

# Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa



Sistema de Información HIS

Etapa de Vida  
Adolescente





# MANUAL DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

## Sistema de Información HIS

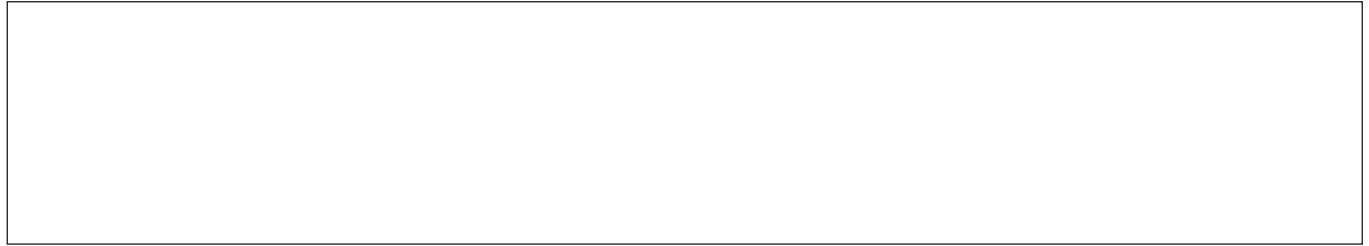
## Etapa de Vida Adolescente

NTS N° 157- MINSА/2019/DGIESP

(R.M. 1001-2019-MINSА)

2020

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud



### **“Manual de Registro y Codificación de la Atención. Etapa de Vida Adolescente”**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

#### **Equipo de Trabajo:**

##### **DGIESP**

Nelly Zenaida Huamaní Huamaní, Directora General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.  
Gualberto Segovia Meza, Director Ejecutivo de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidad Integral.  
Isabel Eugenia Pacheco Cantalicio, Responsable Nacional de las Etapas de Vida Adolescente y Joven.  
Janet Clorinda Llamosas Montero, Equipo Técnico de las Etapas de Vida Adolescente y Joven.  
María Elena Yumbato Pinto, Equipo Técnico de las Etapas de Vida Adolescente y Joven.  
Seira Katherine Huaman Inocente, Equipo Técnico de las Etapas de Vida Adolescente y Joven.  
John Richard Muñoz Reaño, Equipo Técnico de las Etapas de Vida Adolescente y Joven.  
Jorge Luis Rueda Meloni, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto.  
Lily Rocío Alva Tarazona, Equipo Técnico de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.  
Layla Maritza Fernández Castillo. Personal de Salud de la DIRIS Lima Norte  
Patricia Jeanette Vásquez Reyes. Personal de Estadística de la DIRIS Lima Norte

##### **OGEI-OGTI**

Albertico Quispe Cruzatti, Director Ejecutivo de la Oficina Gestión de la Información.  
Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina Gestión de la Información.  
Carlos Alberto Avila Guerra, Equipo técnico de la Oficina Gestión de la Información.  
Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo técnico de la Oficina Gestión de la Información.

#### **Diseño y Diagramación**

Julie Guillen Ramos, Equipo técnico de la Oficina Gestión de la Información.

#### **Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú  
Telf.: (51-1) 315-6600  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Edición, junio 2020

**Tiraje:** -----

**Imprenta:** -----(Nombre de la imprenta)

**RUC:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**E-mail:**

**Versión Digital:**



Víctor Marcial Zamora Mesía  
**Ministro de Salud**

Nancy Adriana Zerpa Tawara  
**Viceministra de Salud Pública**

Víctor Freddy Bocangel Puclla  
**Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud**

Fátima Altabás Kajatt  
**Secretaria General**

Nelly Zenaida Huamani Huamani  
**Directora General de Intervenciones  
Estratégicas en Salud Públicas**

Roberto Rori Puyó Valladares  
**Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información**





## CONTENIDO

	PÁG.
Presentación _____	09
Actividades más Frecuentes _____	11
Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades _____	14
Plan Atención Integral Iniciado _____	15
Plan Atención Integral Concluido _____	18
Paquete Básico de Atención Integral de Salud para Adolescentes _____	26
Paquete Completo de Atención Integral de Salud para Adolescentes _____	31
Paquete Especializado de Atención Integral de Salud _____	32
Actividades Preventivos Promocionales _____	36
Formación de Educadores pares _____	37
Sesión de Entrenamiento de Familias Fuertes _____	38
Otras Prestaciones _____	40
Actividades de Medicina Alternativa y Complementaria _____	40







## Presentación

La Etapa de Vida Adolescente, forma parte de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, que es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública y tiene como objetivo: Contribuir al desarrollo integral de la salud y el bienestar de la población adolescente, en el marco de los enfoques en derechos y ciudadanía, desarrollo positivo, género, diversidad, interculturalidad, inclusión social, curso de vida y enfoque territorial.

Las intervenciones de esta etapa de vida, están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de la población adolescente, mediante la aplicación del Paquete de Atención Integral de Salud del adolescente en base a sus necesidades y expectativas de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Consideramos que, el registro estadístico de las intervenciones, actividades, procedimientos entre otros que están incorporadas en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adolescente, se constituye como la única fuente oficial del sistema de información necesaria; correspondiendo de acuerdo a la normatividad a la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) –MINSA; asumir la responsabilidad de asesorar permanentemente en el Sistema de Registro de Información –HIS; a fin de que los reportes estadísticos que proporcionen permita realizar el análisis y la toma de decisiones de manera oportuna y de calidad.

En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades de la Etapa de Vida Adolescente Versión 2020, para su difusión y estandarización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos del Ministerio de Salud.





## ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
<b>Actividades Preventivas</b>		<b>Atención Odontológica</b>	
C8002	Plan de Atención Integral de Salud	D1310	Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales
99384	Evaluación Integral del Adolescente	D1330	Instrucción de Higiene Oral
C0011	Visita Domiciliaria	D0120	Examen Estomatológico
99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal	D1110	Profilaxis Dental
		U510	Alta Básica Odontológica
<b>Evaluación Nutricional</b>		<b>Evaluación Físico Postural</b>	
Z000	Examen Médico General	96008	Análisis Postural Estático
Z019	Valoración de Factores de Riesgo (DNT)	M400	Cifosis postural
U8170	Control y Evaluación Nutricional (PAB)	M402	Otras cifosis y las no especificadas
E660	Obesidad debido a exceso de caloría (Sobrepeso)	M403	Síndrome de espalda plana
E669	Obesidad no especificada (Obesidad)	M405	Lordosis no especifica
E440	Desnutrición Proteico Calórica Moderada(Desnutrición Aguda)	M419	Escoliosis, no especificada
E43X	Desnutrición Proteico Calórica Severa No Especificada	<b>Inmunizaciones</b>	
E344	Estatura Alta Constitucional (Talla Alta)	90746	Vacunación Antihepatitis Viral B (HvB)
E45X	Desnutrición Crónica T/E (Talla Baja)	90658	Vacuna contra la Influenza (Estacional)
E785	Hiperlipidemia No Especificada (Dislipidemia)	90714	Vacunación Diftotetánica (dT)
E65X	Adiposidad Localizada	90649	Vacuna contra Virus de Papiloma Humano Para uso intramuscular
Z728	Otros Problemas relacionados al Estilo de Vida	<b>Evaluación del desarrollo sexual</b>	
85018	Dosaje de Hemoglobina	99384.02	Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
59401.04	Otras medidas Profilácticas Especificadas(Administración de Suplementación Preventiva)	<b>Evaluación Clínica</b>	
<b>Evaluación de la Agudeza Visual</b>		L709	Acné no especificado
99173	Determinación de la Agudeza Visual	D509	Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
Z010	Examen de Ojos y de la Visión	O990	Anemia que afecta al Embarazo, Parto o Puerperio
99401.16	Consejería Ocular	U310	Administración de Tratamiento (Anemia)
<b>Evaluación de Agudeza Auditiva</b>		J459	Asma No Especificada
H919	Determinación de la Agudeza Auditiva sin Especificación	I10X	Hipertensión Esencial Primaria (Hipertensión Arterial)
Z011	Examen de Oídos y de la Audición	R51X	Cefalea
		B829	Parasitosis Intestinal, sin otra Especificación
		N63X	Masa No Especificada en la Mama

