





DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS

DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA Sistema de Información HIS



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

VERSIÓN 2

SISTEMA DE INFORMACION HIS

DIRECCIÓN GENERAL DE TELESALUD, REFERENCIAS Y URGENCIAS
DIRECION DE TELEMEDICINA

2021



Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación HIS de atención en salud del servicio de telemedicina. Versión 2. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias. Dirección de Telemedicina. Oficina General de Tecnologías de la Información -- Lima: Ministerio de Salud; 2021.

114 p.; ilus.

TELEMEDICINA / INSTITUCIONES DE SALUD / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / SISTEMA DE REGISTROS / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPLITARIZADOS

Manual de Registro y Codificación HIS de Atención en Salud del Servicio de Telemedicina. Sistema de Información HIS.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias. Dirección de Telemedicina – Oficina General de Tecnologías de la Información (MINSA/DGIESP/DIGTEL/ Dirección de Telemedicina-OGTI)

Equipo Técnico de la Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias:

Rosalina Guerra Vega, Jefe de Equipo - Dirección de Telemedicina Cynthia Jesús Barrón Sarmiento, Dirección de Telemedicina Cecilia López Artica, Dirección de Telemedicina Edith Betzabeth Pariona Valer, Dirección de Telemedicina Karina Elizabeth Diez Quevedo, Dirección de Telemedicina Lux Sixtina Marticorena Alvarado, Dirección de Telemedicina

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información:

Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo - Producción y calidad del Datos Celia Miri Oviedo Rodríguez, Producción y calidad del Datos Wilson Fredy Urviola Zapata, Producción y calidad del Datos

Colaboradores de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública:

Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral.
Blanca Sofia Tavara Campo, Etapa de Vida Niño y Niña
María Elena Yumbato Pinto, Etapa de Vida Adolescente y Joven
Nanete Rosario Ique Ríos, Etapa de Vida Adulto
Víctor Oswaldo Girao Isidro, Etapa de Vida Adulto Mayor
Virginia Solis Solis, Etapa de Vida Adulto Mayor

Prevención y Control del Cáncer

Andrea Matos Orbegozo Margareth Agnes Tello Canchapoma

Prevención y Control de Discapacidad

Luis Miguel León Garcia Georgina Luz Valentín Rojas

Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles,Raras y Huérfanas

Jorge Arturo Hancco Saavedra

Inmunizaciones

Ana Escudero Quintana Miriam Anco Concepción Rene Aquije Hernández

Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis-Metaxenicas:

Estela Ramírez Montoya Ruby Ponce Jara Verónica Soto Calle

©MINSA, marzo, 2021

Ministerio de Salud Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1) 315-6600 https://www.gob.pe/minsa/webmaster@minsa.gob.pe

1ª Edición, marzo 2021

Versión digital: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5798.pdf

Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis

Ana María Navarro Vela Angela Laos Bejarano

Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable:

Gualberto Segovia Meza Jacqueline Luz Lino Calderón

Salud Bucal

Giovanna Patricia Ríos Susanibar

Salud Mental

Gladys Soraida Champi Galixto Jeanrro Daniel Aguirre De Dios María de los Ángeles Mendoza Vilca

Salud Ocular

Harvy Halberto Honorio Morales Nilda Victoria Trejo Maguiña

Salud Sexual y Reproductiva

Marysol Campos Fanola

Prevención y Control de la Tuberculosis

Rula Aylas Salcedo

Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis

Milagros Guardamino Jauregui

Promoción de la Salud

Joel Collazos Carhuay Andrea Vilca Najarro Beatriz Quispe Quispe



ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ

Ministro de Salud

BERNARDO ELVIS OSTOS JARA

Viceministro de Salud de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SILVIANA YANCOURT RUIZ

Secretaria General

LUIS ALBERTO HUAMANÍ PALOMINO

Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

JESÚS ANTONIO CARDENAS OSCATA

Director General de la Oficina General de Tecnología de la Información

LILIANA MÁ CÁRDENAS

Directora General de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

ÁMERICA LUCÍA CHANG YUI

Directora Ejecutiva de la Dirección de Telemedicina



PRESENTACIÓN

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

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

La pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 ha demostrado la importancia de la Telesalud para brindar una atención en salud en un estado de aislamiento social obligatorio y como medio de reducir el riesgo de transmisión directa o contagio por el contacto cercano. Es por ello que la Telesalud debe trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud; en ese sentido, se promulgó el Decreto Legislativo que Fortalece los Alcances de la Telesalud, aprobado por Decreto Legislativo Nº 1490, cuerpo normativo en el que se incorporaron servicios de Telemedicina como la Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo, los cuales marcan un precedente en materia de salud.

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

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



ÍNDICE

	Página
Presentación	04
Procedimientos Médicos y Sanitarios del Servicio de Telemedicina	05
Instrucciones para el Registro y Codificación de las actividades de Telemedicina	05
Definiciones	06
Registro del Servicio de Telemedicina en el HIS	11
Criterios Referenciales para el Registro en el HIS:	
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral	
Etapa de Vida Niño y Niña	12
Etapa de Vida Adolescente y Joven	15
Etapa de Vida Adulto	18
Etapa de Vida Adulto Mayor	22
Prevención y Control del Cáncer	26
Prevención y Control de Discapacidad	30
Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas	35
Inmunizaciones	37
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	40
Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable	63
Salud Bucal	66
Salud Mental	69
Salud Ocular	73
Salud Sexual y Reproductiva	76
Prevención y Control de la Tuberculosis	82
Prevención y Control de Enfermedades VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis	88
Promoción de la Salud	97



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

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

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

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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



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

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

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

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

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

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

B. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA:

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

C. DEFINICIONES:

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

ACTO MÉDICO:

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

ACTO DE SALUD:

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



ASÍNCRONA:

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

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD:

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Es el derecho reconocido a los usuarios mediante la Ley Nº 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, con la finalidad de brindar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

DISCAPACIDAD:

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

• SÍNCRONA:

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

• TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN - TIC:

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

• TELEMEDICINA:

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



TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO

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

TELEMONITOREO:

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

• TELESALUD:

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

• TELEINTERCONSULTA:

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

TELEORIENTACIÓN:

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

TELECERTIFICACIÓN:

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



TELEREHABILITACIÓN¹

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

TELETERAPIA¹

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

IPRESS INTERCONSULTANTE:

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

• IPRESS INTERCONSULTORA:

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

TELEINTERCONSULTANTE:

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

TELEINTERCONSULTORA:

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

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



D. REGISTRO DE LA PRESTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

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

Por otro lado, se identifica:

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

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

E. REGISTRO IPRESS INTERCONSULTORA E IPRESS INTERCONSULTANTE

> TELEINTERCONSULTA:

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

LAB: 1= Interconsultante LAB: 2= Interconsultora

Como se muestra en lo siguiente:

ÑO	3 MES	4	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SAL	UD (IPRESS)					UNIDA	D PROD	OUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	IBRE	DELI	RESPONSABL	E DE LA ATENCIÓN
													DNI					
7	8	9		11	1	3	14	15	16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	INANC	DISTR	RITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E	П	VALOR	CÓDIGO
DIA	IA HISTORIA CLINICA 1 GESTANTE/PUERPER ETI	10		12	ED	AD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB	CIE/CPT
G	ESTANTE/PUERPER	ETNIA	C	ENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				P	D	R	19	29 39	
омв	RES Y APELLIDOS	PACIE	NTE:		(*)FE0	CHA D	E NAC	MIENTO:/			FECH.	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA D	E ULT	IMA	REGLA:	
						А	М	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R			Interconsulta
	3					М			TALLA	С	С	2.	P	D	R			
						D	F	Pab	НЬ	R	R	3.	P	D	R	1		

ÑO	3 MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SAI	UD (IPRESS)					UNIDA	D PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBRE	DEL	RESPONSA	BLE DE LA ATENCIÓN
											029	DI	41				
7	8	9	11	1	3	14	15	16	17	18	19		2	:0	Τ	21	22
	D.N.I.	INANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	*	- 7		PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULT	A	TIPO	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPER E	10	12	ED.	AD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	0	IAGN	ósтico		LAB	CIE/CPT
0	SESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA					, 1	R	1	2 22 32	
ЭМВ	RES Y APELLIDOS	S PACIEN	TE:	(*)FEC	HA D	E NACI	MIENTO:/			FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	/_ FE	СНА	DE UL	ПМ	A REGLA:	_/_/
					Α	М	PC	PESO	N	N	1.	F	1	D R			Interconsult
		_		_	М	_		TALLA	С	С	2.	F	2 1	D R			
					D	F	Pab	нь	R	R	3.	F	,	D R	2		



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

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

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

G. REGISTRO DE ETNIAS EN EL HIS

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

H. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL HIS

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

Página 12|117

² Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA.



ETAPA DE VIDA NIÑO Y NIÑA

> TELECONSULTA EN LÍNEA

A. RECIEN NADIDO BAJO PESO AL NACER

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de nacimiento del RN <u>SÓLO</u> 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 quedaran el blanco.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IPRESS)		5		UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	мом	BRE E	EL R	SPON	SABLE	DE LA ATENCIÓN
											DN						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20)	Ι	21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO		ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE	П	VALC	DR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO	Ш	LAB	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	15	22	35	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FE	СНА	DE U	JLTII	ЛA RE	GLA:	/ /
	98251652	2	ATE	А	м	PC	PESO	N	N	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED NEONATO	Р	×	R				99381.01
3	56975			4 M	_		TALLA	X	\searrow	2. RN BAJO PESO AL NACER.	Р	\mathbb{N}	R	Τ			P07.1
				I `	/ \/	1		$V \setminus$	V		+	K	<u> </u>	+	+	+	
		59		>	\bigvee	Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LÍNEA	P	×	R				99499.01

B. NIÑA DE 7 MESES CON ALIMENTACIÓN INADECUADA

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

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

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

En el ítem LAB anote:

Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (IP	RESS)		5			UNID	DAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	IOME	REDI	L RES	PONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO		CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO I	DE		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ΔD	SEXO	ABDOMINA	ANTROPON		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLO	OBINA					Р	D	R	19	29	39	
	98251652	2	ATE		А	м	PC	PESO		N	N	1.	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO	Р	×	R				99381
					∇					\setminus	\ /	1	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y		Λ,	1				
3	56975	59		3	X	V	Pab	TALLA		X	X	2.	HÁBITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS. (ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA)	Р	X	R				Z72.4
		J. 39			D	$ \Lambda$	1 alv	Hb		R	R	3.	TELECONSULTA EN LÍNEA	Р	×	R				99499.01



Excepciones para el Ítem Tipo de diagnóstico

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

> TELEORIENTACION:

C. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA.

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

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

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

En el ítem LAB anote:

Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUI	D (IPI	RESS)		5			UNID	DAD PI	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE	ELRE	SPON	ISABLE	DE LA ATENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18		19		20			2:	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO I	DE		VAL	OR.	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	D	SEXO		ANTROPON		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO	,	LA	В	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLO	OBINA					Р	D	R	19	29	39	
	98152635	2	ATE		Α	V	PC	PESO		N	N		ATENCIÓNINTEGRAL DESALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO	Р	×	R				99381
3	54324			3	X	<u>/\</u>		TALLA		\times	X	12	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.	Р	X	R				99401.03
		59		[D	F	Pab	Hb		R	R 3	3 TE	ELEORIENTACION SINCRONA	Р	X	R				99499.08

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:



Todos los casilleros quedarán en blanco.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS		5		UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	MOM	BRED	EL RE	SPONS	SABLE D	E LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20		L	21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO I	DE	П	VALO	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEX	ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICC		LA	3	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE NA	ACIMIENTO:	1 1	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA	DE U	LTIM	1ARE	GLA: _	1 1
	98251652	2	ATE		Ам	PC	PESO	N	N	ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO. AREAS: 1. LENGIAJE,MOTORA, DECOORDINACIONY SOCIAL VSESION	Р	×	R				99411.01
3	56975			3	$\sqrt{}$	+	TALLA	X	\times	CONSEJERIA ENLACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES.	Р	þ	R				99401.03
		59			×	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	Þ	R				99499.08

> TELEMONITOREO

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

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

- En el 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.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRES	SS)		5			UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE D	EL RES	PONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
													DN						
7	8	9	11	13	1	4	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				METRO	EVALUAC	NOI	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SE	XO I	ALICO Y OMINA	ANTROPOM	ETRICA	BLEC	WOO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICC		LAB		CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			7.00	L	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE I	NACIMI	NTO:	/	/	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	СНА	DE	JLTIN	ΛA R	EGLA:	_/_/
	98152635	2	ATE		Α,	м РС		PESO		N	N	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED 1. MENOR DE 1 AÑO	Р	×	R				99381
			AIL		ZĽ					\geq	\searrow		Р	\setminus	λ				
3	54324			7 /	ΔV	1		TALLA		Ž	Å	2. TELEMONITOREO	l P	12	М				99499.10
		59			D /	Pal)	Hb		R	R	3.	Р	D	R				



ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y JOVEN

> TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

Primer Caso:

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

En el ítem de diagnóstico:

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

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D" En el ítem de CPT; el código que corresponda.

