUMERO DE CONTROL PARA EL REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

En el HIS para diferenciar el número de Telemedicina se hará uso del ítem LAB considerando:

LAB : 1, 2, 3 = Número de control de Telemedicina según corresponda.

G. REGISTRO DE ETNIAS EN EL HIS

En el caso de corresponder la atención de un paciente proveniente de una etnia debe ser registrada en cumplimiento a la Directiva Administrativa para el registro de la pertinencia étnica en el sistema de Información en Salud.²

H. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL HIS

A continuación, se muestra algunos criterios referenciales para el registro en el presente HIS

² Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA.

ETAPA DE VIDA NIÑO Y NIÑA

➤ TELECONSULTA EN LÍNEA

A. RECIEN NADIDO BAJO PESO AL NACER

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** registrar:

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de nacimiento del RN **SÓLO si presenta antecedentes de bajo peso, pretérmino, postérmino**; en este ejemplo se colocaría **RN bajo peso al nacer**.
- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	1º	2º	3º	
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
3	98251652	2	ATE		A	M	PC	PESO	N	N	1.	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED NEONATO			P	D	R			99381.01
	56975	59			M	X	Pab	TALLA	X	X	2.	RN BAJO PESO AL NACER.			P	D	R			P07.1
					D	X		Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LÍNEA			P	D	R			99499.01

B. NIÑA DE 7 MESES CON ALIMENTACIÓN INADECUADA

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** registrar:

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de crecimiento y desarrollo, **SÓLO si existe un riesgo**; en este ejemplo se colocaría Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada).
- En el 3° casillero se registrará el servicio realizado Teleconsulta en Línea.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	1º	2º	3º	
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
3	98251652	2	ATE		A	M	PC	PESO	N	N	1.	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P	D	R			99381
	56975	59			M	X	Pab	TALLA	X	X	2.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HáBITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS. (ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA)			P	D	R			Z72.4
					D	X		Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LÍNEA			P	D	R			99499.01

Excepciones para el ítem Tipo de diagnóstico

- En caso la niña o niño continúe durante la Teleconsulta con el mismo diagnóstico se seguirá marcando "R" hasta la recuperación en donde se colocará "PR" en el LAB, y luego se volverá a marcar "D".
- En caso la niña o niño durante la Teleconsulta cuente con un diagnóstico como presuntivo se marcará "P".

 ➤ **TELEORIENTACION:**
C. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año ó de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Síncrona**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en **blanco**.

AÑO ³		MES ⁴	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶								
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 CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																
3		98152635	2	ATE	A	M	PC	PESO	N	N	1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P	X	R			99381
		54324			D	F	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.			P	X	R			99401.03
		59						Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA			P	X	R			99499.08

D. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA (consejería o asesoría) COMO PARTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO EN LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 1 AÑO.

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** registrar:

- En el 1° casillero se colocará Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión. **En menor de 1 año** En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 2° casillero se registrará la consejería brindada, según listado de códigos.
- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Síncrona**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en **blanco**.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶								
														DNI								
7 DÍA	8		9	11		13	14	15	16	17	18	19			20		21	22				
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
3	98251652		2	ATE		3	A	M	PC	PESO		N	N	1. ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO. AREAS: LENGIAJEMOTORA, DE COORDINACION Y SOCIAL/SESION			P	D	R			99411.01
	56975						D	X	X	X	TALLA		X	X	X	2. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.			P	D	R	
			59						Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA			P	D	R			99499.08	

➤ TELEMONITOREO

E. CUANDO EL NIÑO O NIÑA NECESITE DE UN MONITOREO O SEGUIMIENTO.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1º casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2º casillero se registrará el **Telemonitoreo**.
- En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “**D**”
- En el ítem **LAB** anote:
- Todos los casilleros quedaran en **blanco**.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶								
														DNI								
7 DÍA	8		9	11		13	14	15	16	17	18	19			20		21	22				
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
3	98152635		2	ATE		7	A	M	PC	PESO		N	N	1. ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO			P	D	R			99381
	54324						D	X	X	X	TALLA		X	X	X	2. TELEMONITOREO			P	D	M	
			59						Hb		R	R	3.			P	D	R				

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y JOVEN

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

Primer Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la teleinterconsulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar
- 2do casillero: La atención de Consejería de prevención en riesgos de salud mental
- 3er casillero: La siguiente atención: Consejería para el autocuidado
- Siguiendo casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona (1 para el solicitante)**

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “D”

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

IPRESS TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2020		mayo		El Tambo				302304				DNI													
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC VICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB		CODIGO CIE / CPT	
		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
27	99526232				JESUS MARIA		16		M	PC	PESO	N	N	1.	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar		P	D	R	1	2	3	Z553		
	99526232						M	Pab	TALLA	C	C	2.	Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental		P	D	R	1	2	3	99402.09				
							D	Pab	Hb	R	R	3.	Consejería para el autocuidado		P	D	R	1	2	3	99401.19				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
						A	PC	PESO	N	N	1.	Teleinterconculca síncrona		P	D	R	1	2	3	99499.11					
						M	Pab	TALLA	C	C	2.			P	D	R	1	2	3						
						D	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R	1	2	3						

Segundo Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la consulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar
- 2do casillero: El hallazgo del especialista: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa
- 3er casillero, Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona (En Lab. 2 que responde a quien se realiza la referencia)**
- Dependiendo la necesidad; precisará la prescripción correspondiente.

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “D o P” del motivo de la consulta

- En el siguiente ítem del hallazgo marcará “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

IPRESS TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2020		mayo		El Tambo											302304					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 ABDOMINAL	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										
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
27	99526232		JESUS MARIA	16	M	PC	PESO		N	N	1.	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar				P	D	R			Z553				
	99526232						TALLA				2.	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa				P	D	R			Z637				
							Hb		R	R	3.	Teleinterconsulta sincrona				P	D	R	2		99499.11				

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de consulta la Consejería que se brinda al adolescente, según necesidad.
- 2do casillero: Atención, Motivo de consulta o consejería que demande la atención.
- 3er casillero: Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele orientación sincrona**.

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D".

En el ítem Lab. El número de consejería que corresponda de acuerdo al caso.

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2020		mayo		El Tambo											302304					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 ABDOMINAL	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										
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
25	56906798	10	JESÚS MARIA	16	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería /Orientación en salud sexual y reproductiva				P	D	R			99402.03				
	56906798						TALLA				2.	Consejería para el autocuidado				P	D	R			99401.19				
		58					Hb		R	R	3.	Teleorientación Sincrona				P	D	R			99499.08				

➤ TELEMONITOREO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem de diagnóstico:

- 1er casillero: Se colocará el motivo de la llamada: Embarazo no confirmado.
- 2do casillero: La atención o necesidad: Orientación/ Consejería en planificación familiar
- 3er casillero: La siguiente atención: consejería nutricional: alimentación saludable.
- Siguiente casillero: la atención de consejería para el autocuidado.
- Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso



En el ítem Tipo de diagnóstico, que corresponde a tele monitoreo, se marcará siempre “R”

- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO			MES			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2020			MAYO			El Tambo					302304					DNI								
DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO					HEMOGLOBINA				Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																								
26	98569067	10	ATE		17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Embarazo no confirmado		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						Z320	
	98569067	58				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería en Planificación Familiar		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.04	
							F				Hb		R	R	3. Consejería Nutricional: Alimentación Saludable		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																								
						A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Consejería para el autocuidado		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.19	
						M				TALLA		C	C	2. Telemonitoreo		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10	
						D				Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

ETAPA DE VIDA ADULTO

➤ TELECONSULTA EN LINEA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea.

En el ítem: LAB anote:

En el 3er casillero: No se colocará nada.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
												DNI		12345678		JUAN PEREZ				
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 HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12										CENTRO POBLADO			P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 05 / 01 / 2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06 / 06 / 2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
11	198765432	2	BELLAVISTA	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. CEFALEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			R51	
	2368	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. HIPERTENSION ARTERIAL			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			I10X
					D	F	Pab			Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

➤ TELEINTERCONSULTA SINCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando.

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta).
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta).

TELEINTERCONSULTANTE:

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	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	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
2	198765432		2	BELLAVISTA	45	M	PC			N	N	1. OBESIDAD	P	X	R		E669		
	123456					M				X	X	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	P	X	R		E119		
	2456		59			D	F	Pab		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	X	R	1	99499.11		

TELEINTERCONSULTORA:

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	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	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
11	198765432		2	BELLAVISTA	45	M	PC			N	N	1. OBESIDAD	P	X	R		E669		
	3698					M				X	X	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	P	X	R		E119		
			58			D	F	Pab		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	P	X	R	2	99499.11		

TELEINTERCONSULTA ASINCRONA:

En el ítem: D.N.I./Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Asíncrona

En el ítem LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

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	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	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	98765432		2	RIMAC	42	M	PC			N	N	1. OBESIDAD	P	X	R		E669		
	12345					M				X	X	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	P	X	R		E119		
			58			D	F	Pab		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA	P	X	R	1	99499.12		



TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI	12345678	JUAN PEREZ									
7 DIA	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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	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	98765432		2	RIMAC		42	M	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD			P	X	R			E669
	12345								58	D	F	Pab	TALLA		X	X	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION			P	X
						Hb		R					R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA			P	X	R	2	

TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería Salud mental.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1ero, 2do y 3er casillero: marque D en todos los casos por ser actividades

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Numero de consejería
- En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
										DNI	12345678	JUAN PEREZ									
7 DIA	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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	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	19876543		2	BREÑA		55	M	PC	PESO		N	N	1. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			P	X	R	VIF		U140
	12345								58	D	Pab	TALLA		X	X	2. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL			P	X	R
						Hb		R				R	3. TELEORIENTACION SINCRONA			P	X	R	1		99499.08

TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Salud mental.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Asíncrona que corresponda (1,2...)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
														DNI	12345678	JUAN PEREZ													
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			R			
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:																				
20	19876543	2	BREÑA	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF			U140								
	12345				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.14								
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. TELEORIENTACION ASINCRONA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99499.09								

TELEMONITOREO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de consulta.
- En el 2do casillero: Se colocará el problema o síndrome o motivo de monitoreo.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero considerar "D" si es primera evaluación.
- En el 2do casillero "D" por ser un problema o síndrome conocido
- En el 3er casillero "D" por una actividad.

En el ítem: LAB anote:

- En el 3º casillero el número de Telemonitoreo que corresponda (1,2...)