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A084	Infección Intestinal Viral, Sin Otra Especificación	Z7281	Violencia
B373	Candidiasis de la Vulva y de la Vagina (Candidiasis Vaginal)	Y070	Riesgos de Lesiones o Accidentes
B853	Pediculosis del Pubis	Y072	Síndrome de Maltrato por Esposo o Pareja
B968	Vaginosis Bacteriana	Y072	Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (Bullying)
A64X9	Síndrome de Flujo Vaginal	Z720	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco
A64X5	Síndrome de Dolor Abdominal Bajo	Z721	Problemas Relacionados con el Uso de Alcohol
A64X6	Síndrome de Secreción Uretral	Z722	Problemas Relacionados con el Uso de Drogas
99199.11	Administración de Tratamiento (ITS)	Z726	Problemas relacionados con el Juego y las Apuestas
<b>Consejerías</b>		Z619	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia.
99401	Consejería Integral	Z639	Otros Problemas Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo, Inclusive Circunstancias Familiares (Relaciones Familiares)
99402.03	Consejería/Orientación en Salud Sexual y Reproductiva		
99402.04	Orientación/Consejería en Planificación Familiar		
99402.09	Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental		
99401.31	Consejería en Prevención de Enfermedades No transmisibles (Salud Física)		
99403	Consejería Nutricional	<b>Actividades Preventivas Promocionales</b>	
99403.01	Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	C1021	Organización de Charla para Abogacía y Políticas Públicas
99401.33	Consejería Pre Test para VIH	C0007	Taller para la familia
99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	C0008	Taller para personal de salud
99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo	C0009	Sesión Educativa
99402.05	Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis	C0010	Sesión Demostrativa
99401.24	Consejería higiene de manos	90872	Taller de habilidades sociales
99401.19	Consejería para el autocuidado	C2121.01	Animación Sociocultural
<b>Salud Mental</b>		C2121	Teatros Populares
96150	Entrevista de Tamizaje	APP 93	Actividad en colegios
U100	Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	APP100	EE.SS/ Personal de salud Municipales
F419	Trastorno de ansiedad, no Especificado	APP104	Actividades con familia
Z734	Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	APP 136	Actividades con adolescentes
Z553	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	APP141	Actividades con docentes
R456	Problemas Relacionados con	APP144	Actividades con alumnos
		APP145	Actividades con padres
		APP146	Actividades con autoridades
		APP150	Formación de Educadores de Pares
		C3152	Sesión de entrenamiento en familias fuertes.
		U1258	
		C7001	Monitoreo
		C7002	Supervisión



Código	Diagnóstico / Actividad
C7003	Evaluación
C7004	Asistencia Técnica
99401.19	Consejería para el autocuidado
99401.24	Consejería en higiene de manos
UPS 302304	Servicios diferenciados
<b>OTRAS ACTIVIDADES</b>	
<b>Códigos COVID 19</b>	
87635	Prueba Molecular PCR
87635.01	Prueba Rápida Serológica
R05X	Tos
R06.0	Falta de aire / Disnea
R07.0	Dolor de garganta
R50. 9	Fiebre, no especificada
Z20.8	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles
Z03.8	Observación de otras enfermedades y afecciones sospechosas.
U07.1	COVID-19, virus identificado
U07.2	COVID-19, virus no identificado

Código	Diagnóstico / Actividad
<b>Seguimiento NO presencial a cualquier actividad o enfermedad</b>	
99499.01	Teleconsulta en línea
99499.08	Teleorientación síncrona
99499.09	Teleorientación asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta síncrona
98967	Seguimiento telefónico
<b>Códigos actividades de medicina alternativa y complementaria</b>	
U0080	Actividades de medicina alternativa y complementaria
99401.32	Consejería en medicina alternativa y complementaria
C2081	Difusión a través de materiales impresos y magnéticos (volantes, trípticos, afiches, gigantografía.)

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

Los ítems diagnósticos, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab. presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

Si **son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades** los que se van a registrar, **continúe en el siguiente** registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

### ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES

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

#### Al iniciar toda atención:

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

DÍA	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	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:					
						A	M	PC			PESO		N	N	1. Evaluación integral del adolescente	P	D	R	1				99384
						M					TALLA		C	C	2.	P	D	R					
						D	F	Pab			Hb		R	R	3.	P	D	R					

1,2,3...número de atención /sesión

El **Plan Individualizado**, debe considerar las necesidades y expectativas identificadas con el/la adolescente.

Siempre debe anotarse el Código **UPS 302304** del Servicio Diferenciado, ya que permitirá identificar las actividades, procedimientos e intervenciones con la población adolescente.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION				
									<b>302304</b>					DNI				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
	GESTANTE/PUERPERA																	

Así para la atención integral del adolescente, se debe anotar:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 3º casillero el Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "P", "D" o "R" de acuerdo al caso.
- En el 3º casillero "D".

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero "1, 2, 3 ...5." según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero .....lo que corresponda de acuerdo al caso.
- En el 3º casillero:

1<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral, cualquiera sea el tipo de paquete:

"1" Cuando el Plan de Atención Integral es iniciado.

"TA" Cuando el Plan de Atención Integral es concluido.

2<sup>do</sup> Lab. Corresponde al Tipo de Paquete:

"1" Paquete Básico;

"2" Paquete Completo;

"3" Paquete Especializado. **(NUNCA SE OFERTA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)**

3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

"1" Establecimiento de Salud;

"2" Institución Educativa.

**En la columna correspondiente al Código, se colocará C8002**

## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL INICIADO



**El Plan de Atención Integral del Adolescente puede INICIARLO cualquier integrante del equipo multidisciplinario.**

### En estos casos se procederá a anotar:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 3º casillero el Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "P", "D" o "R" de acuerdo al caso.
- En el 3º casillero "D".

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero "1, 2, 3 ...5" según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero .....De acuerdo al caso.
- En el 3º casillero:

1<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral:

"1" Cuando se inicia el Plan de Atención Integral, cualquiera que sea el tipo de paquete a ofertar.

