

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



Sistema de Información HIS

## Etapa de Vida Niño





Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud



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

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

**Equipo de Trabajo:**

Ing. Albertico Quispe Cruzatti, Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información.

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.

Ing. Wilson Fredy Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Dr. Gualberto Segovia Meza, Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.

M.C. Mario Izquierdo Hernández, Coordinador de la Etapa de Vida Niño.

Lic. Liz Milagros Albornoz Ureta, Equipo técnico del componente Neonatal.

Lic. Blanca Távara Campos, Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño.

Lic. Seira Katherine Huamán Inocente, Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño.

**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, agosto 2020

**Diseño y Diagramación**

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

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

**Tiraje:**

**Imprenta:**

**RUC:**

**Dirección:**

**Versión Digital:**



Pilar Mazzetti Soler  
**Ministra de Salud**

Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio  
**Viceministro de Salud Pública**

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

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

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

Miguel Angel Gutierrez Reyes  
**Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información**





## CONTENIDO

	<b>PÁG.</b>
Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades.....	07
Atención de Salud.....	07
Lista de códigos para las actividades más frecuentes.....	08
Plan de atención integral.....	11
Atención inmediata del Recién Nacido.....	12
Alojamiento Conjunto.....	14
Visita Domiciliaria.....	16
Instrucciones específicas para el registro de los controles de crecimiento y desarrollo.....	18
Consideraciones generales para el CRED en el recién nacido.....	18
Consideraciones generales para CRED en la niña y niño.....	21
Consideraciones generales para niñas y niños con riesgo en el crecimiento y desarrollo.....	32
Consideraciones generales para el seguimiento intramuro a niñas y niños con riesgo en el crecimiento y/o desarrollo.....	35
Evaluación visual en niños menores de 3 años en establecimientos de salud.....	36
Sesiones de atención temprana del desarrollo.....	37
Registro de actividades del control de CRED para niñas y niños en establecimientos de salud que no cuenten con profesionales de enfermería/médico.....	37
Visita domiciliaria.....	38
Profilaxis antiparasitaria y administración de vitamina “A”.....	40
Administración de antiparasitarios.....	40
Suplemento con vitamina A.....	40





## I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

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

### 1.1 ATENCIÓN DE SALUD

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

#### ATENCIÓN DE SALUD DEL RECIEN NACIDO

Son actividades que se inician en sala de partos y alojamiento conjunto dentro del espacio intrahospitalario y continúan en los consultorios de CRED del recién nacido y visita domiciliaria, estas dos primeras actividades que no se realizan en consultorio externo, pero, por su importancia como indicador dentro de la atención integral del recién nacido se hace obligatoria su inclusión en el registro HIS



*Respecto al financiador, para la etapa de vida niño solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro Integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (niños y niñas que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9=Privados si el establecimiento de Salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.*

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

**P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o 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 la persona 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 diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.

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

## 1.2 DATOS ESPECIFICOS

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo con las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

### Ejemplo:

En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el establecimiento de salud.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el establecimiento por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al establecimiento, pero ya ha sido atendida anteriormente en el establecimiento de salud en años anteriores.

En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.

## II. LISTA DE CODIGOS PARA LAS ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Descripcion de Procedimientos CPMS	
99436	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto/ <b>Atención inmediata del Recién Nacido</b>
99436.02	Contacto piel a piel del RN con su madre
99460	Atención inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la evaluación y manejo del recién nacido normal/ <b>Alojamiento Conjunto.</b>
99381.01	Atención Integral de Salud del niño - <b>CRED Neonato</b>
99381	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED menor de 1 año</b>
99382	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED de 1 a 4 años</b>
99383	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED de 5 a 11 años.</b>
99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas:Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión. <b>En menor de 1 año</b>
99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas:Lenguaje, motora, de coordinación y social)/Sesión. 1 a 4 ños
99205	Atención de enfermería en I nivel de atención*seguimiento
99242	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador.
99431	Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal
99431.01	Identificación de Hipoacusia/ <b>Tamizaje de hipoacusia.</b>
99431.02	Identificación de Catara Congénita/ <b>Tamizaje de cataratas congénita.</b>
99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado/ <b>Evaluación médica del recién nacido.</b>
94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinación/ <b>Tamizaje de cardiopatía congénita</b>
99502	Visita domiciliaria para cuidado y evaluación neonatal
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable



### Descripción de los Procedimientos CPMS

36416	Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)/Tamizaje neonatal metabólico: toma de muestra.	99401.07 99401.08	Consejería en inmunizaciones Consejería de identificación de signos de alarma.
87177.01 87178	Estudio parasitológico por 3 Test de Graham.	99401.09	Consejería para la prevención de muerte súbita del lactante.
96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.	99401.10	Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar.
85018 C0011 99252	Dosaje de Hemoglobina Visita familiar integral Consejería nutricional de niños en riesgo.	99401.12	Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras)
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401.24 99401.17	Consejería en higiene de manos Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH
99401.01	Consejería en el apego y comunicación.	99401.25	Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados.
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.	99403	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional).
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.		
99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable.
99401.06	Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)		

### Descripción de los Diagnósticos CIE

D0120 P07.0	Examen estomatológico Peso extremadamente bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer es de 999 gramos o menos. /RN <b>peso extremadamente bajo al nacer.</b>		entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completas, pero menos de 259 días completos) /RN prematuro.
P07.1	Otro peso bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer va de 1000 a 2499 gramos/RN <b>bajo peso al nacer.</b>	Q02 P08.0	Microcefalia Recién nacido excepcionalmente grande, Generalmente implica un recién nacido de peso al nacer de 4500 gramos o más.
P07.2	Inmadurez extrema, recién nacido con una gestación de menos de 28 semanas completas (menos de 196 días completos) /RN <b>prematuro extremo.</b>	P08.1	Otro <b>recién nacido</b> con sobre peso para la edad gestacional, sin importar el periodo gestacional.
P07.3	Otros recién nacidos pretérminos, recién nacido con una gestación	P08.2	<b>Recién nacido postérmino</b> sin sobrepeso para su edad gestacional, con periodo gestacional de 42 semana

## Descripción de los Diagnósticos CIE

	completas o más (294 días o más), sin sobrepeso o grande para la edad/ <b>recién nacido postérmino.</b>	Z00.1 Z00.2	Control de salud de rutina del niño Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia Otras Medidas Profilácticas Especificadas
E344	Estatura Alta Constitucional	Z298	
E440	Desnutrición Proteicocalorica Moderada		
E43	Desnutrición Proteicocalorica Severa, no especificada.	Z72.4	Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)
E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica.		
E669	Obesidad, no especificada.	Q12.0	Catarata congénita
R62.8	Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado ( <b>Inadecuado Peso/ Talla</b> ).	H90.2 E84.9	Hipoacusia conductiva, sin otra especificación Fibrosis quística, sin otra especificación.
R62.0	Retardo del desarrollo.	E70.0	Fenilcetonuria clásica
<b>E66.90</b>	Aumento anormal de peso (Sobrepeso)	E25.0	Hiperplasia suprarrenal congénita
D509	Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación.	E03.1 O92.5	Hipotiroidismo congénito sin bocio Supresión de la lactancia



*“Los ejemplos del presente manual son modelos que establecen el criterio descrito para el registro de actividades de manera estandarizada en el país, lo que NO significa que sea esa la única actividad a registrar en el momento de la atención”*



## 2.1 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

El Plan de Atención Integral lo registra el profesional de la salud que inicia la atención al neonato (luego del alta en caso de nacimiento en EESS y en caso de nacimiento atendido en domicilio en la primera atención), el niño y la niña (enfermera/médico) en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan de acuerdo con las normas técnicas vigentes.

