



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General  
de Estadística e Informática

*Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa  
Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva*

---

# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

**Sistema de Información HIS**

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

**ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**2012**

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:  
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402	Orientación/consejería en planificación familiar	T8332	Sangrado anormal asociado a DIU
Z3002	Orientación/consejería AQV	T8333	DIU en cavidad abdominal
Z3003	Prescripción inicial de método oral combinado	T8334	DIU encarcelado
Z30051	Prescripción inicial de método inyectable mensual	T8335	Complicación de DIU con perforación uterina
Z30052	Prescripción inicial de método inyectable trimestral	T8336	Dolor pélvico asociado con DIU
Z3008	Prescripción inicial de método de preservativos masculinos	Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía
Z3009	Prescripción inicial de método de preservativos femeninos	N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica
Z30091	Prescripción inicial de método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	Y4241	Efectos secundario anticoncepción orales combinado
Z30092	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica ritmo	Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual
Z30093	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica billings	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
Z30094	Prescripción inicial de método de los días fijos (MDF)	Z0179	Prueba rápida para tamizaje de VIH
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z33X1	Falla de DIU
Z302	Ligadura de trompas / vasectomía	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
Z3043	Repetición de prescripción de método oral combinado	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia combinado
Z30451	Repetición de prescripción de método inyectable mensual	Z33X31	Falla inyectable mensual
Z30452	Repetición de prescripción de método inyectable trimestral	Z33X32	Falla inyectable trimestral
Z3048	Repetición de prescripción de método de preservativos masculinos	Z33X5	Falla preservativos
Z3049	Repetición de prescripción de método de preservativos femeninos	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
Z30491	Repetición de prescripción de método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	Z33X8	Falla de vasectomía
Z30492	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica ritmo	Z33X91	Falla de Ritmo
Z30493	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica billings	Z33X92	Falla de Billings
Z30494	Repetición de prescripción de método de los días fijos (MDF)	Z33X93	Falla de de método de la amenorrea de la lactancia (MELA)
Z305	Control o reinscripción de DIU	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
58301	Remoción de dispositivo intrauterino	Z33X92	Falla de Billings
Z308	Recuento espermático post vasectomía	Z3921	Control de púérpera
Z3091	Anticoncepción oral de emergencia combinado	Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
T8331	Expulsión de DIU	Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
		Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
		Z0143	Examen de mamas
		88141	Toma de PAP
		99401	Consejería Integral
		U120	Sesión Educativa
		U140	Entrevista de Tamizaje
		U2652	Evaluación y Entrega de Resultado de VIH
		99344	Visita Familiar Integral
		U161	Usuaría Captada
		U1052	Asistencia Técnica
		U307	Atención Pre Conceptional
		U0033	Actividad de Planificación Familiar



## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

Es importante que se use la hoja HIS en los servicios de hospitalización donde se desarrollen actividades de Planificación familiar.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab (ítems 13, 14 y 15) presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio (ítems 7 al 16) se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

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

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

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

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

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems 7: Día y 16: Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y laboratorio (ítems 17, 18 y 19) presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación

### ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**Definición Operacional:** Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas

La consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria

La orientación/consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la Elección, al Aceptar y al Cambio del método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar 99402
- En el 2º casillero el método elegido

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación y consejería 1, 2, según corresponda el número de la orientación/consejería.
- En el 2º casillero el número de control / consulta establecido para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

### ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN AQV

**Definición Operacional:** Sesión educativa donde se tratará aspectos relacionados a la AQV como: características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, fallas (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgo de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control (Se requiere de firma de documento de aceptación).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente la Orientación/Consejería en AQV

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

En el ítem: Lab anote 1, 2, según corresponda el número de la consejería.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería AQV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3002
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

#### USUARIAS NUEVAS

**Definición Operacional:** Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un determinado método anticonceptivo. Una usuaria puede ser nueva, tantas veces como métodos existan.