IPRESS TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	SS)					UNII	DAD PE	RODU	ICTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NON	IBRE D	EL RESP	ONSAB	LE DE	LA ATENCIÓN
2020	mayo		El Tambo											302304	DNI						
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIM			ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E			/ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFAL			METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	_	GNÓS			LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOG	SLOBINA					Р	D	R	19	2º	39	
NOMBR	res y apellidos pacie	NTE:		(*)FEC	CHA E	DE NA	CIMIEN	NTO:	/	/		FECH.	A UL	TIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	A DE	ULTIN	ЛA REG	iLA:	_/	/
	99526232		JESUS MARÍA		X	м	PC		PESO		Ν	N		Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	Р	\aleph	R				Z553
27	99526232			16	М				TALLA		\times	\times		Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental	Р	K	R				99402.09
					D	/₹	Pab		Hb		R	R	3.	Consejería para el autocuidado	Р	X	R				99401.19
NOMBR	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FEC	CHA E	DE NA	CIMIEN	NTO: _	/	/		FECH	A UL	TIMO RESULTADO DE Hb: //	FECH	A DE	ULTIN	ЛA REG	iLA:_	/	/
					Α	м	PC		PESO		N	N	1.	Teleinterconculta síncrona	Р	D	R	1			99499.11
					М				TALLA		C	С	2.		Р	X	R				
				_	D	F	Pab		Hb	,	R	R	3.		Р	D	R				

Segundo Caso:

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

En el ítem de diagnóstico:

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

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

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



IPRESS TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES	NOME	BRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRE	SS)					UN	IDAD P	ROD	OUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	E	NON	ИBRE [EL RESP	ONSABI	E DE LA ATENCIÓN
2020	mayo		El Tambo											302304	DNI					
7	8	9	11	13	3	14		15		16	17	18		19		20			21	22
		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIN	METRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO [VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFAI	LICOY	ANTROP	OMETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	STICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMO	GLOBINA					P	D	R	19	29	39
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIEI	NTE:		(*)FE0	CHA [DE NA	CIMIE	NTO:	/	/	_	FECH	ΙAU	LTIMO RESULTADO DE Hb: / /	_FECH	IA DI	E ULT	IMA RI	GLA:	/ /
	99526232				X				PESO		N	N	1.	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	Р	X	R			Z553
27	99526232		JESUS MARÍA	16	М	М	PC		TALLA		X	X	2.	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	Р	X	R			Z637
					D	\bigvee	Pab		Hb		R	R	3.	Teleinterconculta síncrona	Р	X	R	2		99499.11

> TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

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

En el ítem de diagnóstico:

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

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

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

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO	MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	iS)					UNI	DAD PF	ODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NON	ABRE DE	L RESP	ONSABLE DE	LA ATENCIÓN
2020	mayo		El Tambo										302304	DNI					
7	8	9	11	13	3	14	15		16		17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	ETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DECONSULTA		TIPO E			ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD.	SEXO	CEFALIC	COY	ANTROPOMI	1ETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNÓ:	STICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMI	IINAL	HEMOGL	.OBINA				Р	D	R	12	2º 3º	
NOMBR	es y apellidos paciei	NTE:		(*)FEC	CHA D	E NA	CIMIENT	0:				FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:	FECI	HA DE	ULTIN	ИA REG	LA:	
					\setminus								Consejería /Orientación en salud		1./	1			
	56906798	10	JESÚS MARIA		$^{\wedge}$	М	PC		PESO		N	N	sexual y reproductiva	Р	R	R			99402.03
0.5				40							$\overline{\ \ }$	\ /			\mathcal{N}	1			
25	56906798			16	M	\ /			TALLA		X	X	 Consejería para el autocuidado 	Р	R	R			99401.19
		58			D	X	Pab		Hb		R	R	3. Teleorientación Síncrona	D	V	В			99499.08
					U	$/ \setminus$			nu		К	К	5. Teleorientacion Sinciona	Р	Λ	R			99499.06

> TELEMONITOREO:

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

En el ítem de diagnóstico:

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



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

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRE	SS)			s I		UNI	DAD P	RODL	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	ABRE D	FL RESP	ONSAB	LEDEI	A ATENCIÓN
2020	mayo		El Tambo		•	,								302304	DNI				П		
- /	8	9	11	1	3	14		15		16	1/	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA					METRO		JACION	ESTA-			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		IPO D		١	VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD	SEXO			ANTROPO		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTROPOBLADO				ABDO	MINAL	HEMO	GLOBINA					Р	D	R	19	2º	39	
NOMBR	ES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FE	CHA	DE NA	CIMIE	NTO:		/	_	FEC	HA U	ILTIMO RESULTADO DE Hb://	FECH	IA DI	E ULT	IMA RE	GLA:		
	98569067	10	ATE		X	V	PC		PESO		N	Ν	1.	Embarazo no confirmado	Р	D	\times				Z320
						$/ \setminus$					\ /	Ž	1	Orientación/Consejería en		\setminus	1				
26	98569067			17	М				TALLA		X	X		Planificación Familiar	Р	×	R				99402.04
		58				F	Pab				ľ	ľ	1	Consejería Nutricional: Alimentación		\mathbb{N}	1				
					D				Hb		R	R	3.	Saludable	Р	À	R				99403.01
NOMBR	ES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FE	CHA [DE NA	CIMIE	NTO:		/		FECI	IA U	ILTIMO RESULTADO DE Hb://	FECH	IA DI	E ULT	IMA RE	GLA:		
					А	м	PC		PESO		N	N	1.	Consejería para el autocuidado	Р	\times	R				99401.19
					М				TALLA		С	С	2.	Telemonitoreo	Р	\times	R				99499.10
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.		Р	D	R				



ETAPA DE VIDA ADULTO

TELECONSULTA EN LINEA

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

En el 3er casillero: No se colocará nada.

AÑO	3 MES	NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)				UN	IDAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		OME	RE DE	L RES	PONS/	ABLE C	E LA ATENCIÓN
													DNI	12	34567	8	JUAN	PEREZ	
7	8	9	11	13	3	14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETI	RO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO E	Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFALICO	OY A	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMIN	NA A	A HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	2º	38	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FE0	СНА С	DE NA	CIMIENT	O:_0	5_/_01_/_2020) F	ECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: _06_/_06_/ 2020_FE	СНА	DE U	LTIM	A RE	GLA:_	/	
	198765432	2	BFILAVISTA		X	\searrow	PC	Р	PESO	Ν	Z	1. CEFALEA	Р	X	R				R51
	2368				м	Z^{-}		T/	ALLA	X	X	2. HIPERTENSION ARTERIAL	\checkmark	D	R				110X
11				45				<u> </u>		$\langle \nabla$	$\langle \nabla$		\triangle	Ξ.					
		58			D	F	Pab		Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	X	R				99499.01

TELEINTERCONSULTA SINCRONA

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

En el 3er casillero:

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



TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3 MES	4 NOME	BRE DE ESTABLEC IMIENTO D	ESALUI	D (IPR	ESS)		3		UNI	DADE	ROD UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	1BRE D	EL RESP	PONSAI	BLEDE	LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	5	14	15	16		17	18	19		20)		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO		CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA	TI	PO	DE	,	/ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.		A BOOMINA	ANTROPON		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIAC	SNO	STICO	•	LAB		CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO P OBLADO				L	HEMOGL	OBINA				P	D	R	12	22	32	
NOMBR	ES Y AFELLIDOS FACIE	NTE:		(*)FB0	HA D	DENAC	IMENTO:				FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FBC	HA D	DE ULT	IMA R	EGLA:		
	198765432	2	BELLAVISTA		X	N_{α}	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD	Р	×	R				E669
2	123456		SEEANSIA .	45	м			TALLA		\times	\times	2. DIABETES MELLITUS INSULINODE PENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Р	X	R				E119
	2456	59			D	F	Pab	Нь		R	R	3. TELEINTER CONSULTA SÍNCRONA	Р	X	R	1			99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE S	SALUD (I	PRESS))		5		UN	IDAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	IOMBF	RE DEL	. RESPC	NSAB	E DE LA ATENCIÓN
													DNI	123	45678	3 JL	JAN PE	REZ
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO DE		VA	LOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD) SE	EXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓST	ICO	L	AB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	A HEM	OGLOBINA				Р	D	R	19 2	29 3	9
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FECH	HA DE	NAC	IMIENTO:	,	/ /		FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FECH	IA DE	ULTI	MARI	EGLA	
	198765432	2	BELLAVISTA		X	X	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD	Р	\times	R			E669
11	3698			45	м	$^{\prime} \setminus$		TALLA		\searrow	\searrow	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Р	\searrow	R			E119
	3030				141			IT LEED Y		\sim	\sim	SIN MENCION DE COMPLICACION		\triangle	"			LIIJ
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	\times	R	2		99499.11

> TELEINTERCONSULTA ASINCRONA:

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

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

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

En el ítem LAB anote:

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

En el 3er casillero:

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

TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE S	SALUD (II	RESS)			5		UNI	DAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	IOMBF	RE DEL	RESE	ONSABLE	DE LA ATENCIÓN
													DNI	123	3456	78	JUAN PERI	EZ
7	8	9	11	13		14	15	16	j .	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA	T	IPO DE		٧	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	S	EXO	CEFALICO Y	ANTROPON	METRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓST	ICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTROPOBLADO				ABDOMINA	A HEMOGL	LOBINA				Р	D	R	1º	2º 3º	
NOMBE	res y apellidos paciei	NTE:		(*)FECH	A DE	NAC	IMIENTO:	/	/		FECH/	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA D	E UL	TIM	A REGLA	: <u>/ /</u>
	98765432	2	RIMAC		$X \cap$	M	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD	Р	M	R			E669
15	12345			42	мΖ	$\overline{}$		TALLA		X	X	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Р	X	R			E119
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA	Р	X	R	1		99499.12



TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES	4 NOMBI	RE DE ESTABLECIMIENTO DE S	SALUD (I	PRESS)				UN	IDAD F	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	OMB	RE DE	L RES	PONS/	ABLE D	e la atención
													DNI	12	23456	78	JUAN	PEREZ	
-/	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	PO [DE	١	VALOF	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y			BLEC	VICIO	Y/OACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	NÓST	псо		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	A HEM	OGLOBINA				Р	D	R	1º	2º	3º	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO:	/	' /		FECH/	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FECH	IA D	EUL	TIM	A REG	iLA:	/ /
	98765432	2	RIMAC		\times	V	PC	PESO		N	N	1. OBESIDAD	Р	X	R				E669
15	12345			42	М			TALLA		\times	\times	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Р	X	R				E119
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASINCRONA	Р	$\overline{\mathbb{X}}$	R	2			99499.12

> TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

• En el 2do casillero: Numero de consejería

• En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

								-	00				- -	<u> </u>			\ ' '	<u>, – </u>	,
AÑO	3 MES	4 NOMBI	RE DE ESTABLECIMIENTO DE :	SALUD (IP	RESS)				UN	IDAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	OMB	RE DE	L RE	PONSA	ABLE DI	E LA ATENCIÓN
													DNI	12	3456	578	JUAN	PEREZ	
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	ALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	IPO D	E	\	VALOR	?	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD)	SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	OPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	A HEM	IOGLOBINA				Р	D	R	1º	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FECH	ΗAD	E NA	CIMIENTO:		/ /	_	FECH/	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA [DE U	LTIM.	A REC	GLA:_	1 1
	19876543	2	BREÑA			М	PC	PESO		N	N	1. TAMIZAJE EN SALUD MENTAL	Р	X	R	VIF			U140
20	12345			55	м			TALLA		\checkmark	\bigvee	CONSEJERIA EN SALUD MENTAL	Р	\forall	R	1			99402.14
20	12343			55		\ /		17120		\triangle	$^{\sim}$	2. CONSEGUIATEN SALCOS MENTAL		$^{\prime}$	Ĺ	1			33402.14
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	X	R	1			99499.08

> TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

En el 2do casillero: Se colocará el número de consejería

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



AÑO	3 MES	4 NOME	BRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ((IPRES	SS)		5		UN	IDAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	IOMB	RE D	EL RES	SPONS.	ABLE D	E LA ATENCIÓN
													DNI	12	3456	78	JUAN	PEREZ	
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EV	VALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA	T	IPO DI	E		VALOF	~	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANT	ROPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AHE	EMOGLOBINA				Р	D	R	12	2º	3₂	
NOMBR	ES Y APELLIDOS PACIEN	ITE:		(*)FECI	HA D	E NAC	IMIENTO: _		/ /		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E UI	TIM	A RE	GLA:	/ /
	19876543	2	BREÑA		X	М	PC	PESC	0	N	N	TAMIZAJE EN SALUD MENTAL	Р	X	R	VIF			U140
20	12345			55	М	\ /		TALL	LA	X	\times	2. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL	Р	X	R	1			99402.14
		58			D	X	Pab	Hb	,	R	R	3. TELEORIENTACION ASINCRONA	Р	X	R	1			99499.09

TELEMONITOREO:

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	IPRES	S)		5		UN	IDAD F	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	ЮМВ	RE DE	L RESI	PONSA	BLE DE LA ATENCIÓN
													DNI	12	3456	78	JUAN F	EREZ
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	ALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO D	E	٧	/ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	OPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAC	SNÓS	TICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	A HEN	//OGLOBINA				Р	D	R	1º	2º	3º
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIEN	NTE:		(*)FECH	HA D	E NAC	IMIENTO: _		/ /		FECH/	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	CHA	DE U	ILTIN	//A RE	GLA: / /
	12345678	2	SAN MARTIN		X	X	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIONARTERIAL	Р	X	R			110X
20	321654			50	М	$/ \setminus$		TALLA		\checkmark	\searrow	2. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN	Р	X	R			E11.9
20	321034			30	IVI			IALLA	`	$^{\wedge}$	$^{\wedge}$	MENCION DE COMPLICACION	г	Ž	n			E11.9
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	X	R	1		99499.10



ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

> TELECONSULTA:

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

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

 En el 1er casillero: Se colocará el primer problema o síndrome geriátrico motivo de consulta

En el 2do casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUE	(IPRESS	ا	Ī		UNIC	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	IOME	REDE	L RES	PONS	SABLED	E LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO I	Œ		VALO	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB	ı	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	38	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENA	CIMIENTO:	1_1_		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHID://	FE	CHA	DEU	ILTIN	IA RE	GLA:	
	25543431	1	HUANCAYO		м	PC	PESO	N	N	. CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA	Р	\times	R	1			W.010
14	22554			72 N			TALLA	\bigvee	\searrow	2. TELECONSULTA EN LÍNEA	P	\sim	1 _R				99499.01
14	22334			′′ ["	$\Lambda 7$	1 [IALLA	\mathcal{L}^{\wedge}	$\sqrt{}$	E ILLOONOOLIA EN EINEA	Ľ	ľ	Ľ				33433.01
		58		[Ň	Pab	Hb	R	R	3.	Р	D	R				

> TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA:

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

En el 3er casillero:

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



TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	0	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (IF	PRESS)		5			UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	IOME	BRED	EL RES	PONS	ABLE D	LA ATENCIÓN
														DNI						
7	7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACI	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	Т	IPO [Œ		VALOF	₹	CÓDIGO
DIA	A	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	.D	SEXO	CEFALICO	ANTROPOME	ETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE/CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	MBF	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	IMIENTO:	/ /	_ [FECH	IA ULTIMO RESULTADO DEHIb: ///	FEC	CHA	DEL	JLTIN	/A RE	GLA:	/ /
		25543431	2	LA VICTORIA		X	\searrow	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Р	×	R				I10x
			_				$/ \setminus$	-			\ /	\	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN			1				
14	4	22554			65	М			TALLA		X	X	2. MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	P	X	R				E119
			58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA	Р	×	R	1			99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (II	RESS)	5			ι	JNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRED	EL RE	SPON:	SABLE D	E LA ATENCIÓN
													DN				\mathbb{L}		
7	8	9	11	13	;	14	15	16		17	18	19	Т	20)		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ES	STA- S	ER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALC	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC		LEC VI	30	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICO		LAE	3	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA	١.				Р	D	R	19	29	39	
NOME	BRESY APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECI	HA D	ENAC	IMIENTO:	1 1		F	CH/	A ULTIMO RESULTADO DEHb://	FE	CHA	DE	JLTII	ИA R	EGLA:	/ /
	25543431	2	LA VICTORIA		X	\overline{V}	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Р	×	R				I10x
		-	LA VIOTONIA			Λ					\mathcal{J}	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE. SIN	Т	V	λ				
13	22554			65	М			TALLA	/	*	٩	2. MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	P	1	R				E119
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA	Р	×	R	2			99499.11

> TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA:

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

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

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

En el ítem LAB anote:

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

En el 3er casillero:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALL	JD (IP	RESS)	5				UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	MOM	BRED	EL RES	SPON	ABLE D	DE LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACI	ON	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO I	DE		VALC	ıR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D :	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOME	TRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICC		LAE		CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOE	BINA				Р	D	R	19	2º	39	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECI	HA DE	NAC	IMIENTO:	1 1	_ [FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEG	CHA	DE	JLTIN	ИAR	EGLA:	_ / _ /
	25543431	2	LA VICTORIA		X	\checkmark	PC	PESO		N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Р	X	R				I10x
	*****				[$/ \setminus$			ľ	\checkmark	\bigvee	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN	P		1.				
13	22554			65	M	,		TALLA	J	Ň	↗	MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	1	X	R				E119
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA	Р	X	R	1			99499.12



TELEINTERCONSULTORA:

AÑC	3	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (IF	RESS)	_5			UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	MOM	BRED	EL RES	PONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
													DNI						
7		8	9	11	13	3	14	15	16	17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	7	TIPO	DE		VALO	₹	CÓDIGO
DIA	Ū	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	viao	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICO		LAB		CIE/CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NON	ИBR	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECI	HA D	ENAC	IMIENTO:	1 1		FECH-	A ULTIMO RESULTADO DEHb:/ /	FEC	CHA	DEL	JLTIN	IA RE	GLA:	1 1
		25543431				\vee	\/		PESO	N	N	1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Р	\mathbb{B}	R				110x
	I	22554	2	LA VICTORIA			Δ	PC	TALLA	\searrow	$1 \checkmark$	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN	Τ,	K	R				E119
13		22554			65	IVI	_		TALLA	\nearrow	\nearrow	MENCIÓN DE COMPLICACIÓN		ľ	7				E119
			58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEINTERCONSULTA ASÍNCRONA	Р	\ <u>\</u>	R	2			99499.12

> TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA:

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

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

• En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.

• En el 2do casillero: Se colocará consejería integral.

• En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

• En el 2do casillero: Numero de consejería

■ En el 3er casillero: Número de Teleorientación Síncrona que corresponda (1,2...)

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAU	UD (IF	RESS)				UNI	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRED	EL RE	PONS	ABLE DE LA ATENCIÓN
												DΝ	-				
7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20	1		21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALO	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI.	AGNÓ	STICC)	LAB	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				P	D	R	19	29	39
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	IMIENTO:	1 1		FECH	HA ULTIMO RESULTADO DEHIo://	FE	CHA	DE	JLTII	/A RE	GLA: / /
	25543431	1	CAJAMARCA		X	\bigvee	PC	PESO	N	N	1. PROBLEMAS RELACIONADOS CONLA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	F	×	R			Z724
18	22554			72	м	Д		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL	F	<u>\</u>	R	1		99401
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA	F	<u>,</u>	R	1		99499.08

> TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA:

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem: LAB anote:

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



AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS)	5			UNID	IAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE	DEI	RES	PON	SABLE	DE LA ATENCIÓN
											DN							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20)			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE	П		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD		CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNÓ	STIC	0		LA	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	0	,	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHIo://	FE	CHA	DE	UL	TIN.	1A R	EGLA:	
	25543431	2	CAJAMARCA	\rightarrow		PC	PESO	N	N	PROBLEMAS RELACIONADOS CONLA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	Р		4	R				Z724
18	22554			72 M	Δ		TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL	Р	Į,	۱,	R	1			99401
		58		0		Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA	Р	Ç)	R	1			99499.09

> TELEMONITOREO:

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

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

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

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	D (IPI	RESS)	5			UNIE	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	MOV	BRED	EL R	ESPON	ISABLE	DE LA ATENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			2:	ı	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	,	TIPO	DE		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	9	EXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICO)	LA	В	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	1	29	39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE	NAC	IMIENTO:	1 1		FECH	IA ULTIMO RESULTADO DEHIb://	FE	СНА	DE	JLT	MA F	REGLA	
	25543431	2	HUANCAYO	ì	X	м	PC	PESO	N	N	VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR	Р	×	R	А	F		99387
	22554	_	HOMIOATO	l _	мЪ	-		TALLA	V	\backslash	2. CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR, EN VIVIENDA	P	\	R	١,			W.010
14	22004			72		\ /			\triangle	\triangle	One of the reservoir in the service of the service	Ļ.	ĮŽ	Ľ	L	4	4	510
		58			D	X	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	Р	R	R	. 1			99499.10



PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

> TELEORIENTACIÓN:

CONSEJERÍA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

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

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

En el 1er casillero: Se colocará el motivo de la Consejería.

En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico.