2<sup>do</sup> Lab. Tipo de Paquete:

"1" Paquete Básico;

"2" Paquete Completo;

"3" Paquete Especializado. **(NUNCA PODRÁ OFERTARSE EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)**

3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta la atención:

"1" Establecimiento de Salud;

"2" Institución Educativa.

- En columna de Código C8002

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, INICIADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

**Caso:** Adolescente varón de 14 años, que acude por primera vez al Establecimiento de Salud, se le realiza la evaluación del desarrollo sexual, brinda consejería/orientación en salud sexual y reproductiva, se le oferta el paquete completo de atención integral y se da por iniciado el Plan de Atención Integral de Salud.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: **Evaluación Integral del Adolescente**
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención: **Evaluación del desarrollo sexual**
- En el 3º casillero: **Consejería / orientación en salud sexual y reproductiva.**
- En el siguiente casillero: **Plan de atención integral de salud**

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "D".
- En el 3º casillero "D".
- En el siguiente casillero: "D"



En el ítem: **Lab anote:**

- En el 1º casillero “1” porque corresponde a la primera atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero, dejar en blanco en este caso no corresponde colocar nada.
- En el 3º casillero: “1” por corresponder a una primera consejería.
- En el siguiente casillero que corresponde al Plan de atención integral de salud :

1er Lab. :

“1” El Plan de Atención Integral está siendo iniciado.

2do Lab. Tipo de Paquete:

“2” Corresponde al **Paquete completo** de atención integral;

3er Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

“1” Porque se está brindando en el **Establecimiento de Salud;**

- En la columna de **Código** y que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos correspondientes a cada uno de los diagnósticos

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	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: ____/____/____																				
16	63524178	10	INDEPENDENCIA		M	PC		PESO		N	N	1. Evaluación integral del adolescente	P	X	R	1			99384	
	63524178				M			TALLA		X	X	2. Evaluación del desarrollo sexual	P	X	R				99384.02	
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	X	R	1		99402.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Plan de atención integral de salud	P	X	R	1	2	1	C8002
					M			TALLA		C	C	2.	P	X	R					
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	X	R				



### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, INICIADO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

**Caso:** Adolescente varón de 14 años, es atendido por primera vez en la Institución Educativa, a quien se le realiza la evaluación del desarrollo sexual, se le brinda consejería/orientación en salud sexual y reproductiva, se le oferta el paquete básico de atención integral y procede a dar por iniciado el Plan de Atención Integral de Salud.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: **Evaluación Integral del Adolescente**
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención: **Evaluación del desarrollo sexual**
- En el 3º casillero: **Consejería / orientación en salud sexual y reproductiva.**
- En el siguiente casillero: **Plan de atención integral de salud**

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”.

- En el 2º casillero “D”.
- En el 3º casillero “D”.
- En el siguiente casillero: “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “1” porque corresponde a la primera atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero, dejar en blanco en este caso no corresponde colocar nada.
- En el 3º casillero: “1” por corresponder a una primera consejería.
- En el siguiente casillero que corresponde al Plan de atención integral de salud :

**1<sup>er</sup> Lab. :**

“1” El Plan de Atención Integral está siendo iniciado.

**2<sup>do</sup> Lab. Tipo de Paquete:**

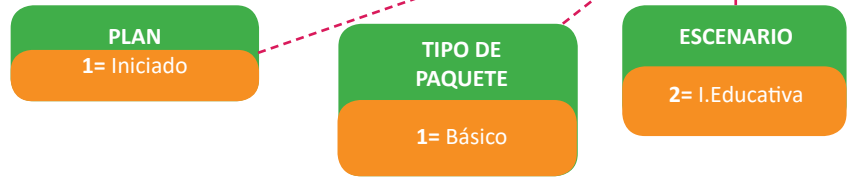
“1” Corresponde al Paquete básico de atención integral;

**3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:**

“2” Porque se está brindando en la Institución educativa.

- En la columna de **Código** y que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos correspondientes a cada uno de los diagnósticos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION						
							302304					DNI						
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											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: / /						
	63524178	10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación Integral del adolescente	P	X	R	1			99384	
	63524178	58			D	F	TALLA	X	X	2. Evaluación del Desarrollo Sexual	P	X	R				99384.02	
							Hb	R	R	3.	P	X	R	1			99402.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
					A	M	PESO	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R	1	1	2	C8002	
					M		TALLA	C	C	2.	P	X	R					
					D	F	Hb	R	R	3.	P	X	R					



**PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL CONCLUIDO**

El Plan de Atención integral del Adolescente puede ser **CONCLUIDO** por cualquier integrante del equipo multidisciplinario.

Cuando el adolescente haya concluido el Paquete de Atención Integral:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 3º casillero el Plan de Atención Integral de salud.



En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”.
- En el 2º casillero “P”, “D” o “R” de acuerdo al caso.
- En el 3º casillero “D”.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “1, 2, 3 ...” según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero .....lo que corresponda de acuerdo al caso.
- En el 3º casillero:

1<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral, cualquiera sea el tipo de paquete:

“TA” Cuando el Plan de Atención Integral es concluido.

2<sup>do</sup> Lab. Tipo de Paquete:

“1” Paquete Básico;

“2” Paquete Completo;

“3” Paquete Especializado. (NUNCA PODRÁ OFERTARSE EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)

3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

“1” Establecimiento de Salud;

“2” Institución Educativa.

- En la columna **correspondiente al Código, se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos correspondientes a cada uno de los diagnósticos.

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, CONCLUIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

**Caso:** Adolescente mujer de 14 años, quien acude al establecimiento de salud y de acuerdo a la historia clínica, corresponde a la tercera atención/“sesión”, se le aplica el cuestionario de habilidades sociales y brinda consejería integral, continuando con la entrega del paquete completo de atención integral y da por concluido el plan de atención integral de salud.

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

- En el 1º casillero: Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero: Aplicación de cuestionario de habilidades sociales.
- En el 3º casillero: Consejería integral.
- Siguiendo casillero: Plan de atención Integral de Salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”.
- En el 2º casillero “D”.
- En el 3º casillero “D”.
- Siguiendo casillero: “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “ 3 ” porque corresponde a la tercera atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero, en blanco porque no corresponde al caso.
- En el 3º casillero, colocar 1 porque corresponde a una primera consejería integral.

• En el siguiente casillero: Plan de atención integral de salud:

**1<sup>er</sup> Lab. :**

“TA” El Plan de Atención Integral está siendo concluido.

**2<sup>do</sup> Lab. Tipo de Paquete:**

“2” Corresponde al Paquete completo de atención integral;

**3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:**

“1” Porque se está brindando en el Establecimiento de salud.