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

**PRESCRIPCIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo

En el registro:

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar Z001
- En el 2º casillero el método elegido

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2, según corresponda el número de la orientación/consejería.
- En el 2º casillero el número de control / consulta establecido para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402
	754231056						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial Inyectable Trim.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30052
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	64237446						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3008
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	10	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	95621554						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial condón femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3009
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	2	

## USUARIAS CONTINUADORAS

**Definición Operacional:** Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

**REPETICIÓN DE PRESCRIPCIÓN** seguido del método que se está prescribiendo

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero el número de control / consulta establecido para el año en cada método 1, 2, 3, 4 según corresponda.
- En el 2º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción oral combinado	P	<del>D</del>	R	2	Z3043		
	07033136								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R	4	
									R	R	3.	P	D	R		

H.C.	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción inyectable trim.	P	<del>D</del>	R	2	Z30452		
	07033136								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R	1	
									R	R	3.	P	D	R		

H.C.	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón masculino	P	<del>D</del>	R	2	Z3048		
	07033136								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R	30	
									R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón femenino	P	<del>D</del>	R	2	Z3049		
	07033136								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R	6	
									R	R	3.	P	D	R		

### PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar 2001
- En el 2º casillero Inserción de DIU 58300

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<del>D</del>	R	2	99402		
	07033136								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Inserción de DIU	P	<del>D</del>	R	1	58300
									R	R	3.	P	D	R	1	



### PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA O REINSERCIÓN

**Definición Operacional:** Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Control de DIU Z305

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	San Martín de Porres	29 A	M	N	N	1. Control de DIU (4 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/>		2	Z305
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	San Martín de Porres	18 A	M	N	N	1. Reinserción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z305
	07033136								2.	P	D	R	1	
									3.	P	D	R		

### MÉTODOS NATURALES: MELA

#### EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar Z001

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación y consejería 1, 2, según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

#### Registrar a la usuaria NUEVAS a los 40 días del post parto o en el 2do. Control de la puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3001
	07033136								2. Prescripción inicial de MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30091
									3.	P	D	R		



**Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 6 meses cuando termina la lactancia materna exclusiva.**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30491
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**En el caso que se hagan consultas intermedias antes de los 6 meses.**

En el ítem: Lab anote 0

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	0	Z30491
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA**

Ritmo, Billings y Días Fijos

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción Inicial Ritmo	P	D	R	1	Z30092
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Repetición de prescripción Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30492
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA**

Esta actividad se recoge de los servicios de Hospitalización / Internamiento y se registra en el HIS por no tener otro registro además de la historia clínica que permita recojerla de manera sistematizada.

En el ítem: Sexo marque "F" si es mujer o "M" si es hombre.

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

- En el 1º casillero Anticoncepción quirúrgica voluntaria Z302



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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	154633	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z302
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	65656	1	80	Villa María del Triunfo	41 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z302
	62558756								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### CONTROLES AQV EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En el ítem: Lab: anote el número el número del control 1 ò 2 según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z302
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab: en el 2º casillero AE de ACTIVIDAD EXTRAMURAL.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z302
	07033136								2.	P	D	R	AE	
									3.	P	D	R		

### CUANDO VIENE SUS CONTROLES POR EL MISMO MÉTODO AL AÑO SIGUIENTE

En los ítem: Establecimiento y Servicio marque en "R" por ser su 1ra. Consulta del año en el establecimiento y servicio.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número 1 por ser la primera consulta en el año del método en uso
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria



DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										P	D	R		
18	20635		1	80	San Martín de Porras	22A	M	N	N	1. Repetición de prescripción oral combinado	P	<del>D</del>	R	1	Z3001
								C	C	2.	P	D	R	4	
	07033136							<del>F</del>	<del>R</del>	<del>R</del>	3.	P	D	R	

**PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH**

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA Z21X1
- En el 2º casillero el método prescrito

En el ítem: Tipo de diagnóstico correspondiente a Infección de VIH sin SIDA marque "R"