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
														DNI	12345678	JUAN PEREZ													
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			R			
GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:																				
20	12345678	2	SAN MARTIN	50	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSION ARTERIAL			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			I10X									
	321654				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E11.9									
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99499.10									

ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

➤ TELECONSULTA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de caídas en los últimos tres meses.
- En el 2do casillero: Se colocará el número de la Teleconsulta realizada.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6								
													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 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	1º	2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
14	25543431	1	HUANCAYO			<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1.	CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		W.010
	22554				72	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELECONSULTA EN LÍNEA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.01
		58					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.				P	D	R		

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona

En el ítem: LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7												
														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 CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12																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: / /												
14		25543431		2		LA VICTORIA			65	M	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL					P	D	R			I10x
		22554		58					65	M	Pab	TALLA		N	N	2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN					P	D	R			E119
									65	D	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA					P	D	R	1		99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7												
														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 CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12																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: / /												
13		25543431		2		LA VICTORIA			65	M	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL					P	D	R			I10x
		22554		58					65	M	Pab	TALLA		N	N	2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN					P	D	R			E119
									65	D	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA					P	D	R	2		99499.11

➤ TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta
- En el 2do casillero: Se colocará el segundo problema o síndrome geriátrico motivo de consulta.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta Asíncrona

En el ítem LAB anote:

- Cada personal de salud que interviene en la interconsulta registrará su actividad en su respectiva hoja HIS, en el ítem LAB considerando:

En el 3er casillero:

- 1= Teleinterconsultante (inicia la solicitud de la teleinterconsulta)
- 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7												
														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 CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12																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: / /												
13		25543431		2		LA VICTORIA			65	M	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL					P	D	R			I10x
		22554		58					65	M	Pab	TALLA		N	N	2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN					P	D	R			E119
									65	D	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA					P	D	R	1		99499.12

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
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		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10		12		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		19		29		39		P		D		R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
13		25543431		2		LA VICTORIA		65		M		PC		PESO		N		N		1. HIPERTENSION ARTERIAL			P		R				I10x	
		22554		58				M		F		Pab		TALLA		R		R		2. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION			P		R				E119	
								D						Hb		R		R		3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA			P		R		2		99499.12	

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:

En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Numero de consejería
- En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
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		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10		12		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		19		29		39		P		D		R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
18		25543431		1		CAJAMARCA		72		M		PC		PESO		N		N		1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS			P		R				Z724	
		22554		58				M		F		Pab		TALLA		R		R		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P		R		1		99401	
								D						Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA			P		R		1		99499.08	

➤ TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería integral.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Asíncrona que corresponda (1,2...)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7												
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19				TIPO DE DIAGNÓSTICO 20		VALOR LAB 21		CÓDIGO CIE / CPT 22	
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: / /													
18	25543431	2	CAJAMARCA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						2724	
	22554			72	M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERIA INTEGRAL				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99401		
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99499.09	

➤ TELEMONITOREO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).
- En el 2do casillero: Se colocará el problema o síndrome geriátrico motivo de monitoreo.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero considerar "D" si es primera evaluación del VACAM.
- En el 2do casillero "D" por ser un problema o síndrome geriátrico conocido
- En el 3er casillero "D" por una actividad.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero registre la categoría de clasificación de la Persona Adulta Mayor:

AS	Persona Adulta Mayor Saludable	AF	Persona Adulta Mayor Frágil
E	Persona Adulta Mayor Enferma	GC	Persona Adulta Mayor Geriátrico Complejo

- En el 2º casillero el número de caídas (1, 2...)
- En el 3º casillero el número de Telemonitoreo que corresponda (1,2...)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7												
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19				TIPO DE DIAGNÓSTICO 20		VALOR LAB 21		CÓDIGO CIE / CPT 22	
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: / /													
14	25543431	2	HUANCAYO	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF				99387		
	22554			72	M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				W.010		
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	3. TELEMONITOREO				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99499.10	

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

➤ TELEORIENTACIÓN:

CONSEJERÍA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico.
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Número de consejería

2		3	4				5						6								
R/O		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7		8	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	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
HISTORIA CLINICA		10	12	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º	2º	3º	1º	2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
	35241796	2	SANTA MARIA				23	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERÍA EN ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.26
								M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CANCER DE MAMA			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		C509
	58							D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNICA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99499.08

ENTREGA DE RESULTADOS DE TAMIZAJES TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la actividad "entrega de resultados PAP"
- En el 2do casillero: Se colocará la consejería
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el resultado del PAP
- En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería

2		3	4				5						6								
R/O		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
7		8	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	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
HISTORIA CLINICA		10	12	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º	2º	3º	1º	2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
	35241796	2	SANTA MARIA				23	A	M	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS PAP			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	88141
								M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE CANCER			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
	58							D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNICA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99499.08

➤ TELEMONITOREO:

ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la actividad “entrega de resultados biopsia de estómago”
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 3er casillero: Se colocara Telemonitoreo

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el resultado de la biopsia

2	3	4	5	6																	
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
													DNI								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRÍA	EVALUACIÓN	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	ENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
	20295134	2	LOS OLIVOS	28	M	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE BIOPSIA DE ESTOMAGO	P	D	R	A							43600
		59		M			TALLA	C		2. TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	P	D	R								C169
				D		Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	D	R								99499.10

MONITOREO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda
- En el 3er casillero: Se colocara Telemonitoreo

2	3	4	5	6																	
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
													DNI								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRÍA	EVALUACIÓN	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	ENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
	25879462	2	EL AGUSTINO	23	M	PC	PESO	N	N	1. TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	R								C509
		59		M			TALLA	C		2. EXAMEN DEL SEGUIMIENTO CONSECUTIVO AL TRATAMIENTO POR TUMOR MALIGNO	P	D	R								Z089
				D		Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	D	R								99499.10

ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA CONTROL DE PACIENTE CONOCIDO

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda
- 3er casillero: Telemonitoreo

En el ítem: LAB anote:

- 2do casillero: Se colocará el número de atención en cuidados paliativos

2	3	4	5	6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTABLEC	SERVICIO	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES	23	M	PC	PESO	N	N	1. TUMOR MALIGNO DE CUELLO	P	D	X		C539	
					M		TALLA	C	X	2. ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	P	X	R	1	99489	
		59			D	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONTOREO	P	X	R		99499.10	

2	3	4	5	6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTABLEC	SERVICIO	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	33	M	PC	PESO	N	N	1. TUMOR MALIGNO DE CUELLO	P	D	X		C539	
					M		TALLA	C	X	2. ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	P	X	R	1	99489	
		59			D	Pab	Hb	R	R	3. PROBLEMAS SOCIALES CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	P	X	R		7658	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
					M	PC	PESO	N	N	1. TELEMONTOREO	P	X	R		99499.10	
					M		TALLA	C	X	2.	P	D	R			
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

➤ TELEMAMOGRAFÍA:

Con la finalidad de tener un adecuado registro de las actividades de telemamografía en la IPRESS interconsultante e IPRESS interconsultora se ha diferenciado el mismo, tomando en cuenta los resultados en los diferentes BI-RADS.

TELEINTERCONSULTANTE

Nota: Solo para el registro de Telemamografía (toma del examen de mama) en el teleinterconsultante se debe dejar en blanco el ítem LAB

2	3	4	5	6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTABLEC	SERVICIO	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES	23	M	PC	PESO	N	N	1. TELEMAMOGRAFÍA	P	X	R		99499.07	
					M		TALLA	C	C	2.	P	D	R			
		59			D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			



TELEINTERCONSULTORA

En el ítem tipo de diagnóstico

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

En el ítem LAB:

- En el 1º casillero registre la categoría de evaluación BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System):
 0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
 1 = Negativa (BI - RADS 1)
 2 = Benigna (BI - RADS 2)
 3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
 4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
 5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
 6 = Malignidad conocida (Bi - RADS 6)

Nota: Se considera para el teleinterconsultora la entrega del informe de la lectura realizada al teleinterconsultante y se coloca en ítem LAB el resultado de BI-RARDS según corresponda.

2	3	4	5				6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	TO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR	EVALUAL	ESTA-	SER-	DTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO				
	HISTORIA CLINICA	10	12					BLEC	VICIO	AD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB	CIE / CPT				
GESTANTE/PUERPER		ETNIA	ENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES	23	M	PC	PESO	N	N	1.	TELEMAMOGRAFÍA	P	X	R	4		99499.07
		59			M		TALLA		C	C			P	D	R		
					D	Pab	Hb		R	R			P	D	R		

PREVENCIÓN Y CONTROL DE DISCAPACIDAD

A continuación, se muestra algunos ejemplos referenciales para el registro en el HIS.

➤ TELECONSULTA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

- En el 3er casillero: No se colocará nada.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 5														
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 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: ___/___/___															
21		20218293		2		ADAHUAYLAS			45	M	PC		PESO		N	X	1. INFARTO CEREBRAL				P D X				1639		
		231458		58					45	M	PC		TALLA		X	C	2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA				P X R				99247		
									D	F	Pab		Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA				P X R				99499.01		

➤ 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 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleinterconsulta.
- En el 2do casillero: Anote teleinterconsulta.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 2º casillero LAB anote:
1= Teleinterconsultante (solicitud de la Teleinterconsulta)
2= Teleinterconsultor (responde la Teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 5														
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 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: ___/___/___															
21		40005000		2		ANDAHUAYLAS			2	A	PC		PESO		N	X	1. ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIEDAD)				P D X				287.6		
		102030		58					2	M	PC		TALLA		X	C	2. CONSULTA MÉDICO ESPECIALIZADA				P X R				99247		
									D	F	Pab		Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA				P X R		1		99499.11		

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																				
													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		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		19		20		30	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P		D		R		19		20		30	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
21		20218293		2		ATE		2		A		M		PC		PESO		N		N		1. ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIDAD)				P		D		R		287.6	
		102030		58				45		M		PC		TALLA		N		N		2. CONSULTA MÉDICO ESPECIALIZADA				P		R		99247					
								D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA				P		R		2		99499.11			

TELEORIENTACION:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																				
													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		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		19		20		30	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P		D		R		19		20		30	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
21		20218293		2		ANDAHUAYLAS		45		M		PC		PESO		N		N		1. COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO				P		D		R		U071			
		102030		58				D		F		Pab		TALLA		N		N		2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA				P		R		99247					
														Hb		R		R		3. TELEORIENTACION SINCRONA				P		R		99499.08					

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																				
													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		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		19		20		30	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P		D		R		19		20		30	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
21		40005000		2		ANDAHUAYLAS		45		M		PC		PESO		N		N		1. COVID -19, VIRUS NO IDENTIFICADO				P		D		R		U072			
		102030		58				D		F		Pab		TALLA		N		N		2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA				P		R		99247					
														Hb		R		R		3. TELEORIENTACION ASINCRONA				P		R		99499.09					

TERAPIA FISICA:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO 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	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: ____/____/____																													
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS			45	M	PC	PESO	N	N	1.	SECUELAS DE POLIOMIELITIS					P	D	R				B91.X			
	102030		58								TALLA						2.	EVALUACION DE TERAPIA FISICA					P	X	R				97001
											Hb	R	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA					P	X	R	1				99499.08	

TERAPIA DE LENGUAJE:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Sincrónica.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación.

AÑO 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	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: ____/____/____																													
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS			45	M	PC	PESO	N	N	1.	INFARTO CEREBRAL					P	D	R				163.9			
	102030		58								TALLA																		97009
											Hb	R	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA					P	X	R				99499.08		

TERAPIA OCUPACIONAL:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Teleorientación Sincrónica.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Sincrónica.

AÑO 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	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: ____/____/____																													
21	40005000		2		ANDAHUAYLAS			45	M	PC	PESO	N	N	1.	COVID 19, VIRUS IDENTIFICADO					P	D	R				U071			
	102030		58								TALLA																		97003
											Hb	R	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA					P	X	R				99499.08		

TERAPIA RESPIRATORIO:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.
- En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶																		
													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		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: ___/___/___															
21		20218293		2		ANDAHUAYLAS		45		M		PC		PESO		N		N		1. COVID 19, VIRUS IDENTIFICADO				P		D		X		U071	
		102030		58				45		M		PC		TALLA		X		X		2. TERAPIA RESPIRATORIA / PROCEDIMIENTO NO LISTADO				P		R		1		97799	
								45		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEORIENTACION SINCRONA				P		R		1		99499.08	

➤ **TELEMONITOREO**

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.
- En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶																		
													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		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: ___/___/___															
21		40005000		2		ANDAHUAYLAS		45		M		PC		PESO		N		N		1. COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO				P		D		X		U071	
		102030		58				45		M		PC		TALLA		X		X		2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA				P		R				99247	
								45		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P		R		1		99499.10	

➤ **TELERADIOGRAFÍA FUERA DE LÍNEA:**

Telerradiografía fuera de Línea. Es una Teleinterconsulta, que realiza un Teleinterconsultante a un Teleinterconsultor, donde el diagnóstico se basa en la transmisión de imágenes de radiografía en tiempo real desde la IPRESS Teleinterconsultante hacia la IPRESS Teleinterconsultora.

- En el 1er casillero LAB anote:
LAB 1= Teleinterconsultante.
LAB 2= Teleinterconsultor.

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
														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 ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA 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: / /															
27	20218293	2	HUANUCO	45	M	PC		PESO																				M16.6	
								TALLA																					99247
	102030	58				Pab		Hb		R	R																	99499.05	

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
														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 ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA 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: / /															
27	20218293	2	LIMA	45	M	PC		PESO																					M16.6
								TALLA																					99247
	102030	58				Pab		Hb		R	R																	99499.05	

➤ TELEECOGRAFÍA:

Teleecografía + Teleconsulta en línea. Es una Teleinterconsulta en tiempo real, que realiza un Teleinterconsultante a un Teleinterconsultor, donde el diagnóstico se basa en la transmisión de imágenes de ecografía en tiempo real desde la IPRESS Teleinterconsultante hacia la IPRESS Teleinterconsultora.