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

- Plan de Atención Integral de Salud [SOLO si se elabora o ejecuta el plan]

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

- En el casillero correspondiente SIEMPRE “D”

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero correspondiente “1” que indica la elaboración del Plan Integral (durante la 1era consulta del neonato, niña o niño).
- En el casillero correspondiente “TA” que indica la ejecución del Plan Integral (cuando el neonato, niña o niño ha recibido todas prestaciones según edad y normatividad vigente).

### INICIO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (Elaborado)

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								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	97526341	2	Lince	1	A	PC	40			1. Plan de Atención Integral	P	D	R	1			C8002	
	57412				M					2. ...	P	D	R				...	
					D	F	Pab			3. ...	P	D	R				...	

### TERMINO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (Ejecutado)

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								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	97526341	2	Lince	11	A	PC	40			1. Plan de Atención Integral	P	D	R	TA			C8002	
	57412				M					2. ...	P	D	R				...	
					D	F	Pab			3. ...	P	D	R				...	



El profesional de salud deberá verificar que el neonato, niña o niño ha cumplido con todas las intervenciones del paquete de atención integral según documento normativo vigente antes de colocar “TA” el formulario HIS.



## 2.2 ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

La Atención Inmediata del Recién Nacido es el conjunto sistematizado de procedimientos, intervenciones y actividades, que se realiza a todo recién nacido, inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas de vida. Las intervenciones que forman parte de la atención inmediata deben ser posteriores al contacto piel a piel y de haberse iniciado la lactancia materna en la primera hora del nacimiento.

### Esta atención incluye:

- Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido.
- Evaluación del riesgo de la niña o niño durante y después del nacimiento; elaboración de la Historia Clínica Perinatal.
- Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo con Norma Técnica vigente.

### Primeros 60 minutos

- Recepción del RN y valoración de su condición de salud.
- Evaluación del APGAR al minuto y a los 5 minutos.
- Procedimientos para prevenir pérdida de calor.
- Monitorizar y garantizar el oportuno contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia materna (60 minutos).
- Procedimientos para identificación del RN (Colocación del brazalete con datos completos)

### Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido

- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro.
- Clampaje definitivo y Cuidados del cordón umbilical.
- Somatometría
- Administración de vitamina K.
- Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal.
- Identificación de signos de alarma del recién nacido y referencia oportuna, si corresponde.
- Exámenes de laboratorio (grupo sanguínea y factor Rh, hemoglobina, glucosa, etc.)
- Consejería a la madre sobre lactancia materna precoz y educación sobre signos de alarma neonatal.
- Registro de datos en la historia clínica y/o base de datos.

### 2.2.1 CONSIDERACIONES EN LA VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO		
Edad Gestacional	Clasificación	CIE10
Recién nacido con edad gestacional menor a 28 semanas (menos de 196 días).	Inmadurez extrema, /RN prematuro extremo	P07.2
Recién nacido con edad gestacional mayor a 28 semanas y menor de 37 semanas (mayor a 196 días hasta, 259 días).	Otros recién nacidos pre términos, RN prematuro	P07.3
Edad gestacional mayor o igual a 42 semana (294 días o más).	Recién nacido pos término sin sobrepeso para su edad gestacional, sin sobrepeso o grande para la edad/RN pos término.	P08.2



PESO DEL RECIÉN NACIDO		
Punto de Corte	Clasificación	CIE10
Menor de 1000 gramos	Extremadamente bajo	P070
De 1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	P0711
De 1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer	P0712
Mayor a 4000 gramos	Macrosómico	P080

- El RESULTADO de la valoración de la condición del recién nacido se registrará SOLO en caso de alguna alteración (bajo peso, prematuridad, etc.)

## 2.2.2 ALGUNAS ACTIVIDADES CODIFICADAS QUE SE REALIZAN EN LA ATENCIÓN INMEDIATA

ACTIVIDAD	CODIGO
Atención inmediata del Recién Nacido	99436
Contacto piel a piel	99436.02
Examen físico del recién nacido normal	99431

### EJEMPLO 1:

#### Registro de un recién nacido normal con edad gestacional mayor a 37 semanas

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

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional del Recién Nacido.
- En el 2º casillero: registrar el procedimiento que se realiza en la primera hora del nacimiento (**SOLO** si esta actividad se realizó).
- En el 4º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (**SOLO** si esta actividad se realizó).

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”, por ser actividades que se realizan por única vez en el recién nacido:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	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: ___/___/___																			
	*CNV*	1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	3000	X	X	1. Atención inmediata del RN	P	X	R			99436
		58			M	F	Pab		TALLA	48	C	C	2. Contacto piel a piel	P	X	R			99436.02
					X				Hb		R	R	3. Examen físico del RN normal	P	X	R			99431

\*CNV\*: En este casillero registrar el número correlativo del CNV

### EJEMPLO 2:

#### Registro de un recién nacido prematuro (menor a 37 semanas de gestación)

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

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido



- En el 2º y 3º casillero: considerar el RESULTADO de la valoración de la condición del recién nacido (**SOLO** en caso de alguna alteración)
- En el 4º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (solo si esta actividad se realizó)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”, por ser actividades que se realizan por única vez.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO				HEMOGLOBINA					P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	*CNV*	1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	X	X	1. Atención inmediata del RN	P	D	R				99436	
					M				TALLA	48	C	C	2. **RN prematuro	P	D	R				P07.3	
		58			F	Pab			Hb		R	R	3. **Bajo peso al nacer	P	D	R				P0712	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen físico del RN normal	P	D	R				99431	
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R					
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R					

\*CNV\*: En este casillero registrar el número correlativo del CNV

\*\*Si el RN prematuro presenta buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y **APGAR** mayor a 7pts y la madre no presente condiciones desfavorables, se realizará el contacto piel a piel y en consecuencia a ello, la lactancia a primera hora.

**“En caso de que el neonato nació deprimido y/o con alguna complicación, llegando finalmente a fallecer, se registrará en el primer casillero la atención inmediata y en el segundo casillero el diagnóstico CIE X que haya producido la muerte”**

### 2.3 ALOJAMIENTO CONJUNTO

Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación desde el nacimiento hasta el momento que sean dados de alta. Durante este periodo se facilita y fortalece el apego y la lactancia materna; donde se brinda los cuidados integrales básicos al neonato dentro del ambiente hospitalario (Puerperio) como: evaluación clínica permanente del neonato, inmunizaciones, orientación y consejería en temas relacionados al cuidado integral del neonato dentro del entorno familiar, consejería, demostración y supervisión de lactancia materna, etc.