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										P	D	R		
18	20635		1	80	San Martín de Porras	29A	M	N	N	1. Infección de VIH sin SIDA	P	D	<del>R</del>		Z21X1
								C	C	2. Repetición de prescripción oral combinado	P	<del>D</del>	R	2	Z3043
	07033136							<del>F</del>	<del>R</del>	<del>R</del>	3.	P	D	R	4

**CAPTACIÓN DE LA USUARIA CON DEMANDA INSATISFECHA**

**Definición Operacional:** Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

**Registre:**

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

- En el 1º casillero usuaria captada U161
- En el 2º casillero la orientación/consejería. Z3001
- En el 3º casillero el método anticonceptivo que ha optado la usuaria

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo registre el número de consulta establecido para el año en cada método.
- En el 4º casillero anote el número de insumos entregados a la usuaria.



DÍA	H.C.	FINAN. C. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Usuaría captada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U161
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
						M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 2º casillero el efecto secundario del método en uso.

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

DÍA	H.C.	FINAN. C. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N912
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efecto secundario Inyectable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4252
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### COMPLICACIONES DIU

DÍA	H.C.	FINAN. C. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Sangrado anormal asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8332
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

DÍA	H.C.	FINAN. C. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	20722	1	80	San Martín de Porres	29 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Complicaciones DIU con perforación uterina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8335
	69170444						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

DÍA	H.C.	FINAN. C. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	21240	1	80	San Martín de Porres	32 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Dolor pélvico asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8336
	61390555						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		



### FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Pre Natal

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

En el ítem: Lab anote en la Atención Pre Natal 1 de la primera atención.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38A	M	N	N	1. Falla de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z33X21
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención Pre Natal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
							R	R	3.	P	D	R		

### ENTREVISTA DE TAMIZAJE

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

- En el 1º casillero la Entrevista de Tamizaje U140

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

En el ítem: Lab anote VIF si es por violencia intrafamiliar o VSX si es por violencia sexual

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Entrevista de tamizaje	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
							R	R	3. Prescripción inicial Inyectable	P	D	R	1	Z30052
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA/YUZPE

Método que se usa en situaciones de emergencia, no reemplaza el uso continuo de otros métodos anticonceptivos y debe ser administrado por personal capacitado

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

- En el 1º casillero la prescripción de AOE combinado/YUZPE Z3091

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

En el ítem: Lab:

- En el 2º casillero registre el número de pastillas entregada a la usuaria.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE combinado/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z3091
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	8	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### PRESCRIPCIÓN DE AOE EN VIOLENCIA SEXUAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero VSX de violencia sexual
- En el 2º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE combinado/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX	Z3091
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	8	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido dos atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico por 3 meses, tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero la atención preconcepcional U307
- En los otros casilleros las actividades consideradas en la atención.

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

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional 1, 2 según corresponda.

#### En la administración del ACIDO FÓLICO

- AF1 para indicar la 1ra. Entrega de 45 comprimidos
- AF2 para indicar la 2da. Entrega de 45 comprimidos

En el ítem: Código correspondiente a la administración del ácido fólico anote el código Z298



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención preconcepcional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U307
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de Acido Fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF1	Z298
						M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z0143
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	MA	

**Cuando se toma Papanicolau, use otro registro**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PC	88141
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CU	

**TAMIZAJE PARA VIH EN MEF**

**CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO**

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

- En el 1º casillero orientación y consejería Pre Test para VIH **Z7171**
- En el 2º casillero Toma de Prueba rápida para VIH **Z0179**
- En el 3º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado: **NEGATIVO Z7173**  
**REACTIVO Z7172**

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

En el ítem: Lab: en el casillero de la toma de la prueba rápida para VIH, anote

- RN si el resultado es negativo
- RP si el resultado es positivo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba rápida para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	Z0179
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173

**CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO**

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

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test **Z7171**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO**