En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

En el 1er casillero: Número de consejería

ÑO	3 MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II	PRESS)							UNIDAD	PRODU	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NC	MBRE	DEL R	ESPON	ISABLE DE	LA ATENCIÓN
														DNI					
7	8	9	11	1	3	14		15	16		17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	INANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PER	RIMETRO	EVALUACI	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO DE		٧	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD	SEXO	CEF	FALICO Y	ANTROPOME	ETRICA	BLEC	VIGO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓSTI	СО		LAB	CIE / CPT
G	SESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABI	DOMINAL	HEMOGLOE	BINA				Р	D	R	19	29 39	
NOMB	RES Y APELLIDOS	PACIEN	NTE:	(*)FEC	HA DE	NACIN	/IENTC):/				FECHA	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	HA DE	ULT	IMA F	REGLA:	1 1
	35241796	2	SANTA MARIA		А	М	PC		PESO		Ν	N	1. CONSEJERÍA EN ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO	Р	X	R	1		99401.26
				22	М				TALLA			\checkmark	2. CANCER DE MAMA	Р	D	\checkmark			C509
				23						-	$\angle \searrow$	\angle^{\searrow}	or attorn Dr. III. III.	Ľ.	Ľ,	\angle^{γ}			0000
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNICA	Р	X	R			99499.08

ENTREGA DE RESULTADOS DE TAMIZAJES TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN

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

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

En el 1er casillero: Se colocará la actividad "entrega de resultados PAP"

En el 2do casillero: Se colocará la consejería

• En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona

En el ítem: LAB anote:

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

ÑC	0	3 MES	4	NOMBRE D	E ESTABLECIMIENT	TO DE SALUD (IF	RESS)							UNIDAD	PROD	UCTO	DRA DE SERVICIOS (UPSS)	NO	OMBR	DEL F	RESPO	NSABLE D	E LA ATENCIÓN
																		DNI					
7		8	9		11		13		14		15	1	.6	17	18		19		20			21	22
		D.N.I.	INANC	DISTRI	TO DE PROCEDENC	IA.				PE	RIMETRO	EVALU	ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	7	TIPO DE		^	'ALOR	CÓDIGO
DIA		HISTORIA CLINICA	10		12		EDA	D	SEXO	CE	FALICO Y	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓST	ico		LAB	CIE / CPT
	GE	ESTANTE/PUERPER	ETNIA	CE	ENTROPOBLADO					AE	BDOMINAL	HEMOG	LOBINA					Р	D	R	19	2º 3º	
NOM	ИBR	RES Y APELLIDOS	PACIE	NTE:			(*)FECH	IA DE	NACIN	MIENT	0:/	/	_		FECH	AUL	TIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E ULT	IMA	REGLA:	/ /
		35241796	2		SANTA MARIA			Α	М	PC		PESO		N	N	1.	ENTREGA DE RESULTADOS PAP	Р	X	R	N		88141
	Ī													\bigvee	$\overline{}$	1	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE	Γ.	∇				0040000
							23	М				TALLA		△	$^{\wedge}$	2.	CANCER	Р	A	R	1		99402.08
			58					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNICA	Р	X	R			99499.08



> TELEMONITOREO:

ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA

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

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

- En el 1er casillero: Se colocará la actividad "entrega de resultados biopsia de estómago"
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente

■ En el 3er casillero: Se colocara Telemonitoreo

En el ítem: LAB anote:

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

2 AÑO	3 MES	4 NON	MBRE DE ESTABLECIMIENTO D	E SALUD (I	IPRESS)			5	UNIDAD PR	ODUCTOR	A DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE	DEL RESPO	NSABLE DE I	A ATENCIÓN
								•				DNI			
7	8	9	1:	1	L3	14	15	16	17	18	19	20		21	22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR	EVALUAC	ESTA-	SER-	OTIVO DE CONSULTA	T PO D	VALOF		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	j		SEXO	Ü	IOIV	BLEC	VICIO	DAD DE SALUD DIA	GNÓSTICO		LAB	CIE/CPT
9	SESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO									P D I	19	2º 3º	
NOMBRE:	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FECH	A DE N	ACIMIEN	IT0:/	/		FECHA U	JLTIMO RESULTADO DE Hb:	FECHA DE	ULTIMA	REGLA:	/ /
	20295134	2	LOS OLIVOS		X	М	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADOS DE BIOPSIA DE ESTOMAGO	Р	A		43600
		59		28	М			TALLA	_	\checkmark	2. TUMOR MALIGNO DE	p Vo F			6160
		39				$\setminus Z$	Pab		_ (\wedge	ESTOMAGO	P	`		C169
					D	\nearrow		Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	РЖ	1		99499.10

MONITOREO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO

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

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

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

2 AÑO	3 MES	4 NOI	MBRE DE ESTABLECIMIENTODE	SALUD (I	PRESS)				5	U	NIDAD PRO	DUCTOR/	A DE	SERVICIOS (UPSS)	6 1	NOME	REDE	L RESP	ONSAB	LE DE L	A ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	1	3	14	_	5	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	TO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR		ION		ESTA-	SER-	φτιν	VODE CONSULTA T	IPO D	E		VALOR			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	"				BLEC	VICIO	DAE	D DE SALUD DIA	GNÓS	TICO			LAB		CIE/CPT
GI	ESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTROPOBLADO												Р	D	R	12	2º	3⁵	
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	IA DE N	ACIMIEN	NTO:	/ /				FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA D	E ULT	IMA F	REGLA		/
	25879462	2	ELAGUSTINO		\times	м	PC		PESO		N	N	1.	TUMOR MALIGNO DE MAMA	Р	D	\times				C509
			ELAGUSTINU		М				TALLA			\ /	1	EXAMEN DEL SEGUIMIENTO		Ν/				i	
				23		\setminus					с	X		TRATAMIENTO POR TUMOR	P	ΙX	R			İ	Z089
		59				X	Pab					$/\setminus$		MALIGNO		$V \setminus$					
					D	$V \setminus$			Hb		R	R	3.	TELEMONITOREO	Р	X	R				99499.10

ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA CONTROL DE PACIENTE CONOCIDO

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

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

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



En el ítem: LAB anote:

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

2 AÑO	3 MES	4 NOI	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ((IPRESS)				5	UN	IDAD PRO	DUCTOR	A DE	SERVICIOS (UPSS)	6 N	MOM	BRE DE	L RESP	ONSABL	E DE LA	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	1	13	14		15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR O		ION		ESTA-	SER-	DTI∖	VO DE CONSULTA T	PO DI			VALOR			CÓDIGO
DIA I	IISTORIA CLINICA	10	12			SEXO					BLEC	VICIO	DAD	DE SALUD DIAG	SNÓS	TICO	\Box		LAB		CIE / CPT
(SESTANTE/PUERPE	ETNIA	ENTRO POBLADO										L		Р	D	R	1º	2º	3₽	
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	HA DE N	ACIMIEN	NTO:					FECHA U	JLTII	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	IA D	E ULT	IMA F	REGLA:	/	
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		\times	м	PC		PESO		N	N	1.	TUMOR MALIGNO DE CUELLO	Р	D	X				C539
		59		23	М		Pab		TALLA		С	\times	2.	ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	Р	X	R	1			99489
					D	X			Hb		R	R	3.	TELEMONITOREO	Р	X	R	Н	М	\rightarrow	99499.10
2 AÑO	3 MES	4 NO	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALLID	/indecc)				5	110	JIDAD PRO	ODLICTOR	A DE	SERVICIOS (UPSS)	_	_		EI RES	PONSAR	I E DE L	A ATENCIÓN
2 ANO	- IVIES	NOI	WIBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPKE33)			1	-	OI	IIDAD FRO	ODUCTOR	A DE	E SERVICIOS (OF35)	DNI	T	DKE D	L RES	TONSAB	LE DE L	ATENCION .
7	8	9	11	_	13	14		15	16		17	18	Т	19	DIVI	20			21	\neg	22
,	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD		24	PERIMETR		EVALUAC		ESTA-	SER-	ЬΤΙ		IPO D			VALOR			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	LUND		SEXO	0		ION		BLEC		1		GNÓS	-		I I	LAB		CIE / CPT
	ESTANTE/PUERPE	R ETNIA	ENTRO POBLADO												Р	1		19		32	,
	S Y APELLIDOS PA			(*)FFCI	HA DE N.	ACIMIEN	NTO:	/ /				FECHA	ULT	IMO RESULTADO DE Hb:					REGLA	-	/
	48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	()	X	м	PC	ĺ	PESO		N	N	1	TUMOR MALIGNO DE CUELLO	Р		\vee			П	C539
					М	1			TALLA				2.	ATENCIÓN DE CUIDADOS		$\overline{}$	T			П	
		59		33		/	Pab				С	\nearrow		PALIATIVOS	Р	/¤	R	1		iΙ	99489
					D	X			Hb		R	R	3.	PROBLEMAS SOCIALES CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	Р	X	R				Z658
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	HA DE N	ACIMIEN	NTO:					FECHA I	ULTI	IMO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA [DE UL	ГІМА	REGLA	:/	1
					\boxtimes	М	PC		PESO		N	N	1.	TELEMONITOREO	Р	X	R				99499.10
				_	М				TALLA				2.		Р	D	R			П	
						∇	Pab				С				Ľ	L	L R				
					D	\triangle			Hb		R	R	3.		Р	D	R				

> TELEMAMOGRAFÍA:

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

TELEINTERCONSULTANTE

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

2 AÑO	3 MES	4 NOI	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRESS)				5	UN	IDAD PRO	DUCTORA	A DE S	SERVICIOS (UPSS)	6 N	NOMB	RE DEL	RESPO	ONSABL	E DE LA	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	1	13	14	1	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR		EVALUAC		ESTA-	SER-	OTIV	O DE CONSULTA T	IPO DE		V.	ALOR			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO			IOIV		BLEC	VICIO	DAD	DE SALUD DIAG	SNÓST	TICO			LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO												Р	D	R	19	2º	3₺	
NOMBRI	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECI	HA DE N	ACIMIE	NTO:	_//				FECHA L	JLTIN	MO RESULTADO DE Hb:	FECH	HA DE	E ULTI	MA R	EGLA:	/	
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		X	М	PC		PESO		X	\times	1	TELEMAMOGRAFÍA	Р	X	R				99499.07
			SAN WARTIN DE PORRES	23	М				TALLA		,		2		,	D	R				
		59		23		\searrow	Pab				C	C			P	U	K				
					D	\triangle			Hb		R	R	3.		Р	D	R				



TELEINTERCONSULTORA

En el ítem tipo de diagnóstico

En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem LAB:

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

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

2 AÑO	3 MES	4 NO	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DI	SALUD (I	PRESS)				5	U	NIDAD PR	ODUCTOR	A DE	SERVICIOS (UPSS)		NOME	BRE DE	L RESP	ONSAB	LE DE L	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	3	13	14		15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR		EVALUAC ION		ESTA-	SER-	OTI	VO DE CONSULTA	1 PO [)		VALO			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	Ü		IOIV		BLEC	VICIO	DAE	D DE SALUD DI	AGNÓ	STICO			LAB		CIE / CPT
(GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO												Р	D	R	12	2º	3₽	
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FECH	HA DE N	ACIMIEN	NTO:	/ /				FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEG	CHAE	DE UI	TIMA	A REGI	A:	/ /
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		\times	М	PC		PESO		\gg	\times	1.	TELEMAMOGRAFÍA	Р	X	R	4			99499.07
			SAN WARTIN DE PORRES	22	M				TALLA			_	2.		Р	,	2				
		59		23			Pab				C	C			۲	D	R				
					D	\wedge			Hb		R	R	3.		Р	D	R				



PREVENCIÓN Y CONTROL DE DISCAPACIDAD

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

> TELECONSULTA:

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

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

• En el1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente

• En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.