- Registro de datos del recién nacido/a en registros virtuales y/o registros físicos según a la complejidad del EE.SS.
- Previa información a la madre; el recién nacido es colocado en alojamiento conjunto (junto a la madre).
- Monitorizar la estabilidad térmica, frecuencia cardíaca; frecuencia respiratoria neonatal y el riesgo de desaturación.
- Garantizar condiciones adecuadas de abrigo.
- Promover la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Supervisar y registrar el tiempo y número de tomas de la lactancia materna, evacuaciones y micciones, así como la ganancia o pérdida fisiológica del peso.
- Garantizar la evaluación clínica permanente del neonato.
- Cumplimiento de exámenes de laboratorio según corresponda.
- Administrar vacunas según corresponda.
- Orientar sobre los trámites para la obtención del CUI/DNI, afiliación al sistema de aseguramiento que corresponda.
- Entrega del carné neonatal al alta, indicando las fechas de controles CRED de acuerdo con la norma vigente. Entrega a la madre de hoja de contrarreferencia y/o informe médico de ser el caso e informar al EESS de origen.
- Aplicar protocolos de manejo en casos especiales según normas vigentes.



### Tamizajes:

- Tamizaje Neonatal Metabólico: Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Fibrosis Quística.
- Tamizaje Neonatal de hipoacusia congénita.
- Tamizaje Neonatal de catarata congénita.
- Tamizaje de cardiopatía congénita

### Algunas Actividades Codificadas que se Realizan en Alojamiento Conjunto:

ACTIVIDAD	CODIGO
Atención del recién nacido en Alojamiento conjunto	99460
Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99431
Tamizaje de hipoacusia	99431.01
Tamizaje de catarata congénita	99431.02
Tamizaje neonatal: toma de muestra	36416
Evaluación médica del recién nacido	99433
Tamizaje de cardiopatía congénita	94760
Hemoglobina	85018
Glicemia por tira reactiva	82948
Glucosa cuantitativa	82947
Para el registro de los tamizajes de hipoacusia congénita y los tamizajes de las cuatro enfermedades metabólicas (toma de muestra), deberán considerarse:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lab. 1 cuando es la primera muestra o el primer examen</li> <li>• Lab. 2 solo en el caso de un resultado indeterminado, sospechoso o positivo a la primera muestra o al primer examen</li> </ul>	

CONSEJERIAS RECOMENDADAS	CODIGOS CPMS/CPT
Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	99401.04
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	99401.03
Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	99401.06
Consejería de identificación de signos de alarma.	99401.08
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH	99401.17

### EJEMPLO 1:

Recién Nacido con tiempo de permanencia en Alojamiento Conjunto menor a 48 horas.

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

- En el 1º casillero registre la prestación: Alojamiento Conjunto **SOLO SI** se realizaron las actividades antes descritas.
- En el 2º casillero registre la evaluación médica al recién nacido en alojamiento conjunto, **SOLO SI** el médico realizó la actividad.
- El registro de las VACUNAS que se administró será según manual de codificación de inmunizaciones
- En el 3º y 4º casillero registre los exámenes de laboratorio
- En el 5º, 6º y 7º casillero registre los tamizajes realizados
- En el 8º y 9º casillero registre las consejerías realizadas, según prioridad. **(SOLO SI SE REALIZÓ)**



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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																						
		1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	3000	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99460		
					M				TALLA	50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación médica del recién nacido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99433		
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				85018		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				82947		
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				94760		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.02		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99431.01		
					M				TALLA		C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en corte y cuidado del Cordon Umbilical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.04		

### EJEMPLO 2:

Recién Nacido con tiempo de permanencia en Alojamiento Conjunto igual o mayor a 48 horas.

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

- En el 1º casillero registre: Alojamiento Conjunto **SOLO SI** se realizaron las actividades antes descritas.
- En el 2º casillero registre la evaluación médica al recién nacido en alojamiento conjunto, **SOLO SI** se el médico realizó la actividad.
- El registro de las VACUNAS que se administró será según manual de codificación de inmunizaciones.
- En el 3º y 4º casillero registre los exámenes de laboratorio.
- En el 5º, 6º, 7º y 8º casillero registre los tamizajes realizados
- En el 9º casillero registre las consejerías realizadas, según prioridad. **(SOLO SI SE REALIZÓ)**

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D” por ser código de actividades

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																						
		1	San Martín de Porras	2	A	M	PC	34	PESO	3400	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99460		
					M				TALLA	50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación médica del recién nacido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99433		
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				85018		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				82947		
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				94760		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.02		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99431.01		
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			36416		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03		

“La toma de muestra para el tamizaje Neonatal (detección de 04 enfermedades metabólicas) se realizará en Alojamiento Conjunto, cuando la permanencia de la madre sea mayor o igual a 48 horas en el EESS, en caso de que la permanencia sea menor, se realizará la toma de muestra en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Recién Nacido”. Según lo indica la NTS N°154-MINSA/2019DGIESP.



## 2.4 VISITA DOMICILIARIA

Se considera visita domiciliaria al desplazamiento del personal de salud a la vivienda de la familia del neonato con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida al neonato y su familia, donde se considera la evaluación del entorno en el hogar, verificación y fortalecimiento de prácticas claves en el cuidado del neonato, identificación de signos de alarma y acciones a tomar, incluye:

- Evaluación del cuidado esencial neonatal.
- Evaluación del entorno en el hogar.
- Verificación y fortalecimiento de las prácticas clave en el cuidado del RN (lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto, estimulación temprana del desarrollo); identificación de signos de alarma y acciones a tomar.

ACTIVIDAD	CODIGO
Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	99502
Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99431
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería en el cuidado del cordón umbilical	99401.04
Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	99401.06
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	99401.03
Consejería de identificación de signos de alarma	99401.08
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería en higiene de manos	99401.24

### EJEMPLO 1:

Visita domiciliaria a un recién nacido en su 7mo día de vida.

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

- En el 1º casillero registrar la PRESTACIÓN: Visita domiciliaria
- En el 2º casillero registrar la actividad: Examen Físico al Recién Nacido
- En el 3º y 4º casillero consignar siempre las consejerías respecto a la evaluación realizada en la visita domiciliaria (registrar máximo dos consejerías por visita según orden de prioridad).

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	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: ___/___/___			
			1	San Martín de Porras	7	A	M	PC	35	PESO	4500	N	N	1. Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	P	D	R				99502
						M				TALLA	47			2. Anamnesis y examen físico del RN normal	P	D	R				99431
			58			F	Pab			Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	D	R				99401.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
						A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	D	R				99401.1
						M				TALLA		C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				



Plan Ejecutado en el Recién Nacido es cuando el RN como mínimo ha recibido **4 controles CRED**, una **Visita domiciliaria**, se le ha realizado el **Tamizaje neonatal** completo y aplicado las **Vacunas** para la edad



### III. INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA EL REGISTRO DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

#### 3.1 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CRED EN EL RECIÉN NACIDO

El control de Crecimiento del Recién Nacido es una de las principales actividades realizada desde las 48 horas del alta hasta 28 días de vida, donde se evaluará periódicamente el crecimiento, ganancia de peso y desarrollo (físico y neurológico) e identificar precozmente los signos de peligro en el niño o niña durante el periodo neonatal y se brinda consejería respecto al cuidado integral del recién nacido, incluye:

- Identificación y registro de factores de riesgo individual, familiar y del entorno.
- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación del crecimiento y ganancia de peso.
- Evaluación de la Técnica de lactancia materna y promover su exclusividad hasta los 6 meses.
- Toma y envío de muestra para el Tamizaje neonatal de acuerdo con la normatividad vigente (TSH, Fenilcetonuria, Fibrosis quística e Hiperplasia Suprarrenal).
- Verificación del tamizaje neonatal. (Hipoacusia y catarata congénita).
- Verificación del registro del RN (Código único de identidad y DNI).
- Verificación y administración de vacunas que faltan en el recién nacido de acuerdo con el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma Consejería en lactancia materna, enfatizando la técnica de lactancia en posición, agarre y succión efectiva, frecuencia, duración, extracción manual y conservación de leche materna.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir, y otros según necesidad.)
- Identificación de factores de riesgo de violencia familiar y maltrato infantil.
- Elaboración de plan de atención integral del RN.