• En la columna de **Código y** que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**

• En los casilleros anteriores los códigos correspondientes a cada uno de los diagnósticos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION								
						302304				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/P/ UERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
	63524178	10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación Integral del adolescente	P	X	R	3		99384		
	63524178	58			M	PaB	TALLA	C	C	2. Aplicación de cuestionario de habilidades sociales	P	X	R			U100		
					D		Hb	R	R	3. Consejería integral	P	X	R	1		99401		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Plan de atención integral de salud	P	X	R	TA	2	1	C8002
					M		TALLA	C	C	2.	P	X	R					
					D	PaB	Hb	R	R	3.	P	X	R					

**PLAN**  
TA= Concluido

**TIPO DE PAQUETE**  
2= Completo

**ESCENARIO**  
1= E.Salud

**PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, CONCLUIDO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:**

**Caso:** Adolescente varón de 14 años, es atendido en la institución educativa, de acuerdo a la historia clínica corresponde a la tercera atención/“sesión”, se le aplica el cuestionario de habilidades sociales, brinda consejería integral y de acuerdo a su plan individualizado, se continua con la entrega del paquete básico de atención integral y se concluye con el plan de atención integral de salud.

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

- En el 1º casillero: Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero: Aplicación de cuestionario de habilidades sociales.
- En el 3º casillero: Consejería integral.
- Siguiendo casillero: Plan de atención Integral de Salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”.
- En el 2º casillero “D”.
- En el 3º casillero “D”.
- Siguiendo casillero: “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “ 3 ” porque corresponde a la tercera atención o sesión brindada.
- En el 2º casillero, en blanco porque no corresponde al caso.
- En el 3º casillero, colocar 1 porque corresponde a una primera consejería integral.
- En el siguiente casillero: Plan de atención integral de salud:

**1er Lab. :**

“TA” El Plan de Atención Integral está siendo concluido.

**2do Lab. Tipo de Paquete:**

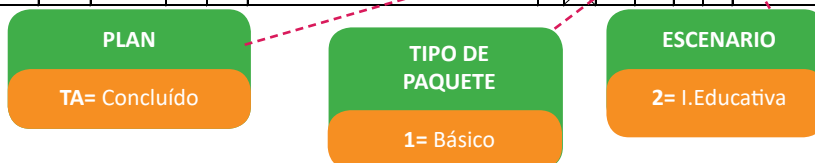
“1” Corresponde al Paquete básico de atención integral;

**3er Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:**

“2” Porque se está brindando en la Institución educativa.

- En la columna de **Código y** que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos correspondientes a cada uno de los diagnósticos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION							
						302304				DNI							
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										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: / /							
	63524178	10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación Integral del adolescente	P	X	R	3		99384	
	63524178				M		TALLA	X	X	2. Aplicación de cuestionario de habilidades sociales	P	X	R			U100	
		58			D	F	Hb	R	R	3. Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental	P	X	R	1		99402.09	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
					A	M	PESO	N	N	1. Plan de atención integral de salud	P	X	R	TA	1	2	C8002
					M		TALLA	C	C	2.	P	X	R				
					D	F	Hb	R	R	3.	P	X	R				



Además de consignar la codificación de las actividades, diagnósticos, procedimientos, entre otros. Deberá registrarse la PROCEDENCIA y la RESIDENCIA del adolescente.

### 1. PAQUETE BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles I-1 y I-2)

Incluye las siguientes prestaciones de salud orientadas a promover el desarrollo positivo, identificando factores protectores y de riesgo en los adolescentes e incluye las siguientes prestaciones:

#### Prestaciones para identificar factores de riesgo en los adolescentes

1. Identificación de riesgos psicosociales, según norma vigente.
2. La evaluación del desarrollo sexual de Tanner.
3. La toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera.

04. La toma de prueba rápida para la detección de VIH, sífilis y hepatitis B, en caso de que el/la adolescente lo requiera.
05. La entrega de métodos anticonceptivos, en caso de que el/la adolescente lo requiera.
06. La evaluación nutricional antropométrica que comprende la evaluación del índice de masa corporal y del perímetro abdominal.
07. Determinación de la agudeza visual.
08. Determinación de hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil.
09. La suplementación preventiva de hierro acorde al esquema normado.
10. La aplicación de inmunizaciones acorde al esquema normado.
11. Visitas domiciliarias (Sólo se aplica para establecimientos de salud con población asignada)

**Prestaciones que fortalecen los factores protectores de los adolescentes:**

12. La consejería en salud mental.
13. La consejería en salud sexual y reproductiva.
14. La consejería en salud nutricional.



Lo aplican todos los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo básico de salud, o en su defecto, con algún personal de salud capacitado para brindar las prestaciones que forman parte de este paquete.

Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>1</b>
⇒	Identificación de riesgos psicosociales	96150	
⇒	Evaluación del Desarrollo Sexual de Tanner	99384.02	
⇒	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	99402.03	1 **
⇒	Embarazo No Confirmado: toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera. (examen de orina)	Z320	En Blanco
⇒	Toma de Prueba Rápida (en caso lo requiera) para la detección de:		
⇒ VIH	Consejería Pre Test para VIH	99401.33	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (Tamizaje de VIH por Prueba Rápida)	86703	RN / RP
	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo	99403.03	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo	99401.34	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
⇒	Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	99402.05	En blanco
⇒	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis por Prueba Rápida)	86780	RN / RP
⇒	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa (Tamizaje de Hepatitis B por Prueba Rápida)	86593	RN / RP
⇒	Atención en Planificación Familiar y SSR	99208	En blanco
⇒	Orientación/Consejería en Planificación Familiar	99402.04	1, 2 **
⇒	Entrega de Métodos Anticonceptivos, en caso de que el/la Adolescente lo requiera	De acuerdo al Método Anticonceptivo por el que opta	

\*\*A demanda del adolescente

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>2</b>
⇒ Identificación de Riesgos Psicosociales (Entrevista de Tamizaje SM)	96150	VIF / AD / CIA
⇒ Consejería en Salud Mental	99402.09	En Blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>3</b>
⇒ Evaluación Nutricional Antropométrica:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)</li> </ul>	E669 = Obesidad E660 = Sobrepeso Z006 = Normal E440 = Delgadez E43X = Delgadez Severa	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Perímetro Abdominal</li> </ul>	U8170	<b>RSM</b> =Riesgo Bajo <b>RSA</b> =Riesgo Alto <b>RMA</b> =Riesgo Muy Alto
⇒ Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	99403.01	Nº Consejería
⇒ Suplementación Preventiva de Hierro	59401.04	TA
⇒ Determinación de hemoglobina (Dosaje de Hemoglobina)	85018	1
⇒ Consejería en Salud Ocular	99401.16	1
⇒ Determinación de la Agudeza Visual	99173	Valor Ojo Derecho: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700  Valor Ojo Izquierdo: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700

### Otras Prestaciones:

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Inmunizaciones (las dosis de acuerdo a la normatividad vigente)		En el tiempo:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna contra la Hepatitis B (HVB)</li> </ul>	90746	1, 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna contra la Influenza</li> </ul>	90658	Dosis Única
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna Diftotetánica (dT)</li> </ul>	90714	1, 2, 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna VPH (solo mujeres)</li> </ul>	90649	1, 2

Prestaciones Extramurales	Código HIS	Lab.
⇒ Visitas Domiciliarias (Programación para seguimiento)	C0011	Nº de la Visita
⇒ Consejería Integral	99401	1



En el caso de identificar factores de riesgo se procede a realizar la atención o referencia a los establecimientos de salud de mayor complejidad, de acuerdo a la normatividad vigente.