En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en Línea

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS)		5		UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	IBRE	DEL F	ESPO	ISABLE	DE LA ATENCIÓN
											DN	II					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		2	ō	I	2	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE	Т	VA	.OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRI	ICA BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNO	ÓSTICO	٥	U	NB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L L	HEMOGLOBIN	IA			Р	Ī	0 1	R 1	.º 2	9 39	
NON	MBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECH	DE NA	CIMIENTO:	1 1		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FE	CHA	DE	ULTI	MAR	EGLA:	1 1
	20218293	,	ADAHUAYLAS			PC	PESO	N	X	1. INFARTO CEREBRAL	Р	, ,	\rangle	6			1639
	20218255	2	ADAHOATLAS	l ľ.	.][2	rc	TA11.4		,	CONCLUTA MEDICO ECDECIALITADA	١,	Λ,	Z.	Ţ			00247
21				45 N	<u>'</u>	1	TALLA	X	С	z. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	P	Z	į į	R			99247
	231458	58			F	Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	$\langle \cdot \rangle$	١	R			99499.01

> TELEINTERCONSULTA:

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

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

TELEINTERCONSULTANTE:

ΑÑ	0	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALL	ID (IPI	RESS)		5			UNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	MOM	BRE D	EL RES	PONSA	BLE DE LA	ATENCIÓN
														DNI						
7	7	8	9	11	13		14	15	16	1	17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACIO	ON ES	TA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR		CÓDIGO
DV	A	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D :	SFYO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMET		LEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLOBI	INA				Р	D	R	19	29	39	
NO	МВ	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO:	/ /			FECHA	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	CHAI	DE U	LTIM	A REG	.A:	/ /
		40005000	,	ANDAHUAYLAS		А	\bigvee	PC	PESO		N	\times	ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIEDAD)	Р	D	X	1			Z87.6
	. L	40003000	2	ANDAHOATLAS		\n/	Δ	PC	TALLA	_	.c/	_	2. CONSULTA MÉDICO ESPECIALIZADA		\s	R	1			99247
21	1				2	Χ̈́	, –		IALLA		X		2. CONSOLIA MILDICO ESPECIALIZADA	ľ	ΙX					JJL-1/
		102030	58			D)	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	\ <u>\</u>	R	1			99499.11



TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO I	DE SALUD (I	PRESS)		5		UNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	NOME	BRE DI	EL RES	PONSAE	LE DE LA ATENCIÓN
											DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO E	Œ		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NAC	IMIENTO:	1 1	-	FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEG	СНА	DE U	LTIN	1A REG	LA: / /
	20218293	,	ATE	A		PC	PESO	N	X	ALTO RIESGO PERINATAL (PREMATURIEDAD)	Р	D	X			Z87.6
	20218293	2	AIE			PC	TALLA	\bigvee		2. CONSULTA MÉDICO ESPECIALIZADA	Р	\setminus	R			99247
21				2 /	4		IALLA	ĮΔ	Ľ	2. CONSOLTA IVIEDICO ESPECIALIZADA	\ \r	Х	K			59247
	102030	58		0	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	X	R	2		99499.11

> TELEORIENTACION:

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)		9		UN	NIDAI	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	Ц	NON	/BRI	DEL	RESPO	ONSAE	BLE DE LA ATENCIÓN
												D١				\blacksquare	\perp	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	12	.8	19		2	0.	I		21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	N EST	A SE	R-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPC) DE	Т	V	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	ABDOMINA	ANTROPOMETR		VIC	.10	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI	AGN	ÓSTI	CC		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA L	HEMOGLOBIN	NA				Р		D	R	19	29	39
NOM	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	1 1		FEC	СНА	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	CH	A DE	: UL	TIMA	REG	ila: / /
	20218293	2	ANDAHUAYLAS	×	\bigvee	PC	PESO	N	ı	N 1	1. COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO	F		\langle	(U071
21				45 M	\angle		TALLA	X	\bigwedge	£ 2	2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	F	\setminus	6	R-	Ţ		99247
				l <u>L</u>					V	\			1	_	4	_	_	
	102030	58		D	F	Pab	Hb	F	F	R 3	3. TELEORIENTACION SINCRONA	F	\times	é	F			99499.08

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS)		5		UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	NOME	RE DE	L RESPO	ISABLE D	E LA ATENCIÓN
											DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20		- 2	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E	Æ	VA	LOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO	L	AB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19 2	8 38	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECH	A DE NA	CIMIENTO: _	1 1		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	CHA	DE UI	TIMA	REGLA:	_/_/
	40005000	2	ANDAHUAYLAS		$\langle \cdot \rangle_{a}$	PC	PESO	N	X	1. COVID -19, VIRUS NO IDENTIFICADO	Р	D	X			U072
21				45	ν	-	TALLA	X	С	2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	Р	X	R	i		99247
	102030	58			p F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION ASINCRONA	Р	X	R			99499.09

TERAPIA FISICA:

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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



AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	D (IPF	RESS)				UNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	1	IOMB	RE D	L RE	PONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
												IN						
7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO D	E		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI)	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	/ICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	38	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FEC	HA D	E NAC	CIMIENTO:	1 1		ECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	EC	HAE	E U	TIM	A RE	GLA:	/ /
	40005000	2	ANDAHUAYLAS		X	\searrow	PC	PESO	N	N	L ECUELAS DE POLIOMIELITIS	Р	D	R				B91.X
21				45	м	\triangle		TALLA	\searrow	∖∖	. :VALUACION DE TERAPIA FISICA		DX	/R	L	Ļ		97001
21				45	IVI			TALLA	X	X	. VALUACION DE TERAPIA PISICA	ľ	2	\ <u>`</u>				97001
	102030	58			D	F	Pab	НЬ	R	R	3. ELEORIENTACION SINCRONA	P	•	R	1			99499.08

TERAPIA DE LENGUAJE:

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

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

En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.

En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.

• En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Sincrónica.

En el ítem: LAB anote:

En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.

• En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (II	PRESS)		9			UNIE	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	Ш	NON	ИBRI	DEL	RESP	ONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
												DN	ı						
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		2	0			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPC	DE	Т	١	/ALOF	ì	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMI		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI	AGN	ÓSTI	20		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA L	HEMOGLO	BINA				P			R	19	29	39	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /	/	_ [FECH	HA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FE	CHA	DE	ULT	IMA	REG	LA:	/ /
	40005000	2	ANDAHUAYLAS	×	\bigvee_{a}	PC	PESO		N	N	1. INFARTO CEREBRAL	Р		\rangle	R				163.9
21	40003000	-	Alloaloa	45 M	\angle		TALLA)	$^{\sim}$	\searrow	2. TERAPIA DEL LENGUAJE	P	\setminus_{λ}		R	1			97009
				- ~ <u> </u>				,	$\angle \setminus$	\triangle			7	\	4	4	_	_	
	102030	58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	P	X		R				99499.08

TERAPIA OCUPACIONAL:

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

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

• En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.

En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.

• En el 3er casillero: Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

• En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.

En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IF	RESS)		:		UNIDA	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	. 40	DMBR	E DEL	RESPO	NSABL	DE LA ATENCIÓN
											IN					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	TI	PO DE		V	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA		BLEC	/ICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	NÓSTI	ICO	L	LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	2º 3º	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECHA	DE NAC	IMIENTO:	/ /		ECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	ECI	HA DE	ULT	IMA	REGLA	
	40005000	2	ANDAHUAYLAS	\times	\bigvee	PC	PESO	N	N	1. :OVID 19, VIRUS IDENTIFICADO	Р	D	X			U071
21				45 M	\sim		TALLA	X	X	2. :VALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL	Р	\bigvee	R	1		97003
	102030	58		D	F	Pab	Hb	R	R	B. FELEORIENTACION SINCRONA	Р	×	R			99499.08



TERAPIA RESPIRATORIO:

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

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

• En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico del paciente.

• En el 2do casillero: Se colocará la actividad que corresponda.

En el 3er casillero: Se colocará Teleorientación Síncrona.

En el ítem: LAB anote:

• En el 2do casillero: Se colocará el número de actividad.

• En el 3er casillero: Se colocará el número de Teleorientación Síncrona.

AÑO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	IPRESS)		5		UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	ЮМ	BRE	DEL RE	SPON	ISABLE	E LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACIO	ON ESTA	- SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO I	Œ		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO		NTROPOMETR	ICA BLEC V	icio	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SNÓ!	TICC)	LAE	В	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	HEMOGLOB	INA			Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE	h .		(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HAI	DE U	JLTIN	/IA RE	GLA:	/ /
	20218293	2	ANDAHUAYLAS	$\overline{}$	$\mathcal{N}_{\mathbf{a}}$	PC	PESO	N	N	1. COVID 19, VIRUS IDENTIFICADO	Р	D	×	1			U071
21				45 N	Γ		TALLA	\times	X	2. TERAPIA RESPIRATORIA / PROCEDIMIENTO NO LISTADO	Р	X	R	1			97799
	102030	58			F	Pab	Hb	R	R	B. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	X	R	l			99499.08

> TELEMONITOREO

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑ	o 3	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS)		5		UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE C	EL RE	SPONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
												DNI				L		
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO	DE		VALC	R	CÓDIGO
DIA	A.	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	ABDOMINA	NTROPOMETRICA B	EC VI	10	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICC		LAB		CIE / CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NON	MBF	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	DE N	ACIMIENTO:	/ /	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	СНА	DE (JLTIN	ЛA R	EGLA:	/ /
		40005000	2	ANDAHUAYLAS		$\bigvee_{\mathbf{k}}$	PC	PESO	N	N	1. COVID -19, VIRUS IDENTIFICADO	Р	D	X				U071
21					45 1	.[TALLA	\bigvee	\bigvee	2. CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA	D	X	R				99247
21	1				L	_		TALLA	\triangle	\triangle	E. CONSOLIAMIEDICO ESPECIALIZADA	Ľ	\mathcal{L}	<u>\</u> "	L	╙		33247
		102030	58		-	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	Р	X	R	1			99499.10

> TELERADIOGRAFÍA FUERA DE LÍNEA:

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

■ En el 1er casillero LAB anote:

LAB 1= Teleinterconsultante.

LAB 2= Teleinterconsultor.



TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)		9		UNII	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	Ц	NO	MBR	E DEI	LRESE	PONS	ABLE	DE LA ATENCIÓN
											Di	U						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		_	20	Т		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIP	O DE	Т	,	VALC	ıR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI	IAGN	NÓST	icc		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA L	HEMOGLOBINA				F	>	D	R	19	29	39	
NON	MBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECHA	DENA	CIMIENTO: _	1 1		FECI	HA ULTIMORESULTADO DEHIo:/_/	F	ECH	IA D	EUI	TIM	A RE	GLA:	_ / _ /
	20218293	2	HUANUCO	\times	V	PC	PESO	\times	\times	1. OTROS TIPOS DE ARTROSIS DECADERA, SECUNDARIA BILATERAL	F	Р	-	XF				M16.6
27				45 M	\triangle		TALLA	С	С	2 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	F	•	6	R				99247
	102030	58		D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELERADIOGRAFIA FUERA DELINEA	F	P >	¢	F	1			99499.05

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU) (IPR	ESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)							LRE	L RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
												ING									
7	8	9	11	13		14	15	16		18	19	20				21		2	22		
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	Т	IPO D			VAL	OR.	CÓD	NGO		
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAE	, ,	FXO	ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	/ICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO				LAB		CIE/	CPT		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLOBINA						D R 19 29 39							
NOM	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIN						CIMIENTO: _	/ /	FECHA ULTIMO RESULTADO DEHI:/_/					ECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	20218293	2	LIMA		45 M		PC	PESO	X	X	OTROS TIPOS DEARTROSIS DECADERA, SECUNDARIA 3ILATERAL	Р	D	P				M1	16.6		
27				45				TALLA	С	С	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	Р	DX	R				992	247		
		58							Ľ	Ŭ	DOTOGETA MEDION EGI EGINELENDA	ľ	7	ľ				332			
	102030				D	F	Pab	Hb	R	R	3. IELERADIOGRAFIA FUERA DE LINEA	Р	×	R	2			9949	99.05		

> TELEECOGRAFÍA:

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

■ En el 1er casillero LAB anote:

LAB 1= Teleinterconsultante.

LAB 2= Teleinterconsultora.

TELEINTERCONSULTANTE:

		1430	LIANIL.																			
AÑO 3 MES 4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5								UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
											DNI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	Ī	20			21		22					
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	ALICO Y ANTROPOMETRICA		SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO DI	E		VALO	ıR	CÓDIGO					
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	O CEFALICO Y ABDOMINA			VICIO	VICIO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		DIAGNÓSTICO		LAB			CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA					P D		R 1º 2º 3º		3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO:							/ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/_/						FECHA DE ULTIMA REGLA:/_/									
	20218293	2	HUANUCO	\times		PC	PESO	N	X	1. TENDINITIS DEL SUPRA ESPINOSO	Р	D	X				M75.4					
27					45 M	\sim		TALLA	X	С	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	Р	X	R				99247				
	102030 58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEECOGRAFIA + TELECONSULTA ENLINEA	Р	X	R	1	T		99499.04					

TELEINTERCONSULTORA:

AÑC	0	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)		S UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)							NOMBRE DEL RESPONSABLE DE							
												D	N									
7	,	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21		22			
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	ANTROPOMETRICA	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIP	DE C		٧	ALOR		CÓDIGO			
DIA	Ą	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO			A BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D	IAG	ÓSTI	20		LAB		CIE / CPT			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									Р	D	R	19	29	39				
NON	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (")FECHA DENACIMIENTO:						/ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hix / /							FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
		20218293	2	LIMA	×	M	PC	PESO	X	×	TENDINITIS DEL SUPRA ESPINOSO	_	P	4	F				M75.4			
27	, _				45 M			TALLA	С	С	2. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	l	P	6	R		_		99247			
		102030	58		D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEECOGRAFIA + TELECONSULTA EN LINEA		P	•	F	2	+	1	99499.04			



PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, RARAS Y HUERFANAS

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

• En el 1er casillero: Se colocará DNT.