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

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado **NEGATIVO** Z7173  
**REACTIVO** Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**En las MEF con ELISA REACTIVA en MEF con PR Reactiva**

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

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultado de VIH U2652
- En el 2º casillero orientación y consejería Post Test positivo Z7172

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U2652
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería Post test positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7172
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R		



### B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

#### VISITA FAMILIAR INTEGRAL (99344)

**Definición Operacional:** Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento de la usuaria que no acude a recibir los insumos anticonceptivos correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de auto diagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

#### PLAN FAMILIAR

**Definición Operacional:** Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

#### ELABORACIÓN DEL PLAN FAMILIAR (CUANDO SE REALIZA LA VISITA POR PRIMERA VEZ):

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada Z309
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral 99344
- En el 3º casillero El Plan Familiar de acuerdo al riesgo identificado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero el número 1 cuando se elabora el Plan Familiar

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
							X	X	2. Visita Familiar integral	P	D	R	1	99344
	07033136								R	R	3. Plan familiar de bajo riesgo	P	D	R

#### CUANDO SE HACE SEGUIMIENTO AL PLAN FAMILIAR

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero deje en BLANCO

**Para el seguimiento el Plan Familiar el valor del ítem 19 Lab para la actividad de "Visita Familiar Integral" inicia desde 2 ya que en la 1ª visita se elaboró el Plan Familiar.**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
							X	X	2. Visita Familiar integral	P	D	R	2	99344
	07033136								R	R	3. Plan familiar de bajo riesgo	P	D	R



### CUANDO SE TERMINA CON EL PLAN FAMILIAR

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita según corresponda
- En el 3º casillero "TA" cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan Familiar.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
	07033136						C	C	2. Visita Familiar integral	P	D	R	6	99344
							R	R	3. Plan familiar de bajo riesgo	P	D	R	TA	U723

### ASISTENCIA TÉCNICA (U1052)

**Definición Operacional:** Actividad de seguimiento, monitoreo para fortalecer el o las áreas encontradas con problemas dentro de la supervisión.

Como se indica en el capítulo de generalidades, para las APP no se registran los ítems del 9 al 16

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote APP100, código de establecimiento de salud.

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica U1052
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar U0033

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	APP100	/	/	San Martín de Porres	/	M	N	N	1. Asistencia Técnica	P	D	R		U1052
							C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	D	R		U0033
							R	R	3.	P	D	R		

### SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

**Definición Operacional:** Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa C0009
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar U0033

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

En el ítem: Lab anote el número de participantes en el primer casillero.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
19	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<del>D</del>	R	18	C0009
							C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	<del>D</del>	R		U0033
							F	R	3.	P	D	R		

### SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

**Definición Operacional:** Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa C0010
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar U0033

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<del>D</del>	R	12	C0010
							C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	<del>D</del>	R		U0033
							F	R	3.	P	D	R		

### CAPACITACIÓN (U124)

**Definición Operacional:** Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre según sea el caso:

- APP100 Establecimiento / Personal de Salud
- APP138 Agente Comunitario en Salud
- APP157 Trabajadores en General

**Puede utilizar cualquier otro APP descrito en el capítulo general del presente documento técnico para indicar el grupo objetivo a quien se realiza la capacitación.**

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

- En el 1º casillero Capacitación U124
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar U0033

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la capacitación

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
28	APP100			San Martín de Porres			M	N	N	1. Capacitación	P	<del>D</del>	R	28	U124
								C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	<del>D</del>	R		U0033
								F	R	3.	P	D	R		

Cuando la Capacitación sea realizada para otro personal que no sea de salud utilice el **código U124 y registre de la misma manera como se muestra en el ejemplo anterior**; en el ítem Historia Clínica debe identificar el APP que corresponda el grupo poblacional al que va dirigida la capacitación. (Revise el capítulo de Generalidades para conocer el listado de APP).

**Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar.**

**Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y se ser posible lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.**