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién Nacido	4	48 horas (2 días) del alta de Parto Institucional e inmediato cuando sea parto domiciliario y luego al 7º, 14º y 21º días de vida.

#### ACTIVIDADES Y CODIGOS MÁS FRECUENTES

ACTIVIDAD	CODIGO
Control de salud de rutina del niño	Z00.1
Atención Integral de Salud del niño -CRED Neonato	99381.01
Tamizaje de Hipoacusia	99431.01
Tamizaje de catarata congénita	99431.02
Tamizaje neonatal: toma de muestra	36416
Examen estomatológico	D0120
Desnutrición proteico calórica moderada (ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 2 a menos de 3 desviaciones)	E44.0
Desnutrición proteico calórica leve (ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 1 a menos de 2 desviaciones).	E44.1
Retardo del desarrollo	R62.0
Catarata congénita	Q12.0
Hipoacusia conductiva, sin otra especificación	H90.2
Fibrosis quística, sin otra especificación	E84.9
Fenilcetonuria clásica	E70.0
Hiperplasia suprarrenal congénita	E25.0
Hipotiroidismo congénito sin bocio	E03.1
Consejería en cuidado del cordón umbilical	99401.04



### EJEMPLO 1:

Primer control de un recién nacido de 3 días de vida, producto de un parto domiciliario.

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º, 4º y 5º casillero registre el Tamizaje Neonatal a realizar
- En el 6º casillero se registra el examen estomatológico (solo si se realizó)
- En el 7º y 8º casillero se registra la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el 2º casillero el número de control de CRED del recién nacido
- En el 3º y 4º casillero de que corresponde al Tamizaje, colocar el número 1.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																				
		3		San Martin de Porras	3	M	PC	34	PESO	5500	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	D	R				200.1
		58				M	F	Pab	TALLA	52	X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	D	R	1			99381.01
						D	F	Pab	Hb		R	R	3. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	D	R	1			36416
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
						M	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	D	R	1			99431.01
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	D	R				99431.02
						D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	D	R				99431.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
						M	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en corte y cuidado del cordón Umbilical	P	D	R				99401.04
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				



El examen clínico estomatológico del recién nacido debe realizarse en el primer control a fin de evidenciar alteraciones o patologías que puedan dificultar el proceso de succión y garantizar un tratamiento oportuno o su derivación según el caso lo amerite.

Este examen debe ser realizado por el cirujano dentista o un Odontopediatra, según el nivel de atención del EESS.

### EJEMPLO 2:

Segundo Control de un Recién Nacido de 7 días a más, producto de un Parto Institucional (con permanencia igual o mayor a 48 horas).

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º casillero el **RESULTADO** del tamizaje neonatal [**SOLO si se cuenta con resultados positivos**]
- En el 4º casillero se registra el segundo tamizaje neonatal para confirmación de diagnóstico, **LAB 2**.



- En el 5º y 6º casillero registre la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

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

- En el 1º, 2º, 4º, 5º y 6º casillero se colocará SIEMPRE “D” (por ser una actividad y no un diagnóstico)
- En el 3º casillero se colocará SIEMPRE “P” (por no contar con resultado confirmatorio)

En el ítem **Lab anote:**

- En el 2º casillero coloque el número de control de CRED.
- El Tamizaje neonatal: toma de muestra y Tamizaje de Hipoacusia Congénita, considera el número 1 por ser el primer tamizaje, **SOLO** en caso de obtener un resultado positivo o sospechoso se realizará un segundo tamizaje y se considerará **Lab 2**.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____				
			1	San Martín de Porras		7	A	M	PC	35	PESO	6100	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z00.1
							M				TALLA	53	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99381.01
			58				D	F	Pab		Hb		R	R	3. Hipotiroidismo Congénito sin Bocio	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				E03.1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			36416
							M				TALLA		C	C	2. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.1
							D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03



En el caso que, dentro de la evaluación realizada al recién nacido en cada uno de los controles, se identifica ganancia inadecuada de peso, se registrara de la siguiente manera:

- E44.0: Desnutrición proteico calórica moderada (ausencia de ganancia de peso de 2 a menos de 3 desviaciones)
- E44.1: Desnutrición proteico calórica leve (ausencia de ganancia de peso de 1 a menos de 2 desviaciones).

### EJEMPLO 3:

Tercer control de un recién nacido.

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º y 4º casillero se registra la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque: SIEMPRE “D” (por ser una actividad que se realizara por única vez)

En el ítem **Lab anote:**

- En el 2º casillero coloque el número de control de CRED.



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																					
		1		San Martín de Porras	14	A	M	PC	35	PESO	8000	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z00.1
		58				M	F	Pab		TALLA	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99381.01
						D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
						A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

**EJEMPLO 4:**

Tamizaje neonatal en el caso de que este se realice en un espacio exclusivo, independientemente del control de recién nacido y/o alojamiento conjunto.

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

- En el 1º casillero registre el tamizaje neonatal metabólico – Toma de muestra
- En el 2º casillero registre el tamizaje de Hipoacusia congénita
- En el 3º casillero registre el tamizaje de Catarata congénita

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																					
		1		San Martín de Porras	7	A	M	PC	35	PESO	5300	N	N	1. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			36416
		58				M	F	Pab		TALLA	52	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.02
						D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Hipoacusia congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99431.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
						A	M	PC		PESO		N	N	1. *Consejería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

\*Todo tamizaje debe ir acompañado de una consejería.

**Precisiones respecto al tamizaje neonatal según NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP:**

La toma de muestra para el tamizaje metabólico se realizará a partir de las 48 horas de nacido hasta los 07 días de nacido; respecto a los resultados, se consideran dos tomas de muestra (la segunda toma de muestra se realizará solo a los casos indeterminados, sospechosos y/o positivos).

- El tamizaje de Hipoacusia congénita idealmente se debe realizar de las 24 a 48 horas de nacido, de no haberse realizado en estas edades, deben realizarlo hasta antes que cumpla los 30 días de nacido; si el resultado no pasa la evaluación, la prueba debe repetirse, en caso de que el resultado se mantenga, se derivará a un especialista.
- En el tamizaje de catarata congénita, debe realizarse antes de dar el alta al RN, su normalidad constituye requisito para el alta hospitalaria, según lo indica la norma técnica.
- Solo en el caso excepcional, (RN producto de un parto domiciliario u otro de ser el caso) el tamizaje se realizará en un espacio diferente al espacio hospitalario.

**3.2 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA NIÑA Y EL NIÑO**

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño.
- En el 2º casillero la Atención Integral de Salud del Niño-CRED, según corresponda al grupo de edad

(menor de un año, de 1 a 4 años ó de 5 a 11 años).

- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **SÓLO** si la niña o niño presentan algunos de los siguientes diagnósticos:

Estado Nutricional	Códigos
Estatura Alta Constitucional (Talla muy alta)	E344
Desnutrición Proteicoalorica Severa, no especificada <sup>1</sup> (ausencia de ganancia de peso de por lo menos de 3 desviaciones)	E43
Desnutrición Proteicoalorica Moderada <sup>2</sup> (ausencia de ganancia de peso de 2 a menos de 3 desviaciones)	E440
Desnutrición proteicoalórica leve <sup>3</sup> (ausencia de ganancia de peso de 1 a menos de 2 desviaciones)	E44.1
Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicoalórica (DCI)	E45
Aumento anormal de peso (Sobrepeso)	E66.90
Obesidad, no especificada	E669
Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado peso y/o talla)	R62.8

- En el 4º casillero el **Tamizaje de desarrollo** (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo, **SÓLO** si la niña o niño muestra riesgo en el desarrollo (Lenguaje, Motor, Social o Cognitivo)

**NOTA:** En caso la niña o niño presentará riesgo en 2, 3 o todas las áreas se registrarán las áreas afectadas.

Descripción de los Procedimientos CPMS	Código CPMS - MINSA
Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	<b>96110</b>
Descripción de los Diagnósticos CIE OPS 15	Código CIE OPS
<b>Retardo del desarrollo</b> Áreas: Lenguaje (L), Motora (M), Social (S), Coordinación (C), Cognitiva/Aprendizaje (A)	<b>R62.0</b>

- En el 6º casillero en relación a la Lactancia Materna SÓLO se registrará si la madre manifiesta haber suspendido la Lactancia Materna o brinda lactancia mixta.



*Si durante uno de los controles de CRED en la Niña y Niño menor de 6 meses la mamá, papa o cuidador manifiesta que se le suspendió la Lactancia Materna o recibe Lactancia Mixta se registra y por única vez con el código O92.5 Supresión de la lactancia*

- En el 7º casillero la Consejería correspondiente a los hallazgos durante la atención:

<sup>1</sup>Pérdida severa de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de por lo menos 3 desviaciones típicas por debajo del peso promedio de la población de referencia.

<sup>2</sup>Pérdida de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 2 a menos de 3 desviaciones típicas debajo del peso promedio de la población de referencia.

<sup>3</sup>Pérdida de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 1 a menos de 2 desviaciones típicas por debajo del peso promedio de la población de referencia.



Consejería	Códigos
Consejería nutricional de niños en riesgo.	99252
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses.	99401.03
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional) <sup>5</sup> .	99403
Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados	99401.25

En el ítem: **Tipo de diagnóstico**: marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de Atención Integral de Salud del Niño-CRED correspondiente (1,2,3...9,10,11)
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:  
**PE** = Peso para la Edad  
**TP** = Peso para la Talla  
**TE** = Talla para la Edad
- En el 5º casillero las siglas del área afectada en el Desarrollo (Lenguaje (L), Motor(M), Social (S), Cognitivo/Aprendizaje (A) o Coordinación (C))
- En el 7º casillero en número de consejería correspondiente (1, 2, 3,4...).

*En cada Control de Crecimiento y Desarrollo según la etapa de la niña o niño, se deberá iniciar el registro de la siguiente manera:*

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

- *Control de salud de rutina del niño; con el código Z00.1 (para niños de 0 días hasta 4 años 11 meses 29 días) ó*
- *Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia; con el código Z00.2 (para niños de 5 años a 11 años 11 meses 29 días)*

**NOTA:**

*Si durante el Control de Crecimiento y Desarrollo el profesional de la salud encargado de la atención detecta algún riesgo en la salud de la niña y niño que necesita ser evaluado por otro profesional deberá realizar la interconsulta con el profesional correspondiente y registrar de la siguiente manera:*

*En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente todas las intervenciones brindadas durante el control CRED y finalmente anote:*

*Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador; con el código 99242.*

<sup>5</sup>Para los profesionales de salud capacitados en Consejería Nutricional (duración 45 minutos).



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	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: / /																		
	98726530	2	Comas	1	M	PC	36	PESO	9700	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			200.1
	45678				M			TALLA	75	X	X	2. AIS CED menor de 1 a 4 años	P	X	R	1		99381
					D	Pab		Hb	12	R	R	3. Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador.	P	X	R			99242

### RECUERDA:

De corresponder un inicio o termino del Plan de Atención Integral se incorporar al registro el diagnostico, Lab y Codificación correspondiente; el mismo que se describe en la pagina 11 del presente manual.

### 3.2.1. NIÑA Y NIÑO MENOR DE UN AÑO

El **Control del Crecimiento y Desarrollo** es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. El control incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento) desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

#### Periodicidad del CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO de la Niña y Niño Menor de un año

Edad	Concentración	Periodicidad
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m

### A. EJEMPLOS PARA LA ATENCIÓN DEL CRED EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 MESES

#### EJEMPLO 1:

*Niño de 01 mes continuador; con ganancia de peso inadecuado, riesgo en el desarrollo en lo que corresponde al área motora y lenguaje; además madre manifiesta que su bebe recibe Lactancia Materna Mixta.*

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año



- En el 3º casillero el Resulta de la Evaluación Nutricional: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado peso)
- En el 4º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo: Retardo del desarrollo
- En el 6º casillero en relación a la Lactancia Materna, se registrará **Supresión de la Lactancia**.
- En el 7º casillero la Consejería correspondiente

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 3º casillero la sigla del indicador PE
- En el 5º casillero las siglas del área afectada motor (M) y lenguaje (L)
- En el 7º casillero el número de la Consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT			
	HISTORIA CLINICA										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: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC		PESO	4000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R				Z00.1
	45678				M				TALLA	54	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1			99381
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	PE			R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110
					M				TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	M	L		R62.0
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Supresión de la Lactancia	P	D	R				O92.5
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1			99401.03
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## B. EJEMPLOS PARA LA ATENCIÓN DEL CRED PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 4 Y 5 MESES

En este grupo de edad las niñas y niños inician el **Manejo Preventivo de Anemia**<sup>6</sup>

- En niñas y niños nacidos a término con adecuado peso al nacer la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 4 meses hasta cumplir los 6 meses de edad**.
- Cuando se haya **comprobado el consumo de la última entrega se registrará “TA”** en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

NACIMIENTO	EDAD EN MESES	0	1	2	3	4	5	6
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER	Gotas de Sulfato Ferroso					SF1	SF2	TA
	Gotas de Hierro Polimaltosado					P01		TA

<sup>6</sup>Manual de Registro de Información de Anemia



## EJEMPLO 2:

*Niño de 4 meses con Crecimiento y Desarrollo adecuado para su edad y Lactancia Materna Exclusiva.*

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado
- En el 4º casillero Otras medidas profilácticas; administración de Hierro: Sulfato Ferroso
- En el 5º casillero la Consejería correspondiente

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “4”
- En el 4º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de Sulfato Ferroso: “SF1”.
- En el 5º casillero el número de la Consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPE										ETNIA	INTRO POBLA	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	98726530	2	Comas	4	A	M	PC	38	PESO	7000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R			Z00.1
	45678				M	F	Pab		TALLA	65			2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	4		99381
					D				Hb		R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	D	R			96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración de sulfato ferroso	P	D	R	SF1		Z298
					M				TALLA		C	C	2. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1		99401.03
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			



**NOTA:** Si la niña o niño viene recibiendo Lactancia Materna Exclusiva NO se realizará el registro; SÓLO se registrará si la Lactancia fue interrumpida.