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	ITO DE S	SALUD	(IPRES	S)	5			-	JNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	MBRE D	EL RESF	ONSAB	LE DE LA	ATENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	1	3	14		15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA					METRO	EVALUACIO	ON	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO E	Æ		VALOF	2	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED	AD	SEXO	CEFAI	LICO Y	ANTROPOMET HEMOGLOB		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	тісо		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ADDO	JIVIII VAL	HEINIOGEOD	, iiv				Р	D	R	19	28	3₽	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENACI	MIENT	O:	1 1	_		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	HA DI	EULT	MA R	EGLA:		/
	98251652		ATE		X	м	PC		PESO		N	N	VALORACION CLINICA DE FACTORES DE 1. RIESGO	Р	\nearrow	R	DNT			Z019
21	56975	2	AIE	56	м	IVI	PC		TALLA		X	X	2. SOBREPESO	Р	Ç/	R				E66.2
		58			D	X	Pab		Hb		R	R	3. SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO	Р	$\langle \rangle$	R				Z017
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIEN	ITE:		(*)FEC	HA D	ENACI	MIENT	O:	1 1	_		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Ho://	FECH	AA DI	EULT	MA R	EGLA:	_/	/
					А				PESO	$\overline{}$	Z	N	1. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	\searrow	R				99499.08
				\vdash	М	M	PC		TALLA		С	С	2	Р	_	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	Р	D	R				

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

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

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

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

En el ítem LAB anote:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE S	ALUD	(IPRES	5)	-			UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	MBRE D	EL RESP	ONSABI	LE DE LA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETR	-	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO E	Œ		VALOF	t	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFALICO ABDOMINA			BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	T IC O		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AL HEIVIOGE	UBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DE	ENACI	MIENTO:	/ /			FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHo: / /	FEC	HA D	EULT	IMA RI	GLA:	/	/
	43578908	2	ATE		\times	м	PC	PESO		N	N	EVALUACION DE ENTREGA DE RESULTADOS DE DIAGNOSTICOS	Р	X	R	DNT			U262
21	4567	-	AIL	68	м		-	TALLA		\times	X	2. HIPERGLICEMIA NO ESPECIFICADA	Р	V	R				R739
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	8	R				99499.10



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

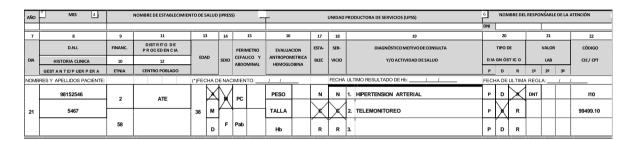
En el ítem: D.N.I/ Historia Clínica, registre según sea el caso.

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" o "R", según corresponda. En el ítem LAB anote:

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



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

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" o "R", según corresponda. En el ítem LAB anote:

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

AÑO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	ITO DE S	ALUD	(IPRES	5) [UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	Б	NOMB	RE DE	L RESPO	NSABL	E DE LA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO			ESTA-		DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA		TIPOD	Œ		VALOF	١ .	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	AD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA			BLEC	vicio	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO	i	LAB		CIE/CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	HEWIOOD	ODIIVA				Р	D	R	19	29	39	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DI	NAC	IMIENTO: _	1 1				ULTIMO RESULTADO DEHtx / /	FEC	HA D	E UL1	IMA R	EGLA:	$\overline{}$	/
	4826351	2	COMAS		X	V	PC	PESO		N	N	1. DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN COMPLICACIONES	Р	D	X	DNT	N		110
21	45672			38	м	\triangle		TALLA		X	X	2. TELEMONITOREO	Р	X	R				99499.10
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				



INMUNIZACIONES

> TELECONSULTA

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

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

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

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (IF	RESS)			5		UNID	AD PRO	DDUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	ЮМВЕ	RE DEL	RESPON	SABLE D	E LA ATENCIÓN
														DNI					
7	8	9	11	1	3	14	1	5	1	5	17	18	19		20		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				CEFAL		EVALU		ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO DI	Е	VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD	SEXO	ABDO	MINA	ANTROPO		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS1	TICO	LA	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO					L	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	1º 2º	32	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FE	CHA [DE NA	CIMIEN	ITO:	/			FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA DE	ULTI	MA RE	GLA: _	_//
	34567892	2	ATE		А	м	PC		PESO		N	N	1. EFECTO ADVERSO A LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA	Р	M	R			Y5901
29	56975			6	M	L.,			TALLA		\times	\times	2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES	Р	M	R			99401.07
		58			D	X	Pab		Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	X	R			99499.01

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

> TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA

TELEINTERCONSULTANTE:

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

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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



AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IPRESS)		5		UNIE	DAD PR	ODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	омв	RE DEL	. RESP	ONSABLE	DE LA ATENCIÓN
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	1		17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALU		ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO D		V	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	ABDOMINA	ANTROPO		BLEC	vicio	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓST	100		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	•		L	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	2º 3º	_
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/	/		FECH	IA ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	CHA E	E UL	TIMA	REGLA:	/ /
	34567892	2	SAN LUIS	А		PC	PESO		N	N	1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG	X	D	R			Y580
25	56975			3 N	<u> </u>	1	TALLA		\times	\times	2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	X	R	1		99499.11
	-	58		<u>×</u>	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R			•

Personal de enfermería consulta con otro profesional de la salud

TELEINTERCONSULTORA:

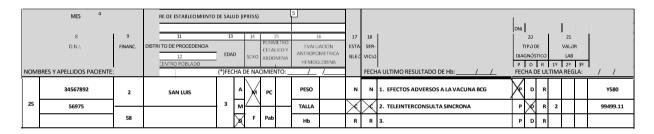
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

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

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

En el ítem: LAB anote:

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



Profesional de la salud atiende interconsulta de profesional de enfermería

> TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA

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

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

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

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

En el ítem: LAB dejar en blanco.



AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD	(IPRESS)		5		UNID	AD PRO	DDUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	ОМ	BRE I	DEL I	ESPONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15		.6	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO CEFALICO Y			ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO CEFALICO Y ABDOMINA			OMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓ.	TICC)	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOC	LOBINA				Р	D	F	2	º 2º	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	ACIMIENTO: _	/_			FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA	DE L	JLTI	ЛА REGL	A:	/ /
	34567892		JESUS MARIA		٧.	PC	PESO		N	×	CONSERIA EN INMUNIZACION	Р	X	1	R			99401.07
	56975	- 2	JESUS IVIARIA		1	PC	TALLA		\D/	\ D`	2. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	ф.) _F	₹ .			99499.08
31		58		1 _	┨╲┏╱	Pab			\sim	\vdash	1	+-	×	-	+	-1-1	-	
		30		1 1	ΊX		Hb		R	R	3.	Р	D	F	R			

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

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

> TELEMONITOREO

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

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

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

En el ítem: LAB dejar en blanco.

8							Γ		ONE	AD FINO	DDUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	<u>ا</u> ر	OIVID	NEDEL	LJI O	SADLL I	DE LA ATENCIÓN
8												DNI					
	9		11	13	14	15	1	.6	17	18	19		20			1	22
D.N.I.	FINAM	C. D	ISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALU		ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		IPO D		VA	.OR	CÓDIGO
TORIA CLINICA	A 10		12	EDAD	DAD SEXO ABDOMINA		OMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS'	ГІСО	L	B	CIE / CPT	
ANTE/PUERPERA	ERA ETNI	Д	CENTRO POBLADO			L	HEMOG	SLOBINA				Р	D	R	1º 2	35	
ELLIDOS PACIENTE:	CIENTE:			(*)FECH	DE NA	CIMIENTO:	/	/		FECH/	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECI	HA DI	ULTI	MA R	GLA:	/ /
34567892	2		SAN LUIS		М	PC	PESO		N	N	1. EFECTOS ADVERSOS A LA VACUNA BCG	X	D	R			Y580
56975				1 1	л —		TALLA		\searrow	\searrow	2. CONSEJERIA EN INMUNIZACIONES	Р	Ø	R			99401.07
	58			<u> </u>	$\exists \forall$	Pab			_	<u> </u>		 	\bigcirc	-	+	+	99499.10
- 5	6975	58		<u> </u>		. I HV	50 T Monh				58 1 Pah 1	59	50	50			

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



ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOSIS

TELEMONITOREO

CASO PROBABLE DE DENGUE

En el registro HIS anote:

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

Caso probable de Dengue y Toma de muestra:

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	ITO DE SA	ALUD	(IPRESS)				UNIDA	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	E	NON	1BREDE	L RESP	ONSAB	LE DE LA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	,	TIPO D	Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SN ÓS	тісо		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	A HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	HA DE	NACII	MENTO:	/ /			FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FECH	IA DE	ULTIN	MA RE	GLA:_	/ .	/
	623745	2	COMAS		\times	м	PC	PESO		N	N	DENGUESIN SEÑALES DE ALARMA	\times	D	R				A970
21	45672		COMAS	27	м			TALLA		X	X	2. TOMA DE MUESTRA DE DIAGNOSTICO	Р	\times	R				U2142
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	Р	X	R	1			U310
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FECH	IA DE	NACI	MIENTO:	1 1			FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FECH	IA DE	ULTIN	иA RE	GLA:_	1	/
					Α		70	PESO		_ N	N	1. TELEMONITOREO	Р	\searrow	R	1			99499.1
					M	_ NI	PC	TALLA		С	С	2.	Р	D`	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				

El registro de Administración de Tratamiento en los Casos Probables de Dengue está sujeta a evaluación clínica del personal de salud que atiende el caso.