- En el 1er casillero LAB anote:
LAB 1= Teleinterconsultante.
LAB 2= Teleinterconsultora.

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
														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 ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA 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: / /															
27	20218293	2	HUANUCO	45	M	PC		PESO																					M75.4
								TALLA																					99247
	102030	58				Pab		Hb		R	R																	99499.04	

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
														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 ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA 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: / /															
27	20218293	2	LIMA	45	M	PC		PESO																					M75.4
								TALLA																					99247
	102030	58				Pab		Hb		R	R																	99499.04	



PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, RARAS Y HUERFANAS

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará la valoración clínica de factores de riesgo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico nutricional que corresponda.
- En el 3er casillero: Se colocará la actividad que corresponda.
- En el 4to casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará DNT.

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		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		1º 2º 3º					
GESTANTE/P/ UER PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
21	98251652	2	ATE	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT										Z019		
	56975			56	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. SOBREPESO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R											E66.2		
		58				D	Pab		Hb	R	R	3. SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R										Z017		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
					A	M	PC	PESO	N	N	1. TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R											99499.08		
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R													
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R													

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS A TRAVÉS DE TELEMONITOREO SEGUNDA ATENCIÓN:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero se colocará motivo de la consulta de continuación de la primera atención de valoración clínica.
- En el 2do y siguientes casilleros se consignarán los resultados de los exámenes de laboratorio.
- En el 3ro Finalizando con la actividad de Telemonitoreo

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar DNT que corresponde a la actividad de daños no transmisibles.

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		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		1º 2º 3º					
GESTANTE/P/ UER PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
21	43578908	2	ATE	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. EVALUACION DE ENTREGA DE RESULTADOS DE DIAGNOSTICOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT										U262		
	4567			68	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. HIPERGLICEMIA NO ESPECIFICADA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R											R739		
		58				D	Pab		Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R										99499.10		

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE TELEMONITOREO.

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de enfermedad hipertensiva.
- En el 2do casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda.

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar N: presión arterial <140/90 y A: presión arterial ≥ 140/90

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	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
		GESTANTE/P/UE/P/ERA	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: / /							
21	98152546	2	ATE		M	PC	PESO	N	N	1.	HIPERTENSION ARTERIAL	P	D	R	DNT			110
	5467			38	M		TALLA			2.	TELEMONITOREO	P	D	R				99499.10
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS A TRAVÉS DE TELEMONITOREO.

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero: se colocará el diagnóstico hallado.
- En el 2do casillero: se registrará el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda.

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar N: glucosa 70- 130mg/dl y A: glucosa >130mg/dl.

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	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
		GESTANTE/P/UE/P/ERA	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: / /							
21	4826351	2	COMAS		M	PC	PESO	N	N	1.	DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN COMPLICACIONES	P	D	R	DNT	N		110
	45672			38	M		TALLA			2.	TELEMONITOREO	P	D	R				99499.10
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			

INMUNIZACIONES

➤ TELECONSULTA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE del efecto adverso identificado
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 3ro casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea.

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁵				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	PERÍMETRO CEFÁLICO 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			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO											1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
29	34567892	2	ATE		A	M	PC	PESO		N	N	1. EFECTO ADVERSO A LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA			P	D	R	Y5901
	56975				M			TALLA		X	X	2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES			P	X	R	99401.07
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA			P	D	R	99499.01

La madre y/o persona a vacunar llama a la enfermera para consultas relacionadas a inmunizaciones

➤ TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA

TELEINTERCONSULTANTE:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1º, y SIEMPRE en el casillero 2do el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero, Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "1" para indicar la SOLICITUD de Teleinterconsulta Síncrona.

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		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
HISTORIA CLÍNICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO												P		D		R		1º		2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																			
25		34567892		2		SAN LUIS		3		A		M		PC		PESO		N		N		1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG		D		R		Y580			
		56975		58				M		F		Pab		TALLA		R		R		2. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA		P		D		R		99499.11			
								F		Hb		R		R		3.						P		D		R					

Personal de enfermería consulta con otro profesional de la salud

TELEINTERCONSULTORA:

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

- En el 1ro casillero: Se consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleinterconsulta Síncrona.

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

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se dejará en blanco.
- En el 2do casillero: Se colocará "2" para indicar la ATENCIÓN de Teleinterconsulta Síncrona.

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		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
HISTORIA CLÍNICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO												P		D		R		1º		2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																			
25		34567892		2		SAN LUIS		3		A		M		PC		PESO		N		N		1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG		D		R		Y580			
		56975		58				M		F		Pab		TALLA		R		R		2. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA		P		D		R		99499.11			
								F		Hb		R		R		3.						P		D		R					

Profesional de la salud atiende interconsulta de profesional de enfermería

➤ TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE para ambos casos "D".

En el ítem: LAB dejar en blanco.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6														
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 ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO																1º		2º		3º			
GESTANTE/PUERPERA																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
31		34567892		2		JESUS MARIA		1		M		PC		PESO		N		1. CONSERIA EN INMUNIZACION		P		D		R		99401.07	
		56975								M				TALLA		D		2. TELEORIENTACION SINCRONA		P		D		R		99499.08	
				58						D		Pab		Hb		R		3.		P		D		R			

Nota: Para el caso de la vacunación a menores de edad en los que la coordinación y gestión de la cita para vacunación se realizar con la madre, padre o tutor debe consignarse los datos den vacunado para el registro HIS.

- Enfermera llama a la madre y/o persona a vacunar para concretar cita para vacunación.

➤ TELEMONITOREO

En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE del efecto adverso identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en Inmunizaciones.
- En el 3ro casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: LAB dejar en blanco.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6														
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 ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO																1º		2º		3º			
GESTANTE/PUERPERA																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
30		34567892		2		SAN LUIS		1		M		PC		PESO		N		1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG		P		D		R		Y580	
		56975								M				TALLA		D		2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES		P		D		R		99401.07	
				58						D		Pab		Hb		R		3. TELEMONITOREO		P		D		R		99499.10	

Enfermera llama a la madre y/o persona vacunada para seguimiento post vacunación.

ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOSIS

➤ TELEMONITOREO

CASO PROBABLE DE DENGUE

En el registro HIS anote:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico según tipo de Dengue.
- En el 2do casillero: Se colocará toma de muestra diagnóstico.
- En el 3ro casillero: Se colocará administración de Tratamiento de ser el caso.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero: Se colocará "P": Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará "D": Definitivo.
- En el 3ro casillero: Se colocará el número de tratamiento de ser el caso (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

Caso probable de Dengue y Toma de muestra:

AÑO 2		MES 4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 5																		
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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			1º 2º 3º									
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
21	623745		2		COMAS		27		M		PC		PESO		N N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			D R						A970					
	45672						M		PC		TALLA		C C		2. TOMA DE MUESTRA DE DIAGNOSTICO			P D R						U2142							
			58				D		Pab		Hb		R R		3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P D R			1			U310							
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 R			1			99499.1				
								M		PC		TALLA		C C		2.			P D R												
								D		F		Pab		Hb		R R		3.			P D R										

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.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO CLÍNICO DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Dengue sin señales de alarma – A970
Tipo de diagnóstico: Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo 99499.10
Tipo de diagnóstico: Definitivo
LAB= 1, 2, 3... según corresponda

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19				TIPO DE DIAGNÓSTICO 20			VALOR LAB 21			CÓDIGO CIE / CPT 22
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: / /																
2		623745		2		COMAS		27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA				P D R			A970	
		45672		58				27		M		Pab		TALLA		P		P		2. TELEMONITOREO				P D R 1			99499.10	
								27		D		Pab		Hb		R		R		3.				P D R				

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE DENGUE MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará la evaluación y Entrega de resultados de Dengue.
- En el 3ro casillero: Se colocará el Telemonitoreo.

En el ítem Tipo de diagnóstico: marque en TODOS los casilleros “Definitivo: D”.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Registre el Serotipo Presentado, si y solo si, se realizó una prueba PCR, caso contrario deje en blanco.
 - 1 = DEN-1
 - 2 = DEN-2
 - 3 = DEN-3
 - 4 = DEN-4
- En el 2do casillero: Registre el tipo de examen:
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3ro casillero anote seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo, con LAB= 1, 2, 3... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7															
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19				TIPO DE DIAGNÓSTICO 20			VALOR LAB 21			CÓDIGO CIE / CPT 22
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: / /																
21		623745		2		COMAS		27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA				P D R			A970	
		45672		58				27		M		Pab		TALLA		P		P		2. EVALUACION Y ENTREGA DE RESULTADOS				P D R IGG			U2625	
								27		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P D R 4			99499.10	

Si en la evaluación diaria del paciente, mediante monitoreo, el profesional de la salud identifica algún signo de alarma o de dengue grave, el paciente tiene que ser referido inmediatamente a un IPRESS.

MALARIA

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM: Se administran por 3 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero: Colocar el diagnóstico de malaria falciparum.
- En el 2do casillero: Colocar el número de tratamiento 2 ó 3, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 3 el fin del mismo.
- En el 3ro casillero: Colocar la reacción adversa.
- En el 4to casillero: Colocar síntoma principal de la reacción adversa.

En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2 según corresponda

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
															DNI							
7 DIA	8		9		11		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											P			D			
	HISTORIA CLINICA		10		12								1º			2º			3º			
GESTANTE/P. UER PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
28	567954		2		COMAS		4	A	M	PC	PESO	N	N	1. MALARIA MIXTA			P	D	X			B538
	12767							M	X	X	TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO			P	X	R	2		U310
			58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO			P	X	R			Y412
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
								A	M	PC	PESO	N	N	1. VOMITO			P	D	X			R11X
								M	X	X	TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1		99499.10
								D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA VIVAX: Se administra por 7 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria vivax.
- En el 2do casillero el número de tratamiento 2 hasta 7, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 7 el fin del mismo.
- En el 3ro casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2,...6 según corresponda.

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
															DNI							
7 DIA	8		9		11		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											P			D			
	HISTORIA CLINICA		10		12								1º			2º			3º			
GESTANTE/P. UER PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
21	567954		2		COMAS		16	X	M	PC	PESO	N	N	1. MALARIA POR P. VIVAX SIN COMPLICACIONES			P	D	X			B519
	12767							M	X	X	TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO			P	X	R	2		U310
			58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO			P	X	R			Y412
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
								A	M	PC	PESO	N	N	1. VOMITO			P	D	X			R11X
								M	X	X	TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1		99499.10
								D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R			



ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MIXTA

Se iniciará tratamiento por 04 días como malaria vívax, si se observa mejora luego de una evaluación al paciente, se completa tratamiento para vívax (07 dosis), caso contrario se cambia tratamiento como malaria falciparum por 03 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria mixta.
- En el 2do casillero el número de tratamiento desde n° 2 al 7 según corresponda; donde 2 indica el 2do. día de tratamiento y 7 (término de tratamiento).
- En el 3ro casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero: Registre el número de Telemonitoreo en Línea 1, 2, ... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
														DNI																						
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 CIE / CPT			
HISTORIA CLINICA		10		12																						P D R		1º 2º 3º								
GESTANTE/ UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																						P D R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
28		567954		2		ANDAHUAYLAS					16		M		PC			PESO		N		N			1. MALARIA MIXTA					P D R					B538	
		12767		58							M					TALLA		C		C			2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO					P R R		2			U310			
											D		Pab			Hb		R		R			3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO					P R R					Y412			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
									A		M		PC			PESO		N		N			1. VOMITO					P D R					R11X			
									M							TALLA		C		C			2. TELEMONITOREO					P R R		1			99499.10			
									D		F					Hb		R		R			3.					P D R								

Nota: En cada sesión de Telemonitoreo se preguntará al paciente sobre su evolución y si está tomando el tratamiento contra la malaria según lo indicado:

- ¿Tomó su medicamento el día de hoy? ¿Qué medicamento tomó?
- ¿Tiene vómitos a repetición? ¿tolera la vía oral? ¿Ha sufrido convulsiones?
- ¿Presenta dificultad para respirar?

Si el paciente refiere algún síntoma grave y/o alguna reacción adversa al medicamento grave debe ser referido al EESS de mayor resolución inmediatamente.