## Área Salud Sexual

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	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: ____/____/____																						
	97565		10	OCOÑA	15	M	PC	PESO			1. Evaluación Integral del adolescente	P	D	R	1			99384				
	89526224		58			M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	D	R	1			99402.03			
						D		Hb		R	R	3. Evaluación del desarrollo sexual	P	D	R				99384.02			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	PC	PESO		N	N	1. Embarazo no confirmado	P	D	R				Z320			
						M	Pab	TALLA		C	C	2. Plan de atención integral de salud	P	D	R	1	1	1	C8002			
						D		Hb		R	R	3.	P	D	R							

**PLAN**  
1= Iniciado

**TIPO DE PAQUETE**  
1= Básico

**ESCENARIO**  
1= E.Salud

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	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: ____/____/____																						
	63524178		10	INDEPENDENCIA	17	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Pre test para VIH	P	D	R				99401.33			
	99526224		58			M	Pab	TALLA		C	C	2. Anticuerpos HIV-1 HIV- Análisis único (Tamizaje de VIH por prueba rápida)	P	D	R				86703			
						D		Hb		R	R	3. Consejería post test para VIH-Resultado no reactivo	P	D	R				99401.34			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	PC	PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05			
						M	Pab	TALLA		C	C	2. Anticuerpo Treponema Pallidum (Tamizaje de sífilis por prueba rápida)	P	D	R	RN			86780			
						D		Hb		R	R	3. Prueba de sífilis, anticuerpo no traponémico cuantitativo	P	D	R	RN			86593			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	66227390			JESÚS MARÍA	14	M	PC	PESO		N	N	1. Atención en planificación familiar	P	D	R				99208			
	99526232					M	Pab	TALLA		C	C	2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	D	R				99402.04			
						D		Hb		R	R	3. Administración y uso de método anticonceptivo preservativo masculino	P	D	R				99208.02			

## Inmunizaciones

Se implementará previa verificación del calendario de vacunación para las y los Adolescentes, debiendo cumplir con el esquema vigente y el registro correspondiente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote las vacunas que se aplique:

- En el 1º casillero Vacuna contra la Hepatitis B (HvB)
- En el 2º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

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

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	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: ____/____/____																						
	63524178		10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna contra la hepatitis B(HvB)	P	D	R	1			90476			
						M	Pab	TALLA		C	C	2. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	D	R	1			90714			
			58			D		Hb		R	R	3.	P	D	R							





## Área Salud Psicosocial

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	63524178			INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación integral del adolescente	P	X	R	2		99384	
						M		TALLA		X	X	2. Consejería en salud mental	P	X	R			99402.09	
						D	Pab	Hb		R	R	3. Entrevista de Tamizaje	P	X	R	VIF	AD	CIA	96150

## Área Salud Física y Nutricional

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Cristina Solano Garcia</b> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <b>12 / 07 / 2003</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <b>23/11/2019</b> FECHA DE ULTIMA REGLA: <b>17/11/2019</b>																			
	63524179		10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO	61	N	N	1. Evaluación integral del adolescente	P	X	R	3		99384	
			58			M		TALLA	145	X	X	2. Sobrepeso	P	X	R			E660	
						D	Pab	Hb	78.5	R	R	3. Talla baja	P	X	R	TE		E45X	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
						A	PC	PESO		N	N	1. Control y evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	P	X	R	RSA		U8170	
						M		TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1		99403	
						D	Pab	Hb		R	R	3. Suplementación de Sulfato Ferroso	P	X	R	TA		59401.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	63524179			INDEPENDENCIA	14	A	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1		85018	
						M		TALLA		X	X	2. Consejería en Salud Ocular	P	X	R	1		99401.16	
						D	Pab	Hb		R	R	3. Determinación de la Agudeza Visual	P	X	R	20	30	99173	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					14	M	PC	PESO		N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R	TA	1	1	C8002
						M		TALLA		X	X	2.	P	D	R				
						D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				

El registro de los Valores Antropométricos: Peso y Talla son de carácter OBLIGATORIO durante todas las Sesiones de Atención Integral del Adolescente y en la Sesión de Salud Nutricional se debe incluir el valor del Perímetro Abdominal y los resultados y fecha del Dosaje de Hemoglobina.

### Suplementación Preventiva para las adolescentes mujeres de 12 a 17 años

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	PRODUCTOS	DURACIÓN
Adolescente Mujer de 12 a 17 años	1 Tableta de 60 mg de hierro elemental + 400ug Ácido Fólico 2 veces por semana	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	2 tabletas por semana durante 3 meses continuos cada año

60mg de hierro elemental equivale a 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado. 180mg de fumarato ferroso a 500 mg de gluconato ferroso.  
Fuente: Zavaleta N. Respicio G. and García T. Nutr. 130: 4625-4645, 2000<sup>(67)</sup> y WHO. 2016 Guideline. Daily iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls, Ginebra<sup>(68)</sup>

## 2. PAQUETE COMPLETO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles I-3 y I-4)

Se oferta prestaciones desarrollados por el equipo multidisciplinario completo de salud adolescente, con la infraestructura y el equipamiento para brindar servicios de estomatología y de laboratorio.

**A las prestaciones del paquete básico, SE ADICIONAN:**

### **Prestaciones para identificar factores de riesgo**

15. Evaluación ocular.
16. Evaluación de agudeza auditiva.
17. Evaluación físico postural.
18. El examen estomatológico.
19. Instrucción de higiene oral
20. Asesoría nutricional
21. Profilaxis dental.
22. La evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías.
23. Consulta nutricional en caso el adolescente lo requiera.
24. Evaluación psicológica en caso el adolescente lo requiera
25. Test y sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, según normatividad vigente.

### **Exámenes de laboratorio**

26. Examen de hemoglobina y hematocrito.
27. Examen de colesterol.
28. Examen de triglicéridos.
29. Examen de Lipoproteína de baja densidad (LDL)
30. Examen de Lipoproteína de alta densidad (HDL)
31. Examen de glucosa.
32. Examen completo de orina.
33. Examen parasitológico en heces seriado (3) y test de Graham.
34. Además de otros exámenes según necesidad del adolescente.