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

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
 - Dengue sin señales de alarma A970
 - Tipo de diagnóstico: Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
 Seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo 99499.10

Tipo de diagnóstico: Definitivo LAB= 1, 2, 3... según corresponda



AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE SALU	D (IPRES	S)			UNIDA	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	IBREDE	RESPO	NSABLI	EDELA A	TENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	A HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	38	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NACI	MIENTO:	/ /		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	HA DE	ULTIN	A REC	GLA:	/ /	
		1			l.						•						
	623745	١ ,	COMAS	\rightarrow	1	DC	PESO	N	N	1. DENGUESIN SEÑALES DE ALARMA	\searrow	D	R				A970
		2	COMAS	<u> </u>	M	PC		N V	N	1	X			1			
2	623745 45672	2	COMAS	27 M	M	PC	PESO TALLA	N	×	DENGUESIN SEÑALES DE ALARMA TELEMONITOREO	P	D V		1			A970 99499.10

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE DENGUE MEDIANTE TELEMONITOREO

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

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

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE S	ALUD	(IPRES	5)				UNIDA	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	ИBREDI	EL RESP	ONSABI	LEDELA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	1	3	14	15	16	,	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO [Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	AD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOR	METRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	A HEMOGL	LOBINA				Р	D	R	19	2º	38	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DE	NACI	MIENTO:	1 1			FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FECH	HA DE	ULTII	MA RE	GLA:	/ /	
	623745				\vee			PESO		Z	N	1. DENGUESIN SEÑALES DE ALARMA	Р	\times	R				A970
		2	COMAS			М	PC			\setminus	\ /)				
21	45672			27	М	\ /		TALLA		×	×	EVALUACIION Y ENTREGA DE RESULTADOS	Р	X	R	IGG			U2625
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	$\sqrt{}$	R	4			99499.10

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



MALARIA

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

En el campo LAB registre

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	LUD (I	PRESS)		5				UNIDAD	PR	ODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	MBRE	DEL RESE	ONSABL	E DE LA A	TENCIÓN
	_														DNI						
7	8	9	11	13	3	14	1	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIN	METRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO E	Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFAL		ANTROPOR		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D IA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOGL	OBINA					Р	D	R	19	29	39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	CHA [DENA	CIMIEN	NTO:	/ /			FECH/	A UL	.TIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA DI	ULTI	MA RE	GLA:	/ /	
	567954		COMAS		А	м	PC		PESO		N	N	1.	MALARIA MIXTA	Р	D	\times				B538
28	12767	2	COMAS	4	×	m	PC		TALLA		\times	X	2.	ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	Р	VY	R	2			U310
20		58			D	\times	Pab		Hb		R	R	3.	REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	Р	X	R				Y412
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIEN	NTE:		(*)FEC	CHA [DENA	CIMIEN	NTO:	/ /			FECH/	A UL	TIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA DI	ULTI	MA REG	GLA:	1 1	
					Α				PESO		N	N	1.	VOMITO	Р	D	×				R11X
					м	-W	PC		TALLA		с	с	2.	TELEMONITOREO	Р	\v	R	1			99499.10
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.		Р	D	R				

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

En el campo LAB registre

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (IP	RESS)					UNIDAD) PR	ODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL RESE	ONSABL	EDELA A	TENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA	1	TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	AD	SEXO	CEFALICO Y			BLEC	VICIO		Y/OACTIVIDAD DE SALUD	DIA	3 N Ó S	T IC O		LAB		CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTROPOBLADO				ABDOMINA	L HEMOGL	OBINA					Р	D	R	12	2º	3₂	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	CHA C	DENA	CIMIENTO:	_ / /			FECHA	\ UL	TIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	EULT	ΓΙΜΑ R	EGLA:	11	
	567954	2	COMAS	•	X	V	PC	PESO		N	N	1.	MALARIA POR P. VIVAX SIN COMPLICACIONES	Р	D	X	1			B519
21	12767			16	м	\angle		TALLA		X	X	2.	ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	Р	\nearrow	R	2			U310
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	Р	\nearrow	R				Y412
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DI	E NAC	IMIENTO:	/ /			FECH/	A U	LTIMO RESULTADO DE Hb:/_/	FEC	CHA E	DEUL	TIMA I	REGLA:	:_//	
					Α	м	PC	PESO		N	N	1.	VOMITO	Р	D	X				R11X
					М			TALLA		С	С	2	- TELEMONITOREO	Р	X	R	1			99499.10
_					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		Р	۵	R				



ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MIXTA

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

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria mixta.
- En el 2do casillero el número de tratamiento desde nº 2 al 7 según corresponda; donde 2 indica el 2do. día de tratamiento y 7 (término de tratamiento).
- En el 3er casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero: Registre el número de Telemonitoreo en Línea 1, 2, ... según corresponda.

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	D (IPRES	S)				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOI	MBRE D	DEL RESP	ONSABL	E DE LA A	TENCIÓN
											C	DNI						
7	8	9	11	13	14	ı	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PER	IMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA	Т	IPO DI	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEX		ALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D IA G	N ÓS	r IC O		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/ P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABD	OMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	IA DEN	ACIMIE	NTO:	/_/		FECH/	ULTIMORESULTADO DEHb:/	FECH	IA DE	ULTII	MA REC	SLA:	/ /	
	567954					/		PESO	N	N	1 MALARIA MIXTA	Р	D	\times				B538
28	12767	2	ANDAHUAYLAS	16	м	PC		TALLA	X	X	ADMINISTRACION SUPERVISADA DE 2. TRATAMIENTO	Р	\ <u>v</u>	R	2			U310
		58			D F	Pab		Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	Р	$\langle \rangle$	R				Y412
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE NA	ACIMIEN	то:			FECHA	.ULTIMO RESULTADO DE Hb:/F	FECH	A DE	ULTIN	// AREG	.A:	1 1	
					А			PESO	N	N	1. VOMITO	Р	D	\searrow				R11X
				-	M	PC		TALLA	С	c	2. TELEMONITOREO	Р	×	R	1			99499.10
					D F	Pab		НЬ	R	R	3.	Р	b	R				-

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

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

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



ZOONOSIS - RABIA

TELEINTERCONSULTA

Responsable de la actividad: El médico Cirujano

TELEINTERCONSULTA EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico del tipo de herida (Ver ANEXO 02)
- En el 2do casillero el tipo de animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550 o
 - ✓ Mordedura de roedor W530 o
 - ✓ Mordedura por otro animal doméstico en zona urbana W558

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

■ En la 3era fila: el número 1 si es el Interconsultante y 2 si es la Interconsultora.

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Menor Complejidad realiza la consulta (INTERCONSULTANTE) para la profilaxis post-exposición de un paciente a un Médico Cirujano del EE.SS. de mayor complejidad.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUE	(IPRI	ESS)		5		UN	IDADI	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	юмі	RE C	EL RI	SPO	ISABLE	DE LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	,	14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D	E		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LA	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AHEM	OGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACI	ENTE:	José Palomino	(*)FE0	CHA	DE NA	CIMIENTO	: 15/0	8/1984		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA E	E U	LTIM	A RE	GLA: _	
	623745				\bigvee	abla 7		PESO		N	N	Herida de la mejilla y de la region	Р	n	\bigvee		Т		S014
	023743	2	OYON		\wedge	M	PC	1130		IN	IN	temporomandibular	P	ט	Λ		\perp		3014
12	4567			35	M.	<u> </u>		TALLA		\checkmark	X	2. Mordedura de perro	P	D	X	1			W540
1						_		\vdash		\triangle			·		Z-	—	\bot	_	
		58			D	F	Pab	нь		R	R	3. Teleinterconsulta sincrona	P	X	R	1			99499.11

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Mayor Complejidad resuelve la consulta (INTERCONSULTORA) realizada por el Médico Cirujano del EE.SS. de Menor Complejidad, para la profilaxis post-exposición de un paciente.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DI	SALUD	(IPRE	55)		5		UN	IIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	MON	BRE C	EL RE	SPONS	ABLE	DE LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO E	DE		VALO	3	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	3NÓS	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AHEM	OGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACI	ENTE:	José Palomino	(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO:	15/0	08/1984		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA [DE UI	LTIM	A REG	LA: _	
	623745	2	ниасно		X	M	PC	PESO		N	N	Herida de la mejilla y de la region temporomandibular	P	D	X				S014
12	4567			35	м	/\		TALLA		X	×	2. Mordedura de perro	Р	D	X				W540
1		58			D	F	Pab	нь		R	R	3. Teleinterconsulta sincrona	Р	X	R	2			99499.11

TELEINTERCONSULTA EN RABIA SILVESTRE

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



- En el 1er. casillero el diagnóstico del tipo de herida (Ver ANEXO 02)
- En el 2do casillero el tipo de animal mordedor:
 - ✓ Mordedura por murciélago W5591
 - ✓ Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre W557
 - ✓ Mordedura por otro animal silvestre W559

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

■ En la 3er fila: el número 1 si es el Interconsultante y 2 si es la Interconsultora

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Menor Complejidad realiza la consulta (INTERCONSULTANTE) para la profilaxis post-exposición de un paciente a un Médico Cirujano del EE.SS. de mayor complejidad.

AÑO	3 MES	4 NOME	BRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRE	SS)		5		UN	IIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	MON	BRE D	EL RE	PONS	ABLE D	DE LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AHEM	OGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACI	ENTE:	José Palomino	(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO:	15/0	08/1984		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA E	E UL	TIMA	A REGI	A:	
	623745	2	LLOCHEGUA		X	M	PC	PESO		N	N	Herida de la mejilla y de la region temporomandibular	P	D	X				S014
12	4567			35	м	/ \		TALLA		X	X	2. Mordedura por otro animal silvestre	P	D	X				W569
		58			D	F	Pab	нь	,	R	R	3. Teleinterconsulta sincrona	P		R	1			99499.11

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud de Mayor Complejidad resuelve la consulta (INTERCONSULTORA) realizada por el Médico Cirujano del EE.SS. de Menor Complejidad, para la profilaxis post-exposición de un paciente.

> TELEORIENTACIÓN

Realizada por el Responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud

TELEORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550 o
 - ✓ Mordedura por otros animales domésticos en zona urbana W558 o
 - ✓ Mordedura de roedor W530
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Teleorientación Síncrona 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2..., según corresponda.
- En la 3era fila: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2..., según corresponda.



Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de perro, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IP	RESS)		5		UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	OMBR	E DEL I	RESPONSABLE	de la atención
												DNI					
/	8	9	11	13	14	15	1	Ь	1/	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29 39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	A DE NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	- FE	CHA	DE U	LTIM.	A REGLA:	
	623745	,	CERRO COLORADO			PC	PESO		N	\times	1. Mordedura de perro	\searrow	D	R			W540
2	4567		02.11.0 0020.11.120	35 1		-	TALLA		\ _\	· `	. 2. Consejería Integral	/ _P	\bigvee	ł_R	1		99401
1 -	4307			J J .	<u></u>	i I	IALLA		LX,	,	z. Consejena integral	r	ĻŽ	,,	-		33401
		58			D F	Pab	Hb		R	R	Teleorientación síncrona	Р	×	R	1		99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de gato, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)		5		UNID	AD PROD	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	MBRE	DEL RESPONSA	BLE DE LA ATENCIÓN
												DNI				
-/	8	9	11	13	14	15	16	5	17	18	19		20		21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	/IETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO	LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	HEMOGL	OBINA.				Р	D	R	19 29	39
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	CHA [DE UL	TIMA REGLA	_ / _ /
	623745	•	CERRO COLORADO	\times	<	PC	PESO		N	×	1. Mordedura de gato	K	D	R		W550
	4567	2	CERRO COLORADO	l m		PC	TALLA			/ <u>,</u> `	2. Consejería Integral	P	١.,	R	4	99401
2	4507			35 101	,		IALLA		\times	·	2. Consejeria integrai	P	V	ĸ	-	99401
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Teleorientación síncrona	Р	6	R	1	99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura por otro animal doméstico en zona urbana (porcino, equino, bovino, etc.), para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)		5		UNID	AD PRODI	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBR	E DEL	RESPONSABLE I	DE LA ATENCIÓN
												DN					
7	8	9	11	13	14	15	16	6	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DL	AGNÓ:	STICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	HEMOGI	LOBINA				Р	D	R	19	29 39	
NOMBR	RES Y APELLIDOS PACIE																
	ALS I AFELLIDUS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	_ FE	CHA	DE U	LTIM	A REGLA:	/ /
	4658798	NTE: 2	José Palomino CALLAO	(*)FECHA	DE NA	PC PC	15/08/ PESO	/1984	N	FECHAL	Mordedura por otro animal doméstico en zona urbana	FE	D	DE U	LTIM	A REGLA:	/ / W558
2		NTE: 2		(*)FECHA	DE NA	1	, , ,	/1984	N ×	C C	Mordedura por otro animal	P FE	D		1	A REGLA:	W558

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de roedor, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IF	PRESS)		5		UNID	AD PROD	ICTORA DE SERVICIOS	(UPSS)	6	NC	OMBRI	E DEL R	ESPONSABL	E DE LA ATENCIÓN
														DNI					
7	8	9	11	13		14	15	16	5	17	18		19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTIC	O MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO E	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD		SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O A	CTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ľ	ABDOMINA	HEMOGI	.OBINA					Р	D	R	19	29 39	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	HA D	E NACI	IMIENTO:	15/08/	1984		FECHA!	JLTIMO RESULTADO	O DE Hb:/	FEC	HA [DE U	LTIMA	REGLA:	
	4658798	,	SANTA CRUZ		χ		PC	PESO		Z	\searrow	. Mordedura	de roedor	\times	٥	R			W530
			SANTA CRUZ			/	PC							/ \	_	,			
2	4567			35	М			TALLA		X	С	 Consejería Ir 	ntegral	Р	X	R	1		99401
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Teleorientac	ión síncrona	Р	\langle	R	1		99499.08

TELEORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL EN RABIA SILVESTRE

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - Mordedura por murciélago W5591
 - Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre W557
 - Mordedura por otro animal silvestre W559



- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401.
- En el 3er, casillero Teleorientación Síncrona 99499.08

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2..., según corresponda.
- En la 3era fila: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2, ... según corresponda.