ZOONOSIS - RABIA

ORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor .
 - ✓ Mordedura o ataque de perro W540 o
 - ✓ Mordedura o ataque de gato W550 o
 - ✓ Mordedura o ataque de roedor W530 o
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales urbanos W558
 - ✓ Mordedura o ataque por murciélago W5591
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales domésticos (equinos, porcinos, etc.) W557
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales silvestres W559
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401.
- En el 3er. casillero Teleorientación Síncrona 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3ro. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 2do. casillero: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 3ro. casillero: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2, según corresponda.

➤ TELEORIENTACIÓN EN RABIA URBANA

En caso la mordedura sea por un Can

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																							
														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 CIE / CPT									
	HISTORIA CLINICA		10		12																	P D R			1º 2º 3º												
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		1.		MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			D			R			W540								
		45672		58						M		PC		TALLA		C		2.		CONSEJERIA INTEGRAL			P			R			1			99401					
								D		F		Pab		Hb		R		R		3.			TELEORIENTACION SINCRONA			P			R			1			99499.08		

En caso la mordedura sea por un Gato

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																							
														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 CIE / CPT									
	HISTORIA CLINICA		10		12																			P D R			1º 2º 3º										
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		C		1.		MORDEDURA O ATAQUE DE GATO			D			R			W550								
		45672		58						M		PC		TALLA		C		2.		CONSEJERIA INTEGRAL			P			R			1			99401					
								D		F		Pab		Hb		R		R		3.			TELEORIENTACION SINCRONA			P			R			1			99499.08		

En caso la mordedura sea por otro animal urbano (porcino, equino, bovino, etc).

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.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º										
	GESTANTE/P/ UER/ P/ ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	C	C	Hb	R	R	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES URBANOS	P	D	R				W550						
	45672														58	D	F	Pab	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1				99401
																				3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1			

En caso la mordedura sea por un roedor

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.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º									
	GESTANTE/P/ UER/ P/ ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	C	C	Hb	R	R	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE ROEDOR	P	D	R				W530					
	45672														58	D	F	Pab	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
																				3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		

➤ TELEORIENTACIÓN EN RABIA SILVESTRE
En caso la mordedura sea por un murciélago

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.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º									
	GESTANTE/P/ UER/ P/ ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	C	C	Hb	R	R	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE MURCIELAGO	P	D	R				W5591					
	45672														58	D	F	Pab	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
																				3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		

En caso la mordedura sea por un ataque de otros animales silvestres

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.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º									
	GESTANTE/P/ UER/ P/ ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	TALLA	C	C	Hb	R	R	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES SILVESTRES	P	D	R				W559					
	45672														58	D	F	Pab	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
																				3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		

En caso la mordedura sea por un ataque de otros animales domésticos (equinos, porcinos, etc).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																																								
D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																																	
HISTORIA CLINICA			10			12			16			17			18			19			20			21			22																											
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			ESTABLEC VICIO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CIE / CPT																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			P			D			R			1º			2º			3º																											
623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES DOMESTICOS (EQUINOS, PORCINOS,ETC)			P			D			R			1			2			3			W557			
45672			58						25			M			PC			TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			1			2			3			99401			
									25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEORIENTACION SINCRONA			P			D			R			1			2			3			99499.08

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA

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

- En el 1er. casillero Vacuna antirrábica de cultivo celular 90676
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "R"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 1er. casillero: el número de dosis a vacunar 1, 2, ..., y el tipo de esquema PRE (Pre-exposición) o POS (Post-exposición) según corresponda
- En el 2do. casillero: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Vacunación PRE-EXPOSICIÓN: En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 3 dosis y el registro se realiza en el Módulo de Inmunizaciones del sistema HISMINSA.

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 1era dosis de vacunación Pre-exposición.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																																								
D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																																	
HISTORIA CLINICA			10			12			16			17			18			19			20			21			22																											
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			ESTABLEC VICIO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CIE / CPT																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			P			D			R			1º			2º			3º																											
623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1.			VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			1			2			3			90676			
45672			58						25			M			PC			TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			1			2			3			99401			
									25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			D			R			1			2			3			99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 2da dosis de vacunación Pre-exposición.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																																														
D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																																							
HISTORIA CLINICA			10			12			16			17			18			19			20			21			22																																	
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			ESTABLEC VICIO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CIE / CPT																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			P			D			R			1º			2º			3º																																	
623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1.			VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			2			PRE			1			2			3			90676			
45672			58						25			M			PC			TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			2			PRE			1			2			3			99401			
									25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			D			R			2			PRE			1			2			3			99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 3era dosis de vacunación Pre-exposición.

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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º											
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR				P	D	R	3	PRE		90676						
	45672									58	F	Pab	TALLA	Hb	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL				P	D	R	3		99401
																	3. TELEMONTOREO				P	D	R	3		99499.10

Vacunación POST-EXPOSICIÓN: En esta etapa, para la vacunación cultivo celular se aplica según esquema de vacunación ANEXO 01

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 1era dosis de vacunación Post-exposición.

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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º											
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR				P	D	R	1	POS		90676						
	45672									58	F	Pab	TALLA	Hb	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL				P	D	R	1		99401
																	3. TELEMONTOREO				P	D	R	1		99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 2da dosis de vacunación Post-exposición.

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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º											
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR				P	D	R	2	POS		90676						
	45672									58	F	Pab	TALLA	Hb	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL				P	D	R	2		99401
																	3. TELEMONTOREO				P	D	R	2		99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 3era dosis de vacunación Post-exposición.

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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A 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	1º	2º	3º											
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR				P	D	R	3	POS		90676						
	45672									58	F	Pab	TALLA	Hb	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL				P	D	R	3		99401
																	3. TELEMONTOREO				P	D	R	3		99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 4ta dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																										
DIA		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
HISTORIA CLINICA		10		12		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22											
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb		FECHA DE ULTIMA REGLA		P			D			R			1º			2º			3º											
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			4			POS			90676
		45672		58				25		M		PC		TALLA		N		N		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			4						99401
								25		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			D			R			4						99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 5ta dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																										
DIA		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
HISTORIA CLINICA		10		12		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22											
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb		FECHA DE ULTIMA REGLA		P			D			R			1º			2º			3º											
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			5			POS			90676
		45672		58				25		M		PC		TALLA		N		N		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			5						99401
								25		D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			D			R			5						99499.10

➤ TELEMONITOREO
MONITOREO DE LA OBSERVACIÓN DEL ANIMAL MORDEDOR

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura o ataque de perro W540 o
 - ✓ Mordedura o ataque de gato W550

- En el 2do casillero Animal observado C5092

- En el 3er. casillero Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero siempre "R"
- En el 2do. Casillero siempre "D"
- En el 3er. Casillero siempre "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero el número de monitoreo u observación del animal mordedor 1, 2 o 3 según corresponda y la situación del animal mordedor AS (Aparentemente Sano), SR (Sospechoso de Rabia), MOC (Muerto por otras causas) o PA (Alta del paciente), este último siempre y cuando en la 3era observación se encuentre aparentemente Sano.
- En el 3er. casillero: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

Primera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																											
7			8			9			10			11			12			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 A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																				
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540																	
2			45672			58						M			F			Pab			TALLA			C			C			2. ANIMAL OBSERVADO			P			R			1			AS			C5092														
									D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONTOREO			P			R			1						99499.10																	

Segunda observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																											
7			8			9			10			11			12			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 A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																				
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540																	
2			45672			58						M			F			Pab			TALLA			C			C			2. ANIMAL OBSERVADO			P			R			2			AS			C5092														
									D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONTOREO			P			R			2						99499.10																	

Tercera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano, por lo tanto, se da el Alta del paciente (PA).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																											
7			8			9			10			11			12			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 A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																				
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540																	
2			45672			58						M			F			Pab			TALLA			C			C			2. ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			PA			C5092														
									D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONTOREO			P			R			3						99499.10																	

Cuarta observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Sospechoso de Rabia (SR).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																											
7			8			9			10			11			12			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 A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																				
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540																	
2			45672			58						M			F			Pab			TALLA			C			C			2. ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			SR			C5092														
									D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONTOREO			P			R			3						99499.10																	

Quinta observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando Muerto por Otras Causas (MOC).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																											
7			8			9			10			11			12			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 A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																				
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540																	
2			45672			58						M			F			Pab			TALLA			C			C			2. ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			MOC			C5092														
									D			F			Pab			Hb			R			R			3. TELEMONTOREO			P			R			3						99499.10																	



ANEXO 01: Esquema de tratamiento POST-EXPOSICIÓN³

EXPOSICIÓN LEVE	Mordeduras por animales (perro o gato) localizado SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión superficial y única; y no está localizada en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies.	Control por 10 días	NO	Iniciar profilaxis antirrábica humana si el animal muere, desaparece o presenta sospecha de rabia dentro de los 10 días,
EXPOSICIÓN GRAVE	Mordedura o arañazo por animales perro o gato SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión sea en: cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies; lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Control por 10 días del PERRO o GATO	NO	Iniciar profilaxis con dos dosis de vacuna antirrábica humana los días 0-3, realizar observación del animal mordedor.
				Suspender temporalmente la vacunación si al 5to día del accidente de la mordedura, el animal se encuentra sano y suspender definitivamente la vacunación si al 10mo día del accidente de mordedura o término de la observación el animal se encuentra sano.
				Si no es posible terminar el control (animal huido, muerto) o hay sospecha clínica de rabia, indicar según evaluación de riesgo:
				Completar esquema con vacuna antirrábica los días 7, 14 y 28 o según esquema de recuperación.
	Cualquier tipo de mordedura por animal NO LOCALIZADO O HUIDO			Sin inmunoglobulina o sin suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
				Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL SOSPECHOSO A RABIA .	Control por 10 días del PERRO o GATO		En ambos casos Suspender la vacunación si se localiza al animal mordedor y al término del control está aparentemente sano.	
			Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Con inmunoglobulina o suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA (urbana y silvestre).			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Contacto con saliva del ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA , con heridas recientes o con las mucosas.			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).

³ NTS N° 131-MINSA/2017/DGIESP NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. HUMANA EN EL PERÚ aprobada con Resolución Ministerial RM 024-2017/MINSA

UNIDAD FUNCIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

➤ TELECONSULTA

La Teleconsulta no podrá realizarse a niños sin anemia, ya que su finalidad es brindar el diagnóstico de anemia.

Teleconsulta a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia.
- En la 2° Fila: Teleconsulta.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo “D”

Item Lab:

- En la 1° Fila: Registre el grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 2° Fila: “ ” (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2° Fila: 99499.01 Teleconsulta.

Ejemplo de Teleconsulta Sincrona niño con anemia:

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	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/P UER/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					
				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
5	46284620	1	VMT	6	A	PC	PESO	N	N	1. ANEMIA	P	X	R	LEV			D509
	123456				M		TALLA	X	X	2. TELECONSULTA EN LINEA	P	X	R				99499.01
	2456				D	F Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

➤ TELEORIENTACIÓN

Teleorientación a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia
- En la 2° Fila: Teleorientación.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo “R”.
- En la 2° Fila: Marque tipo “D”.

Item LAB:

- Para ambas actividades “ ” (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de Teleorientación a niño con anemia:

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	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA 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
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	46284620	1	VMT	A	M	PC	PESO	N	N	1. ANEMIA	P	D	X		D509
	123456			X	F		TALLA	X	X	2. TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R		99499.08
	2456			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Teleorientación a niños sin anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: Teleorientación.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo “D”

Item LAB:

- Para ambas actividades “ ” (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de Teleorientación a niño sin anemia:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 5															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO 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		1º 2º 3º							
GESTANTE/P/UE/P/PER/A		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
1		46284620		1		VMT		7		M		PC		PESO		N		N		1. ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.		P		D		R		Z298	
		123456						7		M		Pab		TALLA		X		X		2. TELEORIENTACION SINCRONA		P		D		R		99499.08	
		2456						7		D				Hb		R		R		3.		P		D		R			

➤ TELEMONITOREO

Dicha actividad será realizada por un profesional de la salud especializado en el manejo de la anemia y/o atención nutricional.