## C. EJEMPLOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES

En esta edad a las niñas y niños se les realiza el **Dosaje de Hemoglobina**, el mismo que también puede ser realizado por diferentes profesionales de la salud responsables de la Atención de la Niña y Niño; cuando disponen del equipo (hemoglobímetro) y han participado de la capacitación respectiva; esta estrategia permite tener el resultado inmediatamente.



NOTA: Solicitud de Dosaje con atención en servicio:

- Cuando se emita la orden en un servicio en el LAB se colocará el número secuencial de pedido (1, 2, 3, 4, 5,6...) en Tipo de Diagnóstico se marcará "P".

DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DAIGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO
	P	D	R		CIE / CPT
1. Dosaje de Hemoglobina	X	D	R	1	85018

- Solicitud de Dosaje con atención en servicio y resultado el mismo día  
Cuando se emita la orden en un servicio en el LAB se colocará el número secuencial de pedido (1, 2, 3, 4, 5,6...) en Tipo de Diagnóstico se marcará "D".

DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DAIGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO
	P	D	R		CIE / CPT
1. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018

Por otro lado, en esta edad si la niña o niño NO presenta Anemia, se iniciará la Suplementación.



El Término de la Suplementación con Hierro Polimaltosado o Sulfatoferroso (iniciado a los 4 meses); se registrará en la atención del 6to mes de la niña o niño, registrándose de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente: Administración de Suplementación de Hierro Polimaltosado o Sulfatoferroso, en el Lab "TA" (Termino de la Administración) con el Código Z298.

### EJEMPLO 3:

Niño de 6 meses con crecimiento y desarrollo de acuerdo para la edad, termino su suplementación de hierro, recibió Lactancia Materna Exclusiva durante los 6 primeros meses e iniciara con alimentación complementaria.

### Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido Prematuro o con Bajo Peso al Nacer

NACIMIENTO	EDAD EN MESES	0	1	2	3	4	5	6 (*)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
NACIDO CON BAJO PESO Y/O PREMATURO	Sulfato Ferroso		SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	S10	S11	S12	TA
	Hierro Polimaltosado		P01		P02		TA	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	TA	
	Micronutrientes							1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	TA	
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER	Sulfato Ferroso				SF1	SF2	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	S10	S11	S12	TA	
	Hierro Polimaltosado				P01		TA	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	TA	
	Micronutrientes							1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	TA	
Actividades Complementarias	Lactancia Materna							Visita Domiciliaria													
								Sesiones Demostrativas													

En caso de iniciar la suplementación posterior a los 4 meses ya no aplica registrar el "TA"; al sexto mes sí corresponde iniciar el registro del esquema de suplementación de 6 a 35 meses.



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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año.
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero Otras medidas profilácticas; para el término de la administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2) /Hierro Polimaltosado (P01, P02).
- En el 5º casillero el Dosaje de Hemoglobina (resultado el mismo día).
- En el 6º casillero Otras medidas profilácticas, para la administración de Micronutrientes.
- En el 7º casillero Consejería correspondiente

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “6”.
- En el 4º casillero Término de la Administración de sulfato ferroso “TA”
- En el 5º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En el 6º casillero el número de administración de micronutriente “1”
- En el 7º casillero el número de consejería brindada “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA 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: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	6	A	M	PC	38	PESO	8500	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z00.1
	45678				M	F	Pab		TALLA	70	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99381
					D	F	Pab		Hb	12	R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Otras medidas profilácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			Z298
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			

#### EJEMPLO 4:

*Niña de 10 meses con ganancia inadecuada de peso, retardo en el desarrollo en lo que corresponde al área motora, con alimentación complementaria inadecuada.*

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado de Peso/Talla)**
- En el 4º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo, **SOLO** si la niña o niño muestra retraso o retardo en el desarrollo.
- En el 6º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 7º casillero Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios.
- En el 8º casillero Consejería correspondiente.



Consejería	Códigos
Consejería nutricional de niños en riesgo.	99252
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “10”
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:  
**PE** = Peso para la Edad
- En el 5º casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada “**Motor (M)**”
- En el 6º casillero el número de Administración de Micronutrientes “**5**”
- En el 7º casillero el número de consejería correspondiente “**1**”

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	98726530		Comas	10	M	PC	36	PESO	8000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	X	R			Z00.1
	45678				M			TALLA	72	X	X	2. AIS CRED menor de 1 año	P	X	R	10		99381
					D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Otras faltas del Desarrollo fisiológico normal esperado	P	X	R	PE		R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	X	R			96110
					M			TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	X	M		R62.0
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Administración de micronutrientes	P	X	R	5		Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios	P	X	R			274.2
					M			TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional de niño en riesgo	P	X	R	1		99252
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

### 3.2.2 NIÑA Y NIÑO DE UN AÑO A CUATRO AÑOS

El Control de Crecimiento y Desarrollo en este grupo de edad incluye:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Descarte de parasitosis
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento)



desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.

- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

### Periodicidad del control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño de menor de 5 años

Edad	Concentración	Periodicidad
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22meses
De 24 a 59 meses	4 por año	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, y 57 meses.

### EJEMPLO 5:

*Niña de 12 meses con crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, recibe alimentación complementaria, micronutrientes según esquema. Además de acuerdo con su edad se le solicita Dosaje de Hemoglobina.*

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 3º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 5º casillero Consejería correspondiente:
- En el 6º casillero Dosaje de Hemoglobina

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 4º casillero el número de Administración de Micronutrientes “7”
- En el 5º casillero el número de consejería correspondiente “1”
- En el 6º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “2”

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: / / _____																	
	98726530	2	Comas	1	M	PC	36			1. Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				200.1
	45678				M					2. AIS CRED menor de 1 o 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99381
					D	Pab				3. Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: / / _____																	
					A	M	PC			1. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7			2298
					M					2. Consejería nutricional Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.01
					D	F	Pab			3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			85018



### 3.2.3 NIÑA Y NIÑO DE CINCO A ONCE AÑOS

El Control de Crecimiento y Desarrollo en este grupo de edad incluye:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Descarte de parasitosis
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento) desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

#### Periodicidad del control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño de 5 a 11 años

Edad	Concentración	Periodicidad <sup>1/</sup>
De 5 a 11 años 11 meses 29 días	7	1 control por año



En este de grupo de edad para el estado nutricional se considerada el IMC que es un número que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño.

El IMC se calcula de la siguiente forma: 
$$\text{IMC} = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{talla}^2 \text{ (m)}}$$

#### EJEMPLO 7:

*Niña de 5 años acude a su 1er control de CRED, a la evaluación nutricional presenta obesidad, ante ello se le brinda consejería a la madre y se le solicita dosaje de hemoglobina y descarte de parasitosis (test de Graham y examen seriado).*

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

- En el 1º casillero Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años
- En el 3º casillero el Estado Nutricional: "Obesidad"
- En el 4º casillero Consejería correspondiente: Consejería nutricional: Alimentaria saludable.
- En el 5º casillero el Dosaje de Hemoglobina
- En el 6º casillero Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras).
- En el 7º casillero Test de Graham



En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos a **excepción** del: Dosaje de Hemoglobina, en donde se marcará “P” debido a que no se cuenta con el valor de Hemoglobina.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 3º casillero el indicador del Estado Nutricional “IMC”
- En el 4º casillero el número de consejería correspondiente “1”
- En el 5º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “1”

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		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: ____/____/____																				
	98452631	2	Lince	5	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO 18.600	N	N	1. Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R				200.2			
	48562				<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA 100	C	C	2. AIS CRED menor de 5 a 11 años	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	1			99383			
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	IMC			E669			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	1			99403.01			
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			85018			
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3. Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras)	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R				87177			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Test de Graham	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R				87178			
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R							
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R							

### 3.3 CONSIDERACIONES GENERALES PARA NIÑAS Y NIÑOS CON RIESGO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO



En aquellas Niñas y Niños que hayan recuperado su estado de salud relacionado al Crecimiento y/o al Desarrollo registrar de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el problema de salud identificado (Obesidad, riesgo del desarrollo-Área motora, entre otro).