En cada registro de la atención, colocar en Lab de Evaluación integral del adolescente: 1, 2, 3,...5; según corresponda el número de atención/"sesión", con el fin de garantizar la continuidad y la provisión del paquete de atención de salud, que debe entregarse como mínimo en 3 sesiones abarcando las tres áreas (psicosocial, sexual y física nutricional)



Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>1</b>
⇒	Evaluación del Desarrollo Sexual de Tanner	99384.02	
⇒	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	99402.03	1
⇒	Embarazo No Confirmado: toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera. (examen de orina)	Z320	En Blanco
⇒	Toma de Prueba Rápida (en caso lo requiera) para la detección de:		
⇒ VIH	Consejería Pre Test para VIH	99401.33	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (Tamizaje de VIH por Prueba Rápida)	86703	RN / RP
	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo	99403.03	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo	99401.34	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
⇒	Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	99402.05	En blanco
⇒	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis por Prueba Rápida)	86780	RN / RP
⇒	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa (Tamizaje de Hepatitis B por Prueba Rápida)	86593	RN / RP
⇒	Orientación/Consejería en Planificación Familiar	99402.04	1, 2
⇒	Entrega de Métodos Anticonceptivos, en caso de que el / la Adolescente lo requiera	De acuerdo al Método Anticonceptivo por el que opta	
⇒			
Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>2</b>
⇒	Identificación de Riesgos Psicosociales (Entrevista de Tamizaje SM)	96150	VIF / AD / CIA
⇒	Consejería en Salud Mental	99402.09	En Blanco
⇒	Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	U100	En Blanco
	• Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	Z734	En Blanco
	• Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales	U1252	1, 2, 3.... TA
⇒	Consulta Psicológica	96100	En Blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>3</b>
⇒ Evaluación Nutricional Antropométrica:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)</li> </ul>	E669 = Obesidad E660 = Sobrepeso Z006 = Normal E440 = Delgadez E43X = Delgadez Severa	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Perímetro Abdominal</li> </ul>	U8170	<b>RSM=Riesgo Bajo</b> <b>RSA=Riesgo Alto</b> <b>RMA=Riesgo Muy Alto</b>
⇒ Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	99403.01	Nº Consejería
⇒ Suplementación Preventiva de Hierro	59401.04	TA
⇒ Determinación de Hemoglobina (Dosaje de Hemoglobina)	85018	1
⇒ Examen de Oídos y de la Audición	Z011	N = Normal A = Anormal
⇒ Consejería en Salud Ocular	99401.16	1
⇒ Examen de los Ojos y de la Visión	Z010	N = Normal A = Anormal
⇒ Determinación de la Agudeza Visual	99173	Valor Ojo Derecho: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700 (1er Lab)  Valor Ojo Izquierdo: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700 (2do Lab.)

### Otras Prestaciones:

#### En la Consulta con el Médico

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Examen Médico General</b>		
⇒ Evaluación Físico Postural:	96008	En Blanco
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal (solo se registra Examen Médico)</li> </ul>	Z000	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cifosis Postural</li> </ul>	M400	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otras Cifosis y las no especificadas</li> </ul>	M402	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome de Espalda Plana</li> </ul>	M403	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lordosis no especificada</li> </ul>	M405	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escoliosis Idiopática Juvenil</li> </ul>	M411	



## En la Consulta con el Médico

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Valoración Clínica de Factores de Riesgo	Z019	DNT
⇒ Exámenes de Laboratorio:		
• (Hematocrito, Colesterol, Triglicéridos, LDL, HDL, Glucosa, Orina Completo)	Z017	En Blanco
• Hemoglobina	85018	1
• Parasitológico en Heces Seriado (3)	87177.01	En Blanco
• Test de Graham	87172	En Blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Examen Estomatológico	D0120	1, 2
⇒ Instrucción de Higiene Oral	D1330	1, 2
⇒ Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	D1310	1, 2
⇒ Profilaxis dental	D1110	1, 2

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Inmunizaciones (las dosis de acuerdo a la normatividad vigente)		En el tiempo:
• Vacuna contra la Hepatitis B (HVB)	90744	1, 2
• Vacuna contra la Influenza	90656	Dosis Única
• Vacuna Diftotetánica (dT)	90715	1, 2, 3
• Vacuna VPH (solo mujeres)	90650	1, 2

## Área Salud Sexual

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	63524178			PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99384
						M		TALLA	C	C	2. Consejería/ Orientación en Salud Sexual y Reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.03
						D	F Pab	Hb	R	R	3. Evaluación del Desarrollo Sexual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99384.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	M PC	PESO	N	N	1. Embarazo no confirmado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z320
						M		TALLA	C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2	1	C8002
						D	F Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				



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			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	63524178			PUENTE PIEDRA		14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería Pre test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.33	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-Análisis único (Tamizaje de VIH por prueba rápida)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86703	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3. Consejería para post para VIH- Resultado NO reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.34	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
							<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería /Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	C	C		2. Anticuerpo Treponema Pallidum (Tamizaje de sífilis por prueba rápida)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86780	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3. Prueba de sífilis; anticuerpo no Treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86593	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	63524178			PUENTE PIEDRA		14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Atención en planificación familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3. Administración y uso de método anticonceptivo preservativo masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99208.02	

## Área Salud Psicosocial

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			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	63625178			PUENTE PIEDRA		15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Evauación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99384	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C		2. Consejeria en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.09	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3. Entrevista de Tamizaje SM	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	AD	CIA	96150

## Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales

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			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	63625178			PUENTE PIEDRA		15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U100	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z734	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

## Sesión de entrenamiento en Habilidades Sociales

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			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	63625178			PUENTE PIEDRA		15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z734	
					M		<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		U1252	
					D		<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R		3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

## Sesión Salud Física y Nutricional

DÍA	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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Cristina Solano García</b> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <b>12/07/2005</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <b>23/11/2019</b> FECHA DE ULTIMA REGLA: <b>17/11/2019</b>																		
29	17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	61	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99384
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	145		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E660
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	78.5	R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Tallabaja	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TE
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA		U8170
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Suplementación de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	17863524		PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Examen de oídos y de la audición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z011
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen de los ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N		Z010
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Determinación de la Agudeza Visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20 30	99173
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA 2 1



El Examen de Oídos y de la Audición y los Examen de los Ojos y de la Visión se deberá indicar si son Normal (N) o Anormal (A) en el campo Lab de acuerdo al resultado de la evaluación

### Otras Prestaciones:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION					
2020	FEBRERO	C.S. LADERAS DEL CHILLÓN						ODONTOLOGÍA					DNI	87654321			CD.PATRICIA SAENZ RUIZ	
DÍA	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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
2	63524178	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Caries de la dentina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		K021
	63524178				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Gingivitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		K050
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Examen estomatológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Instrucción de higiene oral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		D1330
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Asesoría nutricional dental para el control de enfermedades	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D1310
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1

### 3. PAQUETE ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles II y III)

Incluye, además, de las prestaciones del paquete básico y el paquete completo de atención integral, la evaluación clínica especializada. En caso de diagnosticar alguna patología, se procede a brindar el tratamiento correspondiente.

#### Además de los exámenes de laboratorio del paquete completo, se adicionan:

1. Otros exámenes de laboratorio según necesidad.

## En la Consulta con el Médico

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										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	63524178	10	PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1.	P	R					Z000		
	63524178	48			M		TALLA			2.	P	R					96008		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	R					M400		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	PC	PESO	N	N	1.	P	R	DNT				Z019		
					M		TALLA	C	C	2.	P	D					E660		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	R					Z017		



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

## 4. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (Niveles I, II y III)

Estas prestaciones colectivas fortalecen los factores protectores en adolescentes y complementan los paquetes de atención integral.