Telemonitoreo a niños con anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Anemia
- En la 2° Fila: Telemonitoreo.

Tipo de Diagnóstico:

- En la 1° Fila: Marque tipo "R".
- En la 2° Fila: Marque tipo "D".

Item LAB:

- Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)
- En la 2° Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de Telemonitoreo a niño con anemia:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 5															
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO 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		1º 2º 3º							
GESTANTE/P/UE/P/PER/A		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
1		46284620		1		VMT		7		A		PC		PESO		N		N		1. ANEMIA		P		D		R		D509	
		123456						7		M		Pab		TALLA		X		X		2. TELEMONITOREO		P		D		R		99499.10	
		2456						7		D				Hb		R		R		3.		P		D		R			

Telemonitoreo a niños sin anemia:
Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Administración de Suplementos de Hierro.
- En la 2° Fila: Telemonitoreo.

Tipo de Diagnóstico:

- Para ambas actividades marque tipo “D”

Item LAB:

- Para ambas actividades “ ” (vacío)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro
- En la 2° Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de Telemonitoreo a niño sin anemia:

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	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT	
		HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
1	46284620	1	VMT		A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.	P	R	R	Z298
	123456				M	F	Pab	TALLA	R	R	2.	TELEMONITOREO	P	R	R	99499.10
	2456				D	F		Hb	R	R	3.		P	D	R	

SALUD MENTAL

➤ TELECONSULTA

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 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la Teleconsulta.
- En el 2do casillero: Anote el procedimiento realizado: Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento
- En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶									
													DNI									
7 DIA	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 CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10		12											P	D	R	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				28	M		TALLA				2. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO			P	D	R			99214.06
								D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA			P	D	R		

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 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la Teleconsulta
- En el 2do casillero: Anote Psicoterapia individual
- En el 3er 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 ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶									
													DNI									
7 DIA	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 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: ___/___/___										
18	98251652		2		ATE			M	PC	PESO		N	N	1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO			P	D	R			F33.1
	56975		58				35	M		TALLA				2. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL			P	D	R	3		90834
								D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA			P	D	R		

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 1er casillero: Anote el diagnóstico del usuario.
- En el 2do casillero: Anote Psicoterapia Familiar

- En el 3er 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			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO			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			F44.1	
		58975		58					5		M		PC	TALLA		N	N	2. PSICOTERAPIA FAMILIAR					P	D	3		96100.01	
											D		F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA					P	D			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 1er casillero: Anote diagnóstico del usuario
- En el 2do casillero: Anote Terapia del lenguaje
- En el 3er 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			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO			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			F80	
		58975		58							M		PC	TALLA		N	N	2. TERAPIA DEL LENGUAJE					P	D	2		Z50.5	
											D		F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA					P	D			99499.01

➤ 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 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la teleinterconsulta.
- En el 2do casillero: Anote teleinterconsulta

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

- En el 2º casillero Lab anote:
 - 1= Teleinterconsultante (solicitud de la teleinterconsulta)
 - 2= Teleinterconsultor (responde la teleinterconsulta)

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
												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 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: / /																			
18		98298652		2		LIMA		22		M		PC		PESO		N		N		1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.			P			R			F33.1		
		58975		58				M		Pab		TALLA		R		R		2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA			P			R			99499.11				
								D		Pab		Hb		R		R		3.			P			D			R				

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
												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 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: / /																			
18		98298652		2		LIMA		22		M		PC		PESO		N		N		1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.			P			R			F33.1		
		58975		58				M		Pab		TALLA		R		R		2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA			P			R			99499.11				
								D		Pab		Hb		R		R		3.			P			D			R				

➤ 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 1er casillero: Anote el diagnóstico del paciente /usuario.
- En el 2do casillero: Anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
- En el 3er casillero: Anote Teleorientación Sincrónico.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
												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 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: / /																			
18		98298652		2		LIMA		29		M		PC		PESO		N		N		1. CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO (PAP)			P			R			99401.19		
		58975		58				M		Pab		TALLA		R		R		2. EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES			P			R			265.5				
								D		Pab		Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA			P			R			99499.08				

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 1er casillero: Anote Intervención individual de salud mental
- En el 2do casillero: Anote Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
- En el 3er casillero: Anote Teleorientación Sincrónico.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"



AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																		
													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 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: ____/____/____															
18		98298652		2		LIMA		22		M		PC		PESO		N		N		1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL				P		R				99207.01	
		58975		58				22		M		Pab		TALLA		N		N		2. EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES.				P		R		1		765.5	
								22		D		F		Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA				P		R				99499.08	

➤ **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 1er casillero: Anote el diagnóstico del paciente /usuario.
- En el 2do casillero: Anote procedimiento realizado.
- En el 3er casillero: Anote Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

- En el 3º casillero LAB anote el número de Telemonitoreo realizado

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 5				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																		
													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 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: ____/____/____															
18		98298652		2		HUANCAYO		25		M		PC		PESO		N		N		1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE				P		R				F20.0	
		58975		58				25		M		Pab		TALLA		N		N		2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN I NIVEL DE ATENCIÓN (ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO)				P		R				99205.01	
								25		D		F		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P		R		4		99499.10	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tener en cuenta lo siguiente:

- Las actividades preventivas promocionales que se realizan fuera del EESS, como las visitas domiciliarias se registran siguiendo lo establecido en el registro regular.
- En el caso de aquellas actividades que se cumplen de manera virtual, con el paciente en el domicilio, la condición de ingreso al establecimiento y al servicio del paciente no puede considerarse como NUEVO (N), así sea la primera vez que se tiene contacto con el paciente por este medio. Sin la presencia del paciente en el establecimiento la condición de ingreso al EESS y al Servicio siempre deben ser CONTINUADOR (C) En el caso de la **entrega de suplementos e insumos** (Métodos Anticonceptivos), estos pueden ser entregados a los pacientes a través de personas autorizadas por ellos (familiar) para el recojo en el EESS, previa coordinación telefónica con el personal de salud.
- La **entrega de insumos** en el EESS se debe registrar en HIS de acuerdo a lo establecido para el registro regular consignando los datos de la paciente que recibe la atención.
- Es importante realizar el registro adecuado de la identidad del paciente o usuaria a fin de hacer válido el registro HIS que es nominal. Asimismo, es importante recordar que cuando va el familiar de un paciente a recoger los suplementos e insumos, se debe registrar el DNI del paciente o usuario a fin de no generar atendidos y solo registrar atenciones.
- En el caso de pacientes NUEVOS, solo se registrará el número del documento de identidad.

Gestante nueva

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁶																	
													DNI																	
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20		21		22			
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE P. 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 1º 2º 3º									
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
13		47287721		2		PUCARA		30		M		PC		PESO		N		N		1. SUPERVISION DE EMBARAZO DE 8 SEMANAS			P		R				23591	
		22554		58				M		Pab		TALLA		C		C		2. CONSEJERIA NUTRICIONAL			P		R				99403			
								D				Hb		R		R		3. SUPLEMENTACION DE ACIDO FOLICO			P		R				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		R				99402.01	
								M		Pab		TALLA		C		C		2. CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER			P		R				99402.08			
								D				Hb		R		R		3. TELEORIENTACION SINCRONA			P		R				99499.08			

Gestante continuadora sin entrega de suplementación

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					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 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	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
13	5698243	2	SAN MIGUEL	26	M	PC	PESO	N	N	1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P	X	R				Z3593
	22554						TALLA	X	X	2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P	D	R				99403
		58						Hb	R	R	3. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P	X	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	X	R			99499.10.
					M			TALLA	C	C	2.			P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R			

Gestante continuadora con entrega de suplementación

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					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 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	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
13	58467599	2	SANTA ROSA	30	M	PC	PESO	N	N	1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE 16 SEMANAS			P	X	R				Z3592
	22554						TALLA	X	X	2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL			P	X	R				99403
		18						Hb	R	R	3. SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO			P	X	R	2		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. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P	X	R			99402.01
					M			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	X	R			99499.10.
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R			

Gestante con anemia

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					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 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	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
13	7562130	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	42	M	PC	PESO	N	N	1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS			P	X	R				Z3593
	22554						TALLA	X	X	2. ANEMIA QUE AFECTA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO			P	X	R				O990
		58						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. SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO			P	X	R	3		59401.04
					M			TALLA	C	C	2. CONSEJERÍA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA			P	X	R			99402.01
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	X	R			99499.10.

Control de Puerpera

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7										
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		ESTABLEC 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: / /																
13	35241796	2	SANTA MARIA	23	M	PC						PESO		N	N	1.	CONTROL DE PUERPERA	P	X	R						59430		
	22554	58			M							TALLA		X	X	2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL	P	X	R						99403		
					D		Pab					Hb		R	R	3.	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	P	X	R						99401.02		
					A	PC						PESO		N	N	1.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	P	X	R						99402.01		
					M							TALLA		C	C	2.	TELEMONITOREO	P	X	R						99499.10.		
					D		Pab					Hb		R	R	3.		P	D	R								

PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Orientación en Planificación Familiar

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7										
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		ESTABLEC 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: / /																
6	198765432	2	BELLAVISTA	35	M	PC						PESO		N	X	1.	ORIENTACIÓN CONSEJERIA EN PF	P	X	R						99402.04		
	22554	58			M							TALLA		X	C	2.	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	X	R						99499.08		
					D		Pab					Hb		R	R	3.		P	D	R								

Métodos de abstinencia periódica

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7										
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		ESTABLEC 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: / /																
13	20295402	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	M	PC						PESO		N	N	1.	MÉTODO DE ABSTINENCIA PERIÓDICA-RITMO	P	X	R	2					99208.08		
	22554	59			M							TALLA		X	X	2.	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	X	R						99499.08		
					D		Pab					Hb		R	R	3.		P	D	R								

Método de Lactancia Materna

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7										
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		ESTABLEC 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: / /																
11	15095134	2	LA VICTORIA	27	M	PC						PESO		N	N	1.	MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	P	X	R	2					99208.07		
	22554	59			M							TALLA		X	X	2.	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	X	R						99499.08		
					D		Pab					Hb		R	R	3.		P	D	R								

Métodos hormonales nuevas (se administrarán como en las continuadoras en el marco COVID-19)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																												
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		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:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
11		41752142		2		INDEPENDENCIA		35		M		PC		PESO		N		X		1. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN PF					P			X			R			99402.04								
		22558		59				35		M		Pab		TALLA		C		X		2. ADMINISTRACIÓN Y USO DE MÉTODO ORAL COMBINADO					P			X			R			99208.13								
								D		X				Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P			X			R			99499.08								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
12		95215472		2		CALLAO		26		M		PC		PESO		N		X		1. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN PF					P			X			R			99402.04								
		22557		59				26		M		Pab		TALLA		C		X		2. ADMINISTRACIÓN Y USO DE MÉTODO INYECTABLE MENSUAL					P			X			R			99208.04								
								D		X				Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P			X			R			99499.08								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
13		42985621		2		LOS OLIVOS		29		M		PC		PESO		N		X		1. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN PF					P			X			R			99402.04								
		22550		59				29		M		Pab		TALLA		C		X		2. ADMINISTRACIÓN Y USO DE MÉTODO INYECTABLE TRIMESTRAL					P			X			R			99208.02								
								D		X				Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P			X			R			99499.08								

Anticoncepción oral de emergencia

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																												
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		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:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
13		95421654		2		COMAS		22		M		PC		PESO		N		X		1. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN AOE					P			X			R			99402.03								
		22558		59				22		M		Pab		TALLA		C		X		2. ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA					P			X			R			99208.12								
								D		X				Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P			X			R			99499.08								

Métodos de barrera nueva (se administrarán como en las continuadoras en el marco COVID-19)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																												
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		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:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
11		65210321		2		CERCADO DE LIMA		34		M		PC		PESO		N		X		1. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN PPF					P			X			R			99402.04								
		22558		59				34		M		Pab		TALLA		C		X		2. ADMINISTRACIÓN Y USO DEL METODO CONDON MASCULINO					P			X			R			99208.02								
								D		X				Hb		R		R		3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA					P			X			R			99499.08								