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “R” para todos los casos: por ser un diagnóstico del mes anterior del mismo niño o niña.

En el ítem LAB anote:

- En el 1º casillero las siglas que acompañan al diagnóstico seguido de “PR”, lo que significa “paciente recuperado”.

#### EJEMPLO 1:

Niño que a los 10 meses presento riesgo en el peso y retardo del desarrollo- área motora, acude a control de 11 meses y mostro recuperación tanto el crecimiento como en desarrollo.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el resultado del Estado Nutricional, **Otras faltas del desarrollo fisiológico normal**



**esperado; diagnóstico del mes anterior.**

- En el 4° casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 5° casillero el resultado de la Evaluación del Desarrollo, **Retardo del desarrollo; diagnóstico del mes anterior.**
- En el 6° casillero la Administración de Micronutriente
- En el 7° casillero Consejería correspondiente: Consejería nutricional: Alimentación saludable

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos, a excepción de los diagnósticos del estado de salud de la niña o niño, en donde se colocará “R” (por ser un diagnóstico identificado el mes anterior).

**En el ítem LAB anote:**

- En el 2° casillero el número de control CRED correspondiente “11”
- En el 3° casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional: **PE** = Peso para la Edad en el 1° Lab más “**PR**” en el 2° Lab, debido a que es un niño o niña que se ha Recuperado.
- En el 5° casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada afectada “**Motor (M)**” en el 1° Lab más “**PR**” en el 2° Lab, debido a que es un niño o niña que se ha Recuperado.
- En el 6° casillero el número de Administración de Micronutrientes “6”
- En el 7° casillero el número de consejería correspondiente “2”

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 DESALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE 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: ___/___/___																		
	98452631	2	Lince	11	A	M	PC			PESO 11,000	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	D	R		Z00.1
	48562				M					TALLA 75			2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	11	99381
					D		Pa b			Hb 12	R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	P/E PR	E669
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
					A	M	PC			PESO	N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R		96110
					M					TALLA	C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	M PR	R620
					D	F	Pa b			Hb	R	R	3. Otras medidas profilácticas	P	D	R	6	Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
					A	M	PC			PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R	2	99403.01
					M					TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pa b			Hb	R	R	3.	P	D	R		



En caso la niña o niño NO muestre recuperación en el próximo control en su estado de salud relacionado al Crecimiento y/o al Desarrollo se seguirá marcando en el ítem: Tipo de diagnóstico “R” hasta la recuperación “PR”, luego se volverá a marcar “D”.



### 3.4 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL SEGUIMIENTO INTRAMURO A NIÑAS Y NIÑOS CON RIESGO EN EL CRECIMIENTO Y/O DESARROLLO

Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Para niñas y niños con problemas de crecimiento o desarrollo se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo con la necesidad, hasta lograr la recuperación, de NO encontrar resultados favorables a la salud del niño o niña se realizará de inmediato la **interconsulta al servicio que corresponda**.

Para tal sentido el registro se realizará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero **Control de salud de rutina del niño**
- En el 2º casillero el **diagnostico de Crecimiento o desarrollo de la Niña o Niño**
- En el 3º casillero Consejería correspondiente: por ejemplo, **Consejería nutricional: Alimentación saludable**

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos, a excepción de los diagnósticos del estado de salud de la niña o niño, en donde se colocará “R”.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Atención de Enfermería; según corresponda (1,2,3...).
- En el 2º casillero la sigla de **acuerdo con el diagnóstico nutricional o de desarrollo: Desarrollo (Lenguaje (L), Motor(M), Social (S), Coordinación (C), Cognitivo/Aprendizaje (A)) Evaluación Nutricional**  
**PE** = Peso para la Edad  
**TP** = Peso para la Talla  
**TE** = Talla para la Edad
- En el 3º casillero el número de consejería correspondiente (1,2,3...).

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 (ESTANTE)										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: / /		
	97526341	2	Lince	6	A	PC	40			1. Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z00.1				
	57412				M					2. Otras faltas del desarrollo fisiológico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			P/E	R62.8				
					D	F	Pab			3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403				



#### IV. EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD<sup>7</sup>

Actividad que se brinda en todos los establecimientos de salud que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de profesional de la salud capacitado (licenciada en enfermería); con la finalidad de realizar la evaluación visual en niños menores de 03 años de edad (2 años, 11 meses y 29 días) mediante el examen del Reflejo Rojo, Inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento de acuerdo a la edad del niño.

Edad	Reflejo Rojo	Inspección Externa	Fijación Monocular	Evaluación del Seguimiento
Recien Nacido	X	X		
2 Meses	X	X	X	
6 Meses	X	X	X	X
12 Meses	X	X	X	X
3 Años	X	X	X	X

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente todas las actividades realizadas en el CRED y en caso de Evaluación Visual adicionar:

- En el casillero correspondiente el diagnóstico: **Examen de los Ojos y de la Visión**

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

En el ítem: **LAB** registre:

- En el casillero registre el resultado del examen de los ojos y de la visión: NORMAL “N” y ANORMAL.

#### EJEMPLO:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										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: ____/____/____																			
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC		PESO	4000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R			Z00.1
	45678				M				TALLA	54	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1		99381
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R		P/E	R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R			96110
					M				TALLA		C	C	2. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R	N		Z010
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Lactancia Materna Interrumpida	P	D	R			O92.5
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1		99401.03
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

<sup>7</sup>Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera



## V. SESIONES DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

La Atención Temprana del Desarrollo es el conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas para promover el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida, en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural. Se busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales, lo cual permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva



SÓLO se hará uso de esta codificación en el Establecimiento de Salud que cuente con el espacio propio o acondicionado para la realización de las Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo.

El personal de salud que realiza esta actividad registrara de la siguiente manera:

### EJEMPLO:

Niño de 2 meses que acude a su primera Sesión de Atención Temprana

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

- En el 1º casillero Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /**Sesión. En menor de 1 año.**

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Sesión de Atención Temprana del Desarrollo correspondiente “1”

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	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC			PESO 4000	N	N	1.	Atención temprana del Desarrollo.Áreas:Lenguaje, motora, de coordinación y social)/Sesión. En menor de 1 año.	P	D	R	1			99411.01
	45678				M	F	Pa b			TALLA 54	X	C	2.	Consejería en higiene de manos	P	D	R	1			99401.24
					D					Hb	R	R	3.		P	D	R				



SÓLO se hará uso de esta codificación en el Establecimiento de Salud que cuente con el espacio propio o acondicionado para la realización de las Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo.

## VI. REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL CONTROL DE CRED PARA NIÑAS Y NIÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE NO CUENTEN CON PROFESIONALES DE ENFERMERÍA/MÉDICO.