### SESIÓN EDUCATIVA

#### PARA EL CASO DE ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, RELACIONADAS A:

- **Desarrollo Integral**

Incluye contenidos educativos relacionados al Desarrollo Integral: Físico, Sexual, Cognitivo, Social, Emocional, Espiritual (valores y ética); que abarca las áreas de Salud Física nutricional, Salud Psicosocial y Salud sexual y reproductiva

En el Código Lab. de **SESIONES EDUCATIVAS**, se colocará el **NÚMERO DEL CONTENIDO EDUCATIVO** del área que se desarrolla.

En el siguiente Lab. Se colocará las **INICIALES DEL ÁREA** que corresponda.

**Salud Físico Nutricional** = **PSA (1,2,3,4,5,6,7,8,9)**

**Salud Sexual y Reproductiva** = **SSI (1,2,3,4,5)**

**Salud Psicosocial** = **PSI (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)**

- **Salud Física Nutricional (PSA)**

Incluye contenidos educativos relacionados a:

1 = Actividad Física

2 = Alimentación Saludable

3 = Higiene

4 = Protección Solar

5 = Salud Bucal

6 = Salud Ocular

7 = Cuidado del Medio Ambiente

8 = Medidas de Seguridad y Prevención de Accidentes. Primeros Auxilios.

9 = Salud Respiratoria y Tuberculosis  
Temática: Higiene y Salud Bucal



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	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: / /		
	17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	PSA	C009		
	17863524	58			<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Sesión Educativa	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	PSA	C009		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3.	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					

En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,.....9 y en siguiente Lab. Registrar "PSA" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Física Nutricional (PSA)

• **Salud Sexual y Reproductiva (SSI)**

- 1 = Derechos Sexuales y Reproductivos
- 2 = Sexualidad Humana y Afectividad
- 3 = Desarrollo Sexual en la Adolescencia
- 4 = Prevención del Embarazo No Deseado, ITS y VIH-SIDA
- 5 = Diversidad Sexual e Ideología de Género

**Temática: Desarrollo Sexual en la Adolescencia y Prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-SIDA**

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	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: / /		
	17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	SSI	C009		
	17863524	58			<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Sesión Educativa	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	SSI	C009		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3.	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					

En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4 o 5) y en siguiente Lab. Registrar "SSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva (SSI)

• **Salud Psicosocial (PSI)**

- 1 = Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
- 2 = Proyecto de Vida.
- 3 = Resiliencia.
- 4 = Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
- 5 = Derechos y Responsabilidades en Salud.
- 6 = Equidad de Género e Interculturalidad.
- 7 = Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (pandillaje, delincuencia, bullying).
- 8 = Identificación de Signos de Alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

9 = Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, adicción tecnológica).

10 = Masculinidad.

**Temática: Rol del Adolescente en la Familia y Prevención de la Violencia Familiar.**

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	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: ____/____/____		
	17663524		10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	PSI		C009	
	17663524					<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	PSI		C009	
			58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			R	R	3.	P	D	R					



En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,.....10 y en siguiente Lab. Registrar "PSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Psicosocial (PSI)

**PARA EL CASO DE ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, RELACIONADAS A:**

• **Desarrollo Integral**

Incluye contenidos educativos relacionados al Desarrollo Integral: Físico, Sexual, Cognitivo, Social, Emocional, Espiritual (valores y ética)

En el Código Lab. de **SESIONES EDUCATIVAS**, se colocará el **NÚMERO DEL CONTENIDO EDUCATIVO** del área que se desarrolla.

En el siguiente Lab. Se colocará las **INICIALES DEL ÁREA** que corresponda.

**Salud Físico Nutricional** = **PSA (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)**

**Salud Sexual y Reproductiva** = **SSI (1,2,3,4,5,6,7)**

**Salud Psicosocial** = **PSI (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)**

• **Salud Física Nutricional (PSA)**

Incluye contenidos educativos relacionados a:

1 = Actividad Física y Deporte

2 = Alimentación Saludable

3 = Higiene

4 = Prevención de Trastornos Posturales

5 = Protección Solar

6 = Salud Bucal

7 = Salud Ocular

8 = Salud Respiratoria y Tuberculosis

9 = Cuidado del Medio Ambiente

10 = Prevención de Enfermedades

Trasmisibles Prevalentes: Dengue, Malaria, Bartonellosis, etc.

11 = Medidas de Seguridad y Prevención de Accidentes.

12 = Primeros Auxilios. Resucitación Cardiopulmonar

**Temática: Medidas de seguridad y prevención de accidentes.  
Primeros auxilios; Resucitación cardiopulmonar.**

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										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
7	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	PSA	C009
	63528574				<input type="checkbox"/>	M								2 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab				R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R	



En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,.....12 y en siguiente Lab. Registrar "PSA" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Física Nutricional (PSA).

**• Salud Sexual y Reproductiva (SSI)**

- 1 = Derechos Sexuales y Reproductivos
- 2 = Sexualidad Humana y Afectividad
- 3 = Anticoncepción y Paternidad Saludable
- 4 = Prevención del Embarazo No Deseado
- 5 = Relaciones Sexuales, Sexo Seguro
- 6 = Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA, Hepatitis B
- 7 = Diversidad Sexual e Ideología de Género

**Temática: Anticoncepción y Paternidad Saludable  
Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA, Hepatitis B**

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										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
17	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	SSI	C009
	63528574				<input type="checkbox"/>	M								2 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab				R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R	



En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,..7 y en siguiente Lab. Registrar "SSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva (SSI).

• **Salud Psicosocial (PSI)**

- 1 = Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
- 2 = Resiliencia.
- 3 = Proyecto de Vida y Orientación Vocacional.
- 4 = Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
- 5 = Derechos y Responsabilidades en Salud.
- 6 = Equidad de Género e Interculturalidad.
- 7 = Empoderamiento. Liderazgo. Participación Ciudadana.
- 8 = Viviendo en Familia: Relaciones Intergeneracionales, Mejorando la Comunicación.
- 9 = Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (pandillaje, delincuencia, bullying).
- 10 = Identificación de Signos de Alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- 11 = Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, adicción tecnológica).
- 12 = Medios de Comunicación y sus Riesgos.
- 13 = Masculinidad.

**Temática: Derechos y Responsabilidades en salud.**

**Viviendo en familia: Relaciones Intergeneracionales, Mejorando la Comunicación**

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	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: / /									
24	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	PSI		C009
	63528574				<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	PSI		C009
		58			<input type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R			



En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,..13 y en siguiente Lab. Registrar "PSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Psicosocial (PSI)

**FORMACIÓN DE EDUCADORES PARES (C3152)**

La formación de líderes escolares (educadores pares), se desarrolla en 4 a 7 sesiones (mínimo 4 sesiones).

**Para el registro:**

En el diagnóstico/motivo de consulta y/o actividad de salud colocar:  
Formación de educadores pares.

Tipo de diagnóstico marcar como definitivo "D"

En el 1º Lab. El número de la sesión que corresponde (1,2,3,.....7), y se colocará "TA", al completar las sesiones programadas.

En el 2do Lab. El número de participantes.