Métodos hormonales continuadoras

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																															
																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 VICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT														
HISTORIA CLINICA			10			12																																									
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
10			25879464			2			SAN MARTIN DE PORRES			23			M			PC			PESO			N			N			1. ADMINISTRACIÓN Y USO DE MÉTODO ORAL COMBINADO			P			D			R			4			99208.13		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. TELEMONITOREO			P			D			R			99499.10								
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
11			15842795			2			MIRAFLORES			29			M			PC			PESO			N			N			1. ADMINISTRACIÓN Y USO DEL MÉTODO INYECTABLE MENSUAL			P			D			R			1			99208.04		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. TELEMONITOREO			P			D			R			99499.10								
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
12			24587632			2			VENTANILLA			31			M			PC			PESO			N			N			1. ADMINISTRACIÓN Y USO DEL MÉTODO INYECTABLE TRIMESTRAL			P			D			R			1			99208.05		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. TELEMONITOREO			P			D			R			99499.10								
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R														

Efectos adversos de métodos hormonales

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																												
																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 VICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
HISTORIA CLINICA			10			12																																						
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
14			20295134			2			LOS OLIVOS			28			M			PC			PESO			N			N			1. AMENORREA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN			P			D			R			N912		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. EFECTOS SECUNDARIOS DE INYECTABLE TRIMESTRAL			P			D			R			Y4252					
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R			99499.10								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
15			25879462			2			EL AGUSTINO			23			M			PC			PESO			N			N			1. CEFALEA PERSISTENTE			P			D			R			R51X		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE			P			D			R			Y4253					
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R			99499.10								

Métodos de barrera continuadora

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																															
																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 VICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT														
HISTORIA CLINICA			10			12																																									
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
12			48215963			2			SAN JUAN DE LURIGANCHO			33			M			PC			PESO			N			N			1. ADMINISTRACIÓN Y USO DE MÉTODO CONDÓN MASCULINO			P			D			R			30			99208.02		
			22558			59						M						TALLA			R			R			2. TELEMONITOREO			P			D			R			99499.10								
									D			Pab			Hb			R			R			3.			P			D			R														

PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

Tener en cuenta que la primera entrevista de enfermería se realizara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er. Casillero: Se colocará el diagnóstico de TB
- En el 2do. Casillero: Se colocará la entrevista de enfermería
- En el 3er. Casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "R"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 2do. casillero: Se colocará el número de entrevista 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, si el caso lo amerite.

AÑO 3		MES 4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7								
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	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	1º	2º	3º	
		GESTANTE/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	COMAS			25	M	PC	PESO	N	N	1.	TB PULMONAR BK (+)	T	D	R				A150	
	45672	58					M	Pab	TALLA		C	2.	ENTREVISTA DE ENFERMERIA	P	R	R	1			U148	
							D		Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA	P	R	R				99499.01	

ENTREVISTA SOCIAL

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

- En el 1er. casillero "Orientación social" **U128**
- En el 2do. casillero el diagnóstico de TB
- En el 3er. casillero la Teleconsulta en Línea **99499.01**

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero siempre "R"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 1er. casillero: el número de orientación social 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda

AÑO 3		MES 4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7								
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	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	1º	2º	3º	
		GESTANTE/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	COMAS			25	M	PC	PESO	N	N	1.	TB PULMONAR BK (+)	P	D	R				A150	
	45672	58					M	Pab	TALLA		C	2.	ORIENTACION SOCIAL	P	R	R	1			U128	
							D		Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA	P	R	R				99499.01	

TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Tener en cuenta que la primera dosis de la TPI se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará terapia preventiva con isoniacida (TPI)
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero: Se colocará siempre "D"
- En el 2do. Casillero: Se colocará siempre "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el número de dosis de TPI 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO [3]		MES [4]		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) [5]				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN [6]																					
7		8		9		10		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 CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º		P		D		R		CIE / CPT					
GESTANTE/P/UE/P/PERA				ETNIA				CENTRO POBLADO				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA				P		D		R		2		Z5182	
2		45672		58				25		M		Pab		TALLA		N		R		2. TELECONSULTA EN LINEA				P		D		R		99499.01			
										D		F		Hb		R		R		3.				P		D		R					

CONSULTA PSICOLOGICA

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

- En el 1er casillero: Se colocará entrevista Psicológica **96100**
- En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero: Se colocará siempre "D"
- En el 2do. Casillero: Se colocará siempre "D"

En el ítem LAB se registrará:

- En el 1º casillero: Se colocará la sigla TBC = Paciente con Tuberculosis
- En el 2º casillero: Se colocará el número de Teleconsulta en Línea 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO [3]		MES [4]		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) [5]				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN [6]																					
7		8		9		10		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 CIE / CPT					
HISTORIA CLINICA		10		12		ETNIA		CENTRO POBLADO		P		D		R		1º		2º		3º		P		D		R		CIE / CPT					
GESTANTE/P/UE/P/PERA				ETNIA				CENTRO POBLADO				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. ENTREVISTA PSICOLOGICA				P		D		R		TBC		961000	
2		45672		58				25		M		Pab		TALLA		N		R		2. TELECONSULTA EN LINEA				P		D		R		99499.01			
										D		F		Hb		R		R		3.				P		D		R					

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB SENSIBLE (TBS)

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBS se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 3ro casillero: Se colocará Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero “D”
- En el 3ro. casillero “D”

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7													
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		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/P UER P ERA		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: / /											
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO		P		R		U310	
2		45672		58				25		M				TALLA		X		X		2. TELEMONITOREO		P		R		99499.10	
										D		F Pab		Hb		R		R		3.		P		D		R	

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB RESISTENTE (TBR)

Esquema individualizado

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 2do casillero: Se colocará Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero “D”
- En el 2do. casillero “D”

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7													
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		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/P UER P ERA		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: / /											
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO		P		R		U3111	
2		45672		58				25		M				TALLA		X		X		2. TELEMONITOREO		P		R		1	
										D		F Pab		Hb		R		R		3.		P		D		R	

Esquema estandarizado

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero Administración de tratamiento **U3112**
- En el 2do casillero Telemonitoreo **99499.10**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero “D”
- En el 2do. casillero “D”

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
										DNI													
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P	X	R	2			U3112			
	45672							58	M	PC	TALLA	X	X	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1			99499.10
											D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R	

Esquema empírico

Tener en cuenta que la primera dosis del tratamiento de TBR se administrara en el establecimiento de salud.

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

- En el 1er casillero: Se colocará administración de tratamiento.
- En el 2do casillero: Se colocará Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er. Casillero: Se colocará el número de dosis de tratamiento 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 2do. Casillero: Se colocará el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
										DNI													
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P	X	R	2			U3112			
	45672							58	M	PC	TALLA	X	X	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1			99499.10
											D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R	

REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2do casillero: Se colocará EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS ANTIMICOBACTERIANAS (RAFA TBC).
- En el 3er. casillero Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. casillero "D"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3er. casillero "D"

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
										DNI													
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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/P/UE/P/PERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. ICTERICIA			P	X	R				R17X			
	45672							58	M	PC	TALLA	X	X	2. RAFA			P	X	R				Y411
											D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA			P	X	R	

ANEXO 1

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO A TRAVÉS DE TIC

DOTS con Red de Soporte Familiar: La Persona Afectada por Tuberculosis (PAT), continúan el tratamiento antituberculosis en su domicilio con el soporte de un miembro de la familia.

- Brindar a la familia un número telefónico del equipo del servicio de la Estrategia Sanitaria de TB del establecimiento de salud para la comunicación, TIC.
- La PAT, la familia y el personal de salud, eligen a uno de los miembros de la familia que se hará responsable de la administración y supervisión del tratamiento.
- La PAT, la familia y el personal de salud, organizar el tratamiento domiciliario y establecer cronograma por paciente: hora de la administración, fecha y hora que acuden al establecimiento a recoger los medicamentos.
- De acuerdo al cronograma establecido el personal de salud y la PAT a través del enlace telefónico o video llamada, supervisa la administración del tratamiento.
- Establece una comunicación, acompañamiento o asesoramiento a la PAT durante el tratamiento domiciliario; brinda consejería a la PAT, al familiar elegido para el apoyo en el tratamiento domiciliario, a la familia, entre otros.
- El personal de salud entrega los medicamentos para 5 días, debidamente identificados para cada día, para evitar confusiones.
- El paciente y la familia reciben orientación clara y sencilla sobre la administración del tratamiento persé y las posibles Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), acorde a la medicación de cada PAT.

ANEXO 2

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

- Es una de las actividades de la atención integral e individualizada a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento. Tiene como objetivos:
- Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado del control mensual.
- Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos
- Identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería
- Realizar censo de contactos y citarlos para el examen
- Identificar a los menores de 5 años para la administración de TPI

2. ENTREVISTA SOCIAL.

Es el estudio sistemático y detallado en que se establece una comunicación entre el trabajador social y el paciente, con el objetivo de conocer su problema, entorno familiar e identificar conductas de riesgo (alcoholismo, fármaco dependencia, violencia familiar, entre otras).

3. TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Está indicada en personas diagnosticadas con tuberculosis latente, que pertenecen a grupos de personas con riesgos específicos. La indicación del TPI es responsabilidad del médico tratante del EE.SS y su administración es responsabilidad del profesional de enfermería.

4. CONSULTA PSICOLÓGICA:

Es la intervención psicológica que emplea la observación y la recopilación sistemática de información respecto a las emociones y/o comportamientos, problemas que manifiesta el usuario. A través de ella se busca la secuencia de los factores antecedentes, desencadenantes y de mantenimiento (consecuencias), con la finalidad de tener un diagnóstico probable y un conocimiento pleno del problema, iniciando el alivio y la superación de los mismos.

5. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Actividad del personal de salud que administra y supervisa la ingesta de los medicamentos a la Persona Afectada Tuberculosis (PAT) según el esquema de tratamiento antituberculosis indicado

Esquemas de tratamiento antituberculosis:

5.1 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO UNO (TB Sensible)

5.2 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Estandarizado

5.3 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Individualizado

5.4 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Empírico

6. REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Es cualquier respuesta a un medicamento anti-tb que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH-SIDA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

➤ TELEORIENTACION

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Teleorientación.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el casillero 1er, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2do se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3ro y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Teleorientación Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2do y 3ro casillero se dejará en blanco

La IPRESS contacta con el paciente **nuevo** con VIH para brindarle una orientación sobre el lugar de atención y/o tratamiento

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷								
														DNI								
7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.		11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT
	10 HISTORIA CLINICA		12 GESTANTE/PUERPERA		12 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: / /		
2	623745		2		COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			T	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z21X1	
	45672		58							TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
										Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA						P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

La IPRESS contacta con el paciente con VIH varado que necesita orientación sobre la continuidad de su tratamiento.

AÑO ³		MES ⁴		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) ⁵					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) ⁶					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ⁷								
														DNI								
7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.		11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT
	10 HISTORIA CLINICA		12 GESTANTE/PUERPERA		12 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: / /		
2	623745		2		COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z21X1	
	45672		58							TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
										Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRONA						P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

➤ TELEMONITOREO

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Telemonitoreo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el casillero 1°, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2°, se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrará la actividad de Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda.

- En caso de la actividad de Telemonitoreo se colocará el diagnóstico “D”

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1° colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2°, 3° casilleros se dejarán en blanco

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) para su control y tratamiento respectivo.

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		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	1ª	2ª	3ª					
GESTANTE/P/UEP/ERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P	D	X				Z21X1				
	45672	58				M		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P	X	R					99402.16			
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONTOREO			P	X	R					99499.10		

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) HSH para su control y tratamiento respectivo.