En el primer nivel de atención: para realizar el control del crecimiento y desarrollo es necesario que cada establecimiento de salud cuente con enfermera o medico capacitado; así mismo, es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo.



**En caso de que el establecimiento de salud no cuente con el personal de la salud señalado, algunas actividades (antropometría, TPED y consejería) podrán ser realizadas por personal de la salud técnico debidamente capacitado.**

**El personal técnico que realiza la actividad registrara de la siguiente manera:**

**96110:** Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.

**99211:** Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I.

**EJEMPLO:**

*Niño de 1 meses que acude al establecimiento de salud y no hay profesionales de la salud (enfermera/ médico). El personal técnico realizara antropometría (peso. Talla y PC), además de aplicación del Test peruano de evaluación del desarrollo del niño y su orientación según corresponda.*

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

- En el 1º casillero Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I.
- En el 2º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I; según esquema vigente 1,2,3...

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	GESTANTE/ PUERPERA	P	D										R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC	36	PESO	4000	N	N	1. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador.	P	D	R	1			99211	
	45678				M	F	Pab		TALLA	54				2. Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.	P	D	R				96110
					D				Hb			R	R	3.	P	D	R				

**VII. VISITA DOMICILIARIA**

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

En esta actividad también se complementa y refuerza las consejerías brindadas en el servicio de salud y durante las sesiones Demostrativas.

El personal de salud que realice la actividad registrara de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero motivo de la visita entre ellos:



<i>Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud</i>	<b>Códigos</b>
Administración con Sulfato Ferroso	Z298
Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado ( <i>Inadecuado Peso/Talla</i> ).	R62.8
Anemia por deficiencia de hierro	D509

- En el 2º casillero se podrá colocar:
  - Consejería realizada, según corresponda
  - Administración de Sulfato ferroso
  - Finalmente se anotará **Visita familiar integral** que precisara que las intervenciones se están realizando en el domicilio.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en la actividad; **SOLO** se marcará “R” cuando se trate de una morbilidad (ejemplo Anemia)

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero de la **Consejería se colocará el número de la visita 1,2...**
- En el casillero de la **Visita familiar integral se colocará el número de la visita 1,2...**
- En el casillero de **Administración de Sulfato ferroso** se registrará “Vacío” cuando se haga la supervisión del consumo del suplemento; cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o Polimaltosado según corresponda.

### EJEMPLO:

*Niño de 6 meses que recibe visita domiciliaria para supervisión del consumo del suplemento*

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:								
78754651	2	Lince	6	A	M	PC	PESO	4000	N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	X	R			Z298
48759				M			TALLA	54	X	X	2. Visita familiar integral	P	X	R	1		C0011
				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			



Para Visita Domiciliaria tener en cuenta los siguientes manuales de registro:

- Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro.
- Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de Promoción de la Salud”



## VIII. PROFILAXIS ANTIPARASITARIA Y ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA “A”

### 8.1 ADMINISTRACIÓN DE ANTIPARASITARIOS

Actividad desarrollada de acuerdo a la normatividad vigente.

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

- En el 1º casillero Control de salud de rutina del niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años.
- En el 3º casillero Otra quimioterapia profiláctica

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el 2º casillero el número de control, 1, 2, 3.... según corresponda.
- En el 3º casillero el número de la administración del antiparasitario; 1 ó 2, según corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: / /											
	98726530		2	Comas	2	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	40	PESO	10600	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				Z00.1	
	45678					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	90	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2.	AIS CRED del niño de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1				99382
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	12	R	R	3.	Otra quimioterapia profiláctica	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1				Z292

### 8.2 SUPLEMENTO CON VITAMINA A

Esta actividad será desarrollada de acuerdo a la normatividad vigente.

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

- En el 1º casillero Control de salud de rutina del niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años.
- En el 3º casillero Otras Medidas Profilácticas Especificadas

En el ítem: **Tipo de diagnóstico para ambos casos** marque SIEMPRE “D”

En el ítem **Lab** anote:

- En el 2º casillero el número de control, 1, 2, 3.... según corresponda.
- En el 3º casillero el número de DOSIS entregados identificado con las siglas VA1, VA2 ó VA3; según corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: / /											
	98726530		2	Comas	6	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	40	PESO	10600	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				Z00.1
	45678					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	90	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2.	AIS CRED del niño de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6				99382
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	12	R	R	3.	Otra quimioterapia profiláctica	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VA1				Z298



## IX. TELEMEDICINA DURANTE EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

### Telemonitoreo

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

### Teleorientación

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

### Teleconsulta

Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

### Teleinterconsulta

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

Para el registro en el Formato HIS se hará uso del siguiente listado de códigos:

CODIGO	PROCEDIMIENTO
99499.10	Telemonitoreo
99499.08	Teleorientación Síncrona
99499.01	Teleconsulta en línea
99499.11	Teleinterconsulta síncrona
98967	Seguimiento telefónico

### 9.1 TELECONSULTA

Ejemplo: Teleconsulta en Línea a un Recién Nacido con bajo peso al nacer.

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

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



- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																						
	98251652			ATE	4	A	M	PC			PESO		N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381.01
	56975					M					TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. RN bajo peso al nacer.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				P07.1
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			Hb		R	R	3. Teleconsulta en Línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.01

Ejemplo: Teleconsulta en Línea, Niña de 7 Meses con Alimentación Inadecuada.

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																						
	98251652			ATE	7	A	M	PC			PESO		N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381
	56975					M					TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z72.4
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			Hb		R	R	3. Teleconsulta en Línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.01



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

## 9.2 TELEORIENTACIÓN:

Ejemplo: Cuando la familia recibe una Teleorientación Síncrona (Consejería o Asesoría).

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

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



- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Síncrona**.

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020																								
	98152635		2	ATE		3	A	M	PC			PESO		N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	<del>D</del>	R					99381
	54324						M					TALLA		<del>C</del>	<del>E</del>	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses	P	<del>D</del>	R					99499.08
			59				D	F	Pab			Hb		R	R	3. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R					99499.08

Ejemplo: Cuando la familia recibe una Teleorientación Síncrona (Consejería o Asesoría) como parte de la Atención Temprana Del Desarrollo.

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	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: ____/____/____																								
	98251652		2	ATE		3	A	M	PC			PESO		N	N	1. Atención Temprana del Desarrollo, Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión.	P	<del>D</del>	R					99411.01
	54324						M					TALLA		<del>C</del>	<del>E</del>	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses	P	<del>D</del>	R					99499.08
			59				D	F	Pab			Hb		R	R	3. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R					99499.08

### 9.3 TELEMONITOREO:

Ejemplo: cuando el niño o niña necesite de un monitoreo o seguimiento.

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se registrará el **Telemonitoreo**.

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



En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DESALUD		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: / /		
	98251652			ATE	7	A	M	PC	PESO		N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381
	56975					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				

## 9.4 SEGUIMIENTO TELEFONICO

Ejemplo: cuando se realiza un seguimiento telefónico, para indagar sobre el estado de salud del niño o verificar el cumplimiento de un acuerdo o compromisos

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se registrará el servicio realizado **Seguimiento Telefónico**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2° casillero se registrará el número de **Seguimiento Telefónico** brindada 1,2,3...

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DESALUD		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: / /		
	98251652			ATE	10	A	M	PC	PESO		N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381.01
	56975					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Seguimiento Telefónico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			98967
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				



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