Es **IMPORTANTE** colocar el código de la UPS 302304 (Servicio diferenciado), que permitirá el reporte de identificación de los educadores pares, formados en la temática acorde a la normatividad de la Etapa de Vida Adolescente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
						302304				DNI									
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										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: / /			
19	APP141				A	M	PC	PESO	N	N	1	Formación de Educadores Pares	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	20		C3152
					M			TALLA	C	C	2		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R				

### SESIÓN DE ENTRENAMIENTO DE FAMILIAS FUERTES

Es **IMPORTANTE** colocar el código de la UPS 302304 (Servicio diferenciado), que permitirá el reporte de la intervención desde la Etapa de Vida Adolescente.

Las 7 sesiones se dividen temáticamente en:

Sesión	Padres	Adolescentes	Familia
1	Amor y límites Estilos de crianza	Tener objetivos y sueños	Apoyar los objetivos y sueños
2	Establecer reglas en la casa	Apreciar a los padres	Promover la comunicación en la familia
3	Estimular el buen comportamiento	Hacer frente al estrés	Aprecio a los miembros de la familia
4	Utilización de las sanciones	Obedecer las reglas	Empleo de las reuniones familiares
5	Establecer vínculos	Hacer frente a la presión de los compañeros	Comprender los principios de la familia
6	Protección sobre los comportamientos de riesgo	La presión del grupo y los buenos amigos	Las familias y la presión de los compañeros
7	Conexiones con la comunidad	Ayudar a otros	Recapitulación

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION											
						302304				DNI											
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO									
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: FORMACIÓN DE FACILITADORES										NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
19	APP100				A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				U1258		
					M			TALLA	C	C	2	Taller para personal de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15			C0008		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R						

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION											
						302304				DNI											
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO									
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN A ADOLESCENTES (Se ingresa datos de cada uno de los adolescentes)										NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
17	41565684	1	JESÚS MARÍA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			U1258		
	41565684	58			M			TALLA	C	C	2.		P	D	R						
					D			Hb	R	R	3.		P	D	R						

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
<b>REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN CON PADRES</b>																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
17	APP146			JESÚS MARÍA	A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	15		U1258	
					M			TALLA	C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R					

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
<b>REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN CON FAMILIAS</b>																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
17	APP136			Jesús María	A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	15		U1258	
					M			TALLA	C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R					

En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión que se desarrolla, según sea el caso: 1,2,3,4,5,6 y para la sesión 7 colocar "TA".  
En el 2do campo Lab. Colocar el número de padres o familias participantes, según corresponda.

### OTRAS PRESTACIONES

#### Tele orientación síncrona (99499.08)

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 síncrona.
- 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	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION								
2020	Mayo	EL TAMBO						302304				DNI	XXXXXX	XXXXXXXX						
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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
<b>REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: FORMACIÓN DE FACILITADORES</b>																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
25	56906798		10	JESÚS MARÍA		16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1	Consejería/Orientación en Salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.03
	56906798			M				TALLA	C	C	2.	Consejería para el autocuidado	P	D	R					99401.19
	58			D	F		Pab	Hb	R	R	3.	Tele Orientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08



### Tele monitoreo (99499.10)

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 **Tele monitoreo**.

- En el ítem Tipo de diagnóstico, que corresponde a tele monitoreo, se marcará siempre "R"
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	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"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Embarazo no confirmado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z320	
	98569067					M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería en Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.04	
			58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.19	
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Telemonitoreo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99499.10	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

### Tele interconsulta síncrona. (99499.11)

#### 1er 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 llamada: 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

Siguiente 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.

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	P	D	R	1º	2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
27	99526232			JESÚS MARÍA	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Problemas Reacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z553	
	99526232					M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.09	
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.19	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1. Tele interconsulta síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99499.11
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R			
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

1= Para el que consulta

## 2do 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 “R” del motivo de la consulta
- En el siguiente ítem del hallazgo marcará “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
27	99526232			JESÚS MARÍA	16	M	PC	PESO		N	N	1. Problemas Reacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	P	D	R			Z553
	99526232					M	Pab	TALLA		C	C	2. otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	P	D	R			Z637
						D		Hb		R	R	3. Tele interconsulta síncrona	P	D	R	2		99499.11

## Actividades de Medicina Alternativa y Complementaria (U0080)

Estas actividades se podrán brindar en aquellos establecimientos que se encuentren implementados, con el profesional especialista y con competencias del área, por tanto se registrarán en el servicio de Medicina Alternativa y Complementaria (301902); actividades como el de Consejería en medicina alternativa y complementaria (99401.32), Medicina Cuerpo Mente (301904), Medicina energética (301905) y Medicina Natural (301906). En el caso de la población adolescente, se prioriza la Consejería y la atención en medicina cuerpo mente.

### Consejería en medicina alternativa y complementaria (99401.32)

Se desarrolla en EESS de primer nivel de atención (I-3 y I4). Esta actividad tiene una duración entre 45 minutos a 60 minutos por cada sesión.

En el ítem Historia Clínica / Ficha Familiar se debe registrar la Historia Clínica del integrante a través del cual se llegó a la intervención familiar

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Consejería en medicina alternativa y complementaria.
- En los siguientes casilleros las actividades relacionadas a la atención

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de orientación 1, 2, 3... según corresponda





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 DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				(*FECHA DE NACIMIENTO: / /
30	APP141			BREÑA		A	M	PC			PESO	N	N	1. Consejería en medicina alternativa y complementaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.32
						M					TALLA	C	C	2. Actividades de medicina alternativa y complementaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				U0080
						D	F	Pa b			Hb	R	R	3.	P	D	R				

Colocar el número de orientación 1,2,3... según corresponda

### Atención en Medicina Cuerpo Mente (301904),

**Terapia Mente cuerpo;** centrada en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, con el propósito de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud. Estas terapias pueden ser individuales o grupales. Atención que sólo podrá realizar el profesional especialista y con competencias del área.

### Resumen para el llenado del Plan de Atención Integral en el registro HIS.

RESUMEN	Plan de atención Integral		Tipo de Paquete			Escenario	
	1ER LAB.		2DO LAB.			3ER LAB.	
	INICIADO	CONCLUIDO	Básico	Completo	Especializado	EESS	I.Educativa
	1	TA	1	2	3	1	2
<b>EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>							
Paquete <b>Iniciado/Básico</b> / en EESS	1		1			1	
Paquete <b>Iniciado/Completo</b> / en EESS	1			2		1	
Paquete <b>Iniciado/Especializado</b> / en EESS	1				3	1	
Paquete <b>Concluido/Básico</b> / en EESS		TA	1			1	
Paquete <b>Concluido/Completo</b> / en EESS		TA		2		1	
Paquete <b>Concluido/Especializado</b> / en EESS		TA			3	1	
<b>EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS</b>							
Paquete <b>Iniciado/Básico</b> / en I.Educativa	1		1				2
Paquete <b>Iniciado/Completo</b> / en I.Educativa	1			2			2
Paquete <b>Concluido/Básico</b> / en I.Educativa		TA	1				2
Paquete <b>Concluido/Completo</b> / en I.Educativa		TA		2			2



**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima-Perú  
INFOSALUD 0800-10828