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		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	1ª	2ª	3ª					
GESTANTE/P/UEP/ERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P	D	X	HSH				Z21X1			
	45672	58				M		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS			P	X	R						99402.16		
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONTOREO			P	X	R						99499.10	



Telemonitoreo a la persona con VIH-SIDA que abandonan el tratamiento.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el casillero 1er, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2do se registrará la administración del tratamiento
- En el casillero 3ro y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el casillero 4to registrar el servicio realizado.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general
- En el casillero 2do colocar AB correspondiente al estado de abandono del tratamiento, según corresponda.
- En el 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) que abandonan el tratamiento.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
														DNI							
7	8	9	10	11	12	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/P/UE/P/PERA	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: / /							
2	623745	2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P	D	X				Z21X1	
	45672	58						TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P	R	R	AB				99199.11
								Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	R	R					99499.10



INFECCION DE TRASMISION SEXUAL

➤ TELEMONITOREO

Telemonitoreo a la persona con Sífilis Genital Primaria que abandonan el tratamiento.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el 2do casillero se registrará la administración de tratamiento
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do casillero se registrará la condición de abandono al tratamiento colocando AB
- En el 3ro casillero se dejará en blanco

La IPRESS realiza un Telemonitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (IPSS)				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	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	1º	2º	3º		
	GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
2	623745		2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. SIFILIS GENITAL PRIMARIA		P	D	R			A510		
	45672		58						M	TALLA				2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO		P	D	R	AB		99199.11
										D	F	Pab	Hb			R	R	3. TELEMONITOREO		P	D

Seguimiento de pacientes con sífilis que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el 2do casillero, se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de TB, VIH y otros, según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los casilleros 2do y 3ro se dejará en blanco.

La IPRESS realiza un Telemonitoreo a los pacientes que tienen el perfil de abandonar el tratamiento.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
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 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: / /																	
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. SIFILIS GENITAL PRIMARIA				P		D		X		A510			
		45672		58				25		M		PC		TALLA		X		X		2. IDENTIFICACION FACTORES DE RIESGO ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TB,VIH Y OTROS				P		D		R		AB		99199.11	
										D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P		D		R		99499.10	

Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave a través de Teleorientación asíncrono.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, registrar Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave.
- En el 2do casillero, registrar el servicio realizado Teleorientación Asíncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do casillero se dejará en blanco.

Los pacientes se comunican vía mensajería instantánea con el personal de salud porque han tenido conductas de riesgo y tienen algunos síntomas ante lo cual el personal de salud le brinda directrices para su atención

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
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 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: / /																	
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. CONSULTA DE ATENCION PREVENTIVA DE ITS VIH A POBLACION CLAVE				P		D		TRA		99351			
		45672		58				25		M		PC		TALLA		X		X		2. TELEORIENTACION ASINCRONA				P		D		R		99499.09			
										D		F		Pab		Hb		R		R		3.				P		D		R			

HEPATITIS B

➤ TELEMONITOREO

Seguimiento de pacientes con HvB que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el 2do casillero se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de hepatitis y otros, según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 1er colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realiza Telemonitoreo a los pacientes en tratamiento y sobre todo aquellos que tienen un perfil de abandonar el tratamiento.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																			
7		8		9		10		11		12		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		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE / CPT							
GESTANTE E/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: / /																					
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA		P		D		R				B181			
		45672		58						M				TALLA		X		X		2. ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TB, VIH Y OTROS		P		R				99219.05					
										D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO		P		R				99499.10					

Telemonitoreo a la persona con Hepatitis Virus Tipo B crónica que abandonan el tratamiento.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el 2do casillero se registrará la Administración de Tratamiento según corresponda.
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda
 En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2º casillero se registrará la condición de abandono del paciente AB
- En el 3ª casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realiza un tele monitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																		
														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 CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA			10	12																	P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/P/ UER P/ ERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
2	623745		2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA			P	D	R				B181											
	45672								TALLA			2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO			P	R		AB					99199.11									
	58								Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	R							99499.10									

Consejería de Soporte a personas con Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin agente Delta a través de Telemonitoreo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero, Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el 2do casillero se registrará la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casilleros se dejará en blanco.

La IPRESS brinda orientaciones a sus pacientes continuadores para diversos temas como mensajes de lavado de manos y autocuidado en contexto de emergencia sanitaria.

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																		
														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 CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA			10	12																	P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/P/ UER P/ ERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
2	623745		2	COMAS		25	M	PC	PESO	N	N	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA			P	D	R				B181											
	45672								TALLA			2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENION DE ITS,VIH,HEPATITIS B			P	R							99402.06									
	58								Hb	R	R	3. TELEMONITOREO			P	R							99499.10									

TRASMISIÓN MATERNO INFANTIL

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Hepatitis a través de Telemonitoreo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de Hepatitis Viral que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero se registrará la consejería realizada
- En el 3er casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el 4to casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casillero se dejará en blanco.

La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con hepatitis (continuadora)

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7														
D.N.I. 8		FINANC. 9		DISTRITO DE PROVEDENCIA 11		EDAD 13		SEXO 14		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL 15		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA 16		ESTABLEC. 17		SERVICIO 18		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 19			TIPO DE DIAGNÓSTICO 20			VALOR LAB 21			CÓDIGO CIE / CPT 22
HISTORIA CLINICA 10		ETNIA 12		CENTRO POBLADO		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		P D R			1º 2º 3º			CIE / CPT			
GESTANTE/P UERPERA				ETNIA		CENTRO POBLADO		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		P D R			1º 2º 3º			CIE / CPT	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. HEPATITIS VIRAL QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO			P			D			0984
45672		58				25		M		Pab		TALLA		R		R		2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B			P			R			99402.06
								D				Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P			R			99499.10

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Sífilis a través de Telemonitoreo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero se colocará el diagnóstico de Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero se registrará la consejería realizada
- En el 3er casillero y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro casilleros se dejará en blanco

La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con sífilis en relación a su tratamiento

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
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		ESTA- BLEC- VICIO		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/P UERPERA			ETNIA		CENTRO POBLADO																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
2			623745		2		COMAS			25		M		PC		PESO		N		N		1. SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO				P		D		R		O981	
			45672							M				TALLA								2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B				P		D		R		99402.06	
					58					D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P		D		R		99499.10			

Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de VIH a través de Telemonitoreo

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico de Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2do casillero: Se registrará la consejería realizada
- En el 3ro casillero y siguientes casilleros: Se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el 4to casillero: Se registrar el servicio realizado Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” o “R”, según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el 1er casillero: Se colocará el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2do y 3ro se dejará en blanco

La IPRESS realiza un seguimiento de la paciente gestante con VIH en relación a su tratamiento.

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																			
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		ESTA- BLEC- VICIO		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/P UERPERA			ETNIA		CENTRO POBLADO																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
2			623745		2		COMAS			25		M		PC		PESO		N		N		1. ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO				P		D		R		O981	
			45672							M				TALLA								2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS				P		D		R		99402.06	
					58					D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO				P		D		R		99499.10			



PROMOCIÓN DE LA SALUD

PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

Actividad que se realiza a través de Teleorientación, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 12 meses con la finalidad de brindar consejería integral para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con hierro (Jarabe o gotas de hierro).

▪ **Teleorientación al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):**

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 1er y 2do⁴casillero Consejería en....., según corresponda
 - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
 - Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
 - Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
 - Consejería en Identificación de signos de alarma.
-
- En el 3ro casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1er y 2do Fila:
 - **99401.03:** Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
 - **99401.04:** Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
 - **99401.10:** Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
 - **99401.08:** Consejería de identificación de signos de alarma.

- En la 3ro Fila: 99499.08

Prácticas saludables a reforzar al menos dentro de los primeros 7 días: Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos, signos de alarma y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

⁴Según la metodología establecida de la Consejería integral, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 consejerías por recién nacido al día.

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	P	X	R		99401.03
	45672				M			TALLA		X	X	2.	CONSEJERIA EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL	P	X	R		99401.04
		58			D				Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	1

▪ **Teleorientación a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

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 Administración con Sulfato Ferroso
- En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (2 o 3)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: Z298
- En la 2º Fila: 99499.08

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	4	A	M	PC	PESO		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R		Z298
	45672				M			TALLA		X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	2	99499.08
		58			D				Hb		R	R	3.		P	D	R	

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	5	A	M	PC	PESO		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R		Z298
	45672				M			TALLA		X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	3	99499.08
		58			D				Hb		R	R	3.		P	D	R	

▪ **Teleorientación a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:**

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 Administración con Sulfato Ferroso.

En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)



En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99499.08

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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	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: / /					
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R		Z298
	45672				M	X	F	TALLA	C	X	F	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R	4
		58			D	X	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R	

Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad: Consumo del suplemento de hierro, alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

Importante:

- La 4ta Teleorientación, se realizará a los 30 días de iniciada la suplementación con hierro.
- La 5ta Teleorientación, se realizará a los 90 días de iniciada la suplementación con hierro.

▪ **Teleorientación a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:**

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 1° casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
 - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
 - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
 - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
 - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado
- En el Ítem LAB 1: Tipo de anemia
 - **LEV:** Anemia Leve
 - **MOD:** Anemia Moderada
 - **SEV:** Anemia Severa
- En el 2° casillero Administración de Hierro Polimaltosado
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “**R**”
- Para las demás actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12		SEXO	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO		DIAGNÓSTICO	LAB							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		CEFALICO Y ABDOMINA	CA				P	D		R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PES	N	N	1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	P	R	R	LEV	D509	
	45672	58			M			TALL				2.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	R	R		U310
					D				Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	R	R	4	99499.08

Información de madre del niño(a) proporcionado al personal de la salud por el Actor Social (AS) O Agente Comunitario de Salud (ACS):

Definición. - Se refiere a aquellas Teleorientaciones realizadas por el personal de salud gracias a la identificación o actualización el número telefónico, correo electrónico, u otra información similar de la madre/ padre o cuidador del niño(a) proporcionada por el Actor Social (AS) o Agente Comunitario de Salud (ACS) que le permita realiza la Teorientacion.

Ejemplos de registro:

- Teleorientación a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:

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 1° casillero Administración con Sulfato Ferroso
 - En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
 - En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS
- En el 2° casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (2 ó 3).

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99499.08

Teleorientación a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:

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 Administración con Sulfato Ferroso.

- En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
- En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS

En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: Z298
- En la 2º Fila: 99499.08

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	D	R	PDS	1	Z298
	45672	58			M	Pab	TALLA					2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	4	99499.08
					D									3.		P	D	R

Teleorientación a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:

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, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
 - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
 - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
 - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
 - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado
- En el Ítem LAB 1: Tipo de anemia
 - **LEV:** Anemia Leve
 - **MOD:** Anemia Moderada
 - **SEV:** Anemia Severa
- En el 2º casillero Administración de Hierro Polimaltosado

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	4	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	D	R	PDS	1	Z298
	45672	58			M	Pab	TALLA					2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	2	99499.08
					D									3.		P	D	R

- En el Ítem LAB 1: sigla “**PDS**” de Promotor de salud /**AS/ ACS**
- En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda
1= ACS 2= AS
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
- En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (4,5 ó 6)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “**R**”
- Para las demás actividades marque siempre “**D**”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2º Fila: U310
- En la 3º Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12		CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO		DIAGNÓSTICO	LAB							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		ABDOMINA	CA				P	D		R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	6	A					1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	P	R	R	LEV		D509	
	45672	58			M						2.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	R	R	PDS	2	U310
					D							3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	R	R	4	

PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas a través de la **Teleorientación**. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado, según el siguiente detalle:

Consejería durante el periodo gestacional:

- ✓ **Primera Teleorientación, 1º consejería:** entre la 14 y 27 semanas (segundo trimestre) de gestación, se realizará en los siguientes temas:
 - Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
 - Signos de alarma del embarazo.
 - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
 - Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.

- ✓ **Segunda Teleorientación, 2° consejería:** entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, se realizará en los siguientes temas:
- Reforzar cuidados del embarazo.
 - Reforzar signos de alarma del embarazo.
 - Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
 - Planificación familiar.
 - Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1° casillero Supervisión de embarazo con riesgo
 - En el Ítem LAB 1: El trimestre de gestación 1°, 2° o 3° según corresponda.
- En el 2° casillero Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: El número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**

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

7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19	20			21			22										
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		SEXO								PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
2	623745		2	Comas		A	M	PC	PES O	N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZON CON RIESGO			P	X	R	2			Z359								
	45672					M	X	Pab	TALL A	X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL			P	X	R	1			99401								
			58			D	X		Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA			P	X	R				99499.08								

Consejería durante el periodo post natal

- ✓ **Primera Teleorientación, 1° Consejería durante el periodo de puerperio:** en los primeros 7 días de producido el parto, se realizará en los siguientes temas:
- Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
 - Signos de alarma del puerperio.
 - Signos de alarma en el RN.
 - Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
 - Planificación familiar.

- ✓ **Segunda Teleorientación, 2° consejería:** entre los 28 y 30 días de producido el parto, se realizará en los siguientes temas:
 - Reforzar cuidados del puerperio.
 - Reforzar signos de alarma del puerperio.
 - Reforzar signos de alarma del RN.
 - Reforzar cuidados del RN.
 - Incidir en planificación familiar.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

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

- En el 1° casillero Atención Postparto control de puérpera para evaluación postnatal y seguimiento.
 - En el Ítem LAB 1: Colocar
 - “1” si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
 - “2” si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
 - “3” Si la consejería se realiza en otro momento diferente.
- En el 2° casillero Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: El número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco)
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**

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

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 ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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		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: / /							
2	623745	2	Comas	25	A	M	PC	PESO	N	N	1.	ATENCION POSTPARTO CONTROL DE PUERPERA	P	X	R	2	59430
	45672	58			M	X	X	TALLA	X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	2	99401
					D	X	X	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R		99499.08

PP 0016TBC-VIH/SIDA

FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE TELEORIENTACION PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben consejería en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, a través de teleorientación. La consejería se realizará de la siguiente manera:

Para registro de Tuberculosis (TBC):

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

- **Primera Teleorientación (1°):** Se desarrolla la Consejería Integral en Prácticas Saludables
La consejería Integral en Prácticas Saludables involucra tocar los siguientes temas: Alimentación saludable, higiene de la vivienda con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar.
- **Segunda Teleorientación (2°):** Se desarrolla la Consejería Integral en Medidas Preventivas, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera **Teleorientación**.
La consejería Integral en Medidas Preventivas involucra tocar los siguientes temas: Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: Registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis
- En el 3° casillero registrar **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: si se registra 1 en el LAB1 se deja en blanco, **si se registra 2 en el LAB1 colocar:**
 - **1=** Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
 - **2=** Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12		TALLA	CA					P	D	R		1º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
2	623745	2	Comas	25	M	PC	PES D	N	N	1. CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	1	99401
	45672	58		M	F	Pab	TALLA	X	X	2. ACTIVIDAD DE TUBERCULOSIS	P	X	R		U0008
				D			Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R		99499.08

Para registro de VIH-SIDA:

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

- **(1°) Primera Teleorientación:** Se desarrolla la Consejería Integral en Habilidades Sociales.

La consejería Integral en Habilidades Sociales involucra tocar los siguientes temas: comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida.

- **(2°) Segunda Teleorientación:** Se desarrolla una Consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas.

La consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas involucra tocar los siguientes temas: Retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: Registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH/SIDA
- En el 3° casillero registrar **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: si se registra 1 en el LAB1 se deja en blanco, **si se registra 2 en el LAB1 colocar:**
 - 1= Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
 - 2= Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico

- Para todas las actividades marque siempre “D”

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
2	623745	2	Comas	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	R	2	99401
	45672	58		M	Pab	TALLA			2.	ACTIVIDAD DE VIH/SIDA	P	R		U0064
				D			R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	R	1	99499.08

PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

TELEORIENTACIÓN A FAMILIAS PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE CONVIVENCIA SALUDABLE.

Para ello se desarrollarán tres (3) consejerías a través de Teleorientación a familias con gestantes y ocho (8) consejerías a través de Teleorientación a familias con menores de cinco años, según se indica.

Consejería a familias con gestantes:

- **Primera Consejería:** Se realiza al inicio de la gestación, a fin de afirmar la aceptación del embarazo.
- **Segunda Consejería:** Se realiza entre las semanas 16 y 22 de gestación, a fin de fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- **Tercera Consejería:** Se realiza en las semanas 36 y 38 de gestación, a fin de orientar el cuidado psicoafectivo con énfasis en el vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el trimestre de gestación 1, 2 o 3, según corresponda.
- En el 2º casillero Consejería Integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería 1, 2 o 3 según corresponda.
- En el 3º casillero Actividad en Salud Mental
- **En el 4º casillero Teleorientación Síncrona**

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

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12							GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	623745	2	Comas	M	PC		N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO CON RIESGO	P	X	R	1		2359
	45672	58		M		TALLA		X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	1		99401
				D	Pab	Hb		R	3.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	X	R			U0066
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
				A	M	PC	PESO	N	N	1.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	X	R		99499.08
				M		TALLA		C	C	2.		P	D	R		
				D	F	Pab	Hb		R	3.		P	D	R		

Consejería a familias con niños menores de 5 años:

- **1º Teleorientación a los 7 días después del parto:** Consejería en Fortalecimiento del cuidado psicoafectivo y prevención de la depresión post parto.
- **2º Teleorientación entre los 2 y 6 meses:** Consejería en Orientación en buenas prácticas de crianza.
- **3º Teleorientación entre los 7 y 12 meses:** Consejería en Orientación en establecimientos de límites.
- **4º Teleorientación entre los 13 y 18 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en gestión de las emociones.
- **5º Teleorientación integral entre los 19 y 24 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la identidad.

- **6° Teleorientación integral entre los 25 y 36 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la autonomía y el autocuidado.
- **7° Teleorientación integral entre los 37 y 48 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego.
- **8° Teleorientación integral entre los 49 a 59 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento-resolución de conflictos.

Para las consejerías a familias con niños menores de 5 años se considerará como actividad cumplida cuando se cumpla con los siguientes parámetros:

NIÑO(A) HASTA EL 1 AÑO DE EDAD = Familias con Conocimiento en Pautas de crianza

Cumplir con la **1°, 2° y 3° Teleorientaciones** desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el primer año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1° casillero Consejería integral
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral (1,2 ó 3)
- En el 2° casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
- En el ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **1= Primera Teleorientación** (7 días después del parto)
 - **2= Segunda Teleorientación** (entre los 2 y 6 meses)
 - **3= Tercera Teleorientación** (entre los 7 y 12 meses)

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

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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	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: __/__/__					
2	623745	2	Comas	11	A	M	PC	PES O	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	3	99401
	45672	58		11	M			TALL A			2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	D	R		U0066
					D			Pab	Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	3

NIÑO(A) HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **4° y 5° Teleorientaciones**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el segundo año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño(a)
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral (4 ó 5)
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **4 = Cuarta Teleorientación** (entre los 13 y 18 meses)
 - **5= Quinta Teleorientación** (entre los 19 y 24 meses)

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

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		15 EVALUACION ANTROPOMETRICA	16 ESTABLEC.	17 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745		2	Comas		1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99401
	45672						58	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				<input checked="" type="checkbox"/>	D			Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99499.08

NIÑO(A) HASTA LOS 03 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **6º Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el tercer año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **6 = Sexta Teleorientación** (entre los 25 y 36 meses)

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

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		15 EVALUACION ANTROPOMETRICA	16 ESTABLEC.	17 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 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: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
2	623745		2	Comas		2	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99401
	45672						58	<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				<input checked="" type="checkbox"/>	D			Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99499.08

NIÑO(A) MENOR DE 4 AÑOS = Familias con Conocimiento en comunicación asertiva

Cumplir con la **7° Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el cuarto año de edad.

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1° casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2° casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **7 = Séptima Teleorientación** (entre los 37 y 48 meses)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todos los casos

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 ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC VICIO	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: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
2	623745	2	Comas	3	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	7		99401	
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/> R				U0066
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	7		99499.08

NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS = Familias con Conocimiento en habilidades de afrontamiento.

Cumplir con la **8° Teleorientación**, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el quinto año de edad

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1° casillero Consejería integral
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería integral
- En el 2° casillero Actividad en Salud Mental
- En el 3° casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Registre el número de **Teleorientación**, según detalle:
 - **8 = Cuarta Teleorientación** (entre los 49 a 59 meses)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		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	ANTROPOMETRI	BLEC-	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PES		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8		99401
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U0066
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8

CONSEJERÍAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

CONSEJERÍA SOBRE ESTILOS DE VIDA Y AMBIENTES SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE COVID-19 A TRAVÉS DE LA TELEORIENTACIÓN.

Esta actividad es realizada por el personal de salud quien brinda al usuario Teleorientación para la promoción de estilos de vida saludable y ambientes saludables que contribuyan a la prevención de la transmisión del COVID-19, con incidencia en temas como: lavado de manos social, higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial y distanciamiento social.

La frecuencia e incidencia en algún tema es definida de acuerdo a la necesidad identificada en el usuario.

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos social:

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

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

- En el 1º casillero Consejería en higiene de manos
 - En el ítem LAB 1: Se registra el número de consejería
 - En el ítem LAB 2: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		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	ANTROPOMETRI	BLEC-	VICIO		P	D	R		1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	CA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
2	623745	2	Comas	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PES		N	N	1.	CONSEJERIA DE HIGIENE DE MANOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS	99401.24
	45672	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Para el registro de la consejería en otras temáticas:

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

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

- En el 1º casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
 - En el ítem LAB 1/LAB2 según corresponda:
1=Distanciamiento social

2=Uso correcto de la mascarilla facial
3=Higiene respiratoria

- En el 2º casillero **Consejería Integral**
 - En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería
 - En el Ítem LAB 2: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 3º casillero **Teleorientación Síncrona**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

❖ Cuando se realiza la consejería en el tema de distanciamiento social

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14	15	16	17	18	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10	12			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	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: / /										
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.13
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401
										<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

❖ Cuando se realiza la consejería en el tema de distanciamiento social y uso correcto de la mascarilla facial.

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14	15	16	17	18	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10	12			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	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: / /										
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2		99401.13
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401
										<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

❖ Cuando se realiza la consejería en el tema de higiene respiratoria y distanciamiento social

7 DIA	8 D.N.I.		9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA		13 SEXO	14	15	16	17	18	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10	12			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	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: / /										
2	623745		2	Comas		27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	3		99401.13
	45672		58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	RS		99401
										<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Recuerde: Solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 temáticas por día.

COLABORADORES:

➤ Dirección de Telemedicina - Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias

Rosalina Guerra Vega
Jefe de Equipo - Dirección de Telemedicina

Cynthia Jesús Barrón Sarmiento
Cecilia López Artica
Edith Betzabeth Pariona Valer
Diana Vicky Rojas Tuco
Karina Elizabeth Diez Quevedo

➤ Oficina Gestión de la Información - General de Tecnologías de la Información


Luis Pedro Valeriano Arteaga
Jefe de Equipo - Producción y calidad del Dato

Celia Miri Oviedo Rodríguez
Luz Sixtina Marticorena Alvarado
Wilson Fredy Urviola Zapata


➤ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

NUMERO	DIRECCIÓN	COLABORADOR
	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral	
1	Etapa de Vida Niño y Niña	Blanca Sofia Tavara Campo
	Etapa de Vida Adolescente y Joven	María Elena Yumbato Pinto
	Etapa de Vida Adulto	Nanete Rosario Ique Ríos Víctor Oswaldo Girao Isidro
	Etapa de Vida Adulto Mayor	Virginia Solis Solis
2	Prevención y Control del Cáncer	Andrea Matos Orbegozo Margareth Agnes Tello Canchapoma
3	Prevención y Control de Discapacidad	Luis Miguel León Garcia Georgina Luz Valentín Rojas
4	Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas	Jorge Arturo Hanco Saavedra
5	Inmunizaciones	Ana Escudero Quintana Miriam Anco Concepción Rene Aquije Hernández
6	Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Metaxénicas: Estela Ramírez Montoya Ruby Ponce Jara Verónica Soto Calle Zoonosis: Ana María Navarro Vela Angela Laos Bejarano
7	Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable	Gualberto Segovia Meza Jacqueline Luz Lino Calderón
8	Salud Mental	Gladys Soraida Champi Galixto Jeanro Daniel Aguirre De Dios María de los Ángeles Mendoza Vilca
9	Salud Sexual y Reproductiva	Marysol Campos Fanola Zoila Rosa Almonacid Estrella
10	Prevención y Control de la Tuberculosis	Rula Aylas Salcedo
11	Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis	Milagros Guardamino Jauregui
12	Promoción de la Salud	Joel Collazos Carhuay Andrea Vilca Najarro Beatriz Quispe Quispe

Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias

 teleatiendo.minsa.gob.pe

 rntelesalud@minsa.gob.pe

 955 513 794