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de murciélago, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ([IPRES	S)		5		UNID	AD PROD	UCTOR	RA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMB	RE DE	RESPO	NSABL	DE LA ATENCIÓN
														DNI						
-/	8	9	11	13		14	15	16)	1/	18		19		20			2		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				CEFALICO Y	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		ΓΙΡΟ			VAL		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO		ANTROPON	IETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICO	1	LA	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	HEMOGI	.OBINA					Р	D	R	19	29	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA E	DE NAC	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	ULTIN	MO RESULTADO DE Hb: //	FEC	ΉA	DE L	JLTIN	ΛA RE	GLA:_	/ /
	4658798				\searrow	\setminus		PESO		N	W	1. N	Mordedura de Murciélago	×	D	R				W5591
		2	OXAPAMPA			X	PC			\.		LT.			/	/	Ι.			
2	4567			35	М			TALLA		Х	С	2. (Consejería Integral	Р	Х	R	1			99401
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	з. Т	Feleorientación síncrona	Р	Ş	} R	1			99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura de otro animal silvestre, para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (II	PRESS)		5		UNID	AD PROD	OUCTO	DRA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	OMBR	E DEL	RESPONSABLE	DE LA ATENCIÓN
														DNI					
7	8	9	11	13		14	15	16	5	17	18		19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				CEFALICO Y	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	,	TIPO I	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD		SEXO I	ABDOMINA	ANTROPON	IETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	TICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			,	ABDOMINA	HEMOGL	.OBINA					Р	D	R	19	29 39	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECI	HA D	E NACI	IMIENTO:	15/08/	1984		FECHA I	ULTI	MO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA	DE U	LTIM	A REGLA:	/ /
	4658798	2	MEGANTONI		X	M	PC	PESO		N	X	1.	Mordedura de otro animal silvestre	X	D	R			W559
2	4567			35	м	$\overline{}$		TALLA		X	C	2.	Consejería Integral	Р	X	R	1		99401
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Teleorientación síncrona	Р	\ \x	R	1		99499.08

Teleorientación síncrona mediante consejería integral a la persona que sufre mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre (porcino, equino, bovino, etc.), para que acuda al Establecimiento de Salud más cercano.

AÑO	3 MES	4 NOME	BRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IF	RESS)			5		UNIE	AD PROD	исто	PRA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	ОМВ	RE DE	L RESPO	NSABLE D	E LA ATENCIÓN
														DNI						
-/	8	9	11	13	14		5	16	5	17	18		19		20)		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIM		EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO			VALO	IR .	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXC	CEFAL		ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STIC)	LAE		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOI	MINA	HEMOGL	OBINA					Р	D	F	19	29	3º	1
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	IA DE N	ACIMIEN	NTO:	15/08/	1984		FECHA	ULTI	MO RESULTADO DE Hb: / /	FE	СНА	DE	JLTI	MA REC	ilA:	1 1
	4658798		MEGANTONI		\bigwedge	PC		PESO		N	X		Mordedura por otro animal doméstico en zona silvestre	X	D	F				W557
_	4567		WEGANTON	l 7	<u> </u>	\ \		TALLA		\c.		,	Consejería Integral	P	/	/ R				99401
2	4367			35		1		.ALDA		LX		<u> </u>	Consejeria integral	ľ	ĽŽ	⟨Ľ	Ľ			55401
		58			D F	Pab		Hb	,	R	R	3.	Teleorientación síncrona	Р	Q	F	1	L		99499.08

> TELEMONITOREO

Responsable de la actividad: Responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN RABIA URBANA

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

En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675



- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er, casillero Telemonitoreo 99499.10

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema PRE (Pre-exposición)
 - El grupo de riesgo ST (Persona de Salud)
- La 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- La 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)		5		UNI	DAD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	ОМВЕ	RE DEL	RESPON	ISABLE D	E LA ATENCIÓN
												DNI						
- 7	8	9	11	13	14	15	1	6	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALO	~	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DL	AGNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMBI	res y apellidos pacie	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	15/08,	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	CHAI	DE U	LTIM	A REGL	A:	
	4658798	•	LA PERLA	×	\setminus		PESO		Z	\nearrow	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	×	D	R	1	PRE	ST	90675
	4567	2	LAPERLA			PC	TALLA		\searrow	r `	z Consejería Integral	Ĺ	\searrow	R				99401
2	4307			29 M	ľ	Ì	IALLA		ĽŽ	C	2 Consejena integral		ľŽ	ĸ	1			55401
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	$\langle \times \rangle$	R	1			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ((IPRES	iS)		5			UNID	AD PRODU	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBR	E DEL F	RESPONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
														DN	-					
-/	8	9	11	13		14	15		16	•	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	TRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	D	SEXO	CEFALIC	20 Y	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI	AGNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMI	NAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	HA E	DE NA	IMIENT	0: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	CHA	DE UI	TIMA	A REGL	A:	/ /
	4658798				\searrow	\/			PESO		N	N	1 Vacunación Antirrábica Humana IM		b	R	2	PRE	ST	90675
	4567	2	LA PERLA		Z .	×	PC		TALLA		\checkmark	\searrow	2. Consejería Integral		1	_	,			99401
9	4307			29	171				LIM		\nearrow	\nearrow	Consejena integral		X	K				<i>53</i> 401
		58				F	Pab	ſ	Hb				3 Telemonitoreo	Р	6	R				99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de salud, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3ra dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRESS))	5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRI	E DEL I	RESPONS	SABLE DE	LA ATENCIÓN
													DNI						
- /	8	9	11	13		14	15	16)	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	J			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		IPO E			VALOR	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	S	EXO	CEFALICO Y	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	2º	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	IA DE	NAC	PERIMETRO EVALUACION ESTA- SER- DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULT. CEFALICO Y ANTROPOMETRICA BLEC VICIO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						FEC	HA [DE UI	LTIM	A REGL	A:	
	4658798				X	$\overline{}$		PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	×	D	R	3	PRE	ST	90675
		2	LA PERLA	l P	٦,	<u> </u>	PC			\setminus /	\setminus								
30	4567			29	М	_]		TALLA		×	×	2 Consejería Integral	Р	X	R	3			99401
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	\\ <u>\</u>	R	3			99499.10

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN RABIA SILVESTRE

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

En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675



- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er, casillero Telemonitoreo 99499.10

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema PRE (Pre-exposición)
 - El grupo de riesgo M (Fuerzas Armadas), PNP (Policía Nacional), RSA (Riesgo Sanitario Alto) u OCU (Ocupacional).
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IF	PRESS)	1	5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	IOME	RE DE	L RESPON	SABLE DI	LA ATENCIÓN
													DN						
7	8	9	11	13		14	15	10	5	17	18	19		- 20)		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPC	DE		VALC	₹ .	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SI	EXO	CEFALICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI.	AGNO	STIC)	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	F	19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	ia de	NACI	IMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	_ FE	СНА	DE	JLTIN	1A REGI	A:	
	4658798				$^{\prime}$	$\langle \rangle$		PESO		N	X	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	R	1) F	₹ 1	PRE	М	90675
		2	CALLAO	/	l	×	PC			/			_		7				
2	4567			29	м	1		TALLA		X	С	2 Consejería Integral	P)	F	1			99401
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	5	1	1			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPR	ESS)		5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	١	IOMB	RE DE	. RESPON	ISABLE D	E LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	14	15		10)	1/	18	19		20	J		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIME	TRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPC			VALC	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALIC	COY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNO	STICO)	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMI	INAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	F	19	29	3º	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENT	го: _	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: ///	FE	СНА	DE U	JLTIN	A REGI	A:	
	4658798				Λ_{2}	1		PESO		N	N	Vacunación Antirrábica Humana IM	×	1) F	2	PRE	М	90675
			CALLAO	Ιľ	17	PC				\ /	\ /	∱ 	_	\	J.				
9	4567			29 ^N	1 7			TALLA		X	×	2 Consejería Integral	Р)		2			99401
		58		ſ	F	Pab		Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	5	/ F	₹ 2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de las Fuerzas Armadas, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALLID (I	DRESS)		5			HINID	AD PROD	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMR	RE DEL	RESPON	ISABLE D	e la atención
	-				,							(****)	DNI						
7	8	9	11	13	14	15	5	16	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIME	ETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALC	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEX	CEFALIC	ICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOM	IINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECI	HA DE N	ACIMIENT	TO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	HAI	DE U	LTIM	A REGI	A:	/ /
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FEC	HA DE N	/ T	TO: _	15/08/:	1984	N	FECHA I	Vacunación Antirrábica Humana IM	FE	1	П	LTIM 3	A REGI		90675
NOMB	4658798	NTE:	José Palomino CALLAO	(*)FEC	HA DE N	PC	TO: _	.,,	1984	N	N /	Vacunación Antirrábica Humana IM	×	1	R	3			
NOMBE 30		NTE:		(*)FEC	M DE N	/ T	TO: _	.,,	1984	N X	N N			1	П	3			90675 99401



Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPI	RESS)		5		UNID	AD PRODI	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBR	E DEL I	RESPON	SABLE DI	LA ATENCIÓN
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15	3	l6	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR	_	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	A DE NA	ACIMIENTO: _	15/08/	/1984		FECHA (JITIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	HAI	DE UI	TIMA	REGLA	A:	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FECH	A DE NA	 	15/08/ PESO	/1984	N	FECHA (JILTIMO RESULTADO DE Hb: / _/ '1. Vacunación Antirrábica Humana IM	FE	HAI	DE UI		REGL		90675
NOMBI	4658798	NTE:	José Palomino LA PERLA		×	ACIMIENTO: _	PESO	/1984	N	FECHA (Vacunación Antirrábica Humana IM	×	D	R				
NOMBI 2		2			A DE NA	 	1	/1984	N X	FECHA (FE(D					90675 99401

Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)	5			UNID	AD PRODI	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	OMBRE	DEL I	RESPON:	ABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15	16		1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPOME	TRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/1	984		FECHA (JLTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA [DE UL	TIMA	REGLA	\:/	
	4658798			\mathbf{x}			PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	K	b	R	2	PRE	PNP	90675
	4567	2	LA PERLA			PC	TALLA		$\overline{}$	\searrow	3 Camadania Intranal	P	/~	,	,			00404
9	4567			29			TALLA		△	$^{\sim}$	2 Consejería Integral	Р	V	R	2			99401
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	Ø	R	2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería al personal de la Policía Nacional, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Preexposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPI	RESS)		5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	ОМВ	RE DEL	RESPON	SABLE DI	LA ATENCIÓN
													DN	1					
- /	8	9	11	13	14	15		16	ò	1/	18	19		20)		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMET	TRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPC	DE		VALO	3	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO	OY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI.	AGNO	STIC)	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMIN	NAL	HEMOGL	.OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	A DE NA	CIMIENTO	0: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FE	СНА	DE U	JLTIM	A REGL	A:	/ /
	4658798					1		PESO		N	N	Vacunación Antirrábica Humana IM	P	1) F	3	PRE	PNP	90675
	4567	2	LA PERLA			PC		TALLA		<	\rangle	2 Consejería Integral	ľ	/	∕ R	,			99401
30	4307	J		29 "		1		IALLA		$\overline{}$	$\overline{}$	Consejeria integrai	Р)	⟨∟'	,			99401
		58			F	Pab		НЬ		R		3. Telemonitoreo	_	/	۲.	3			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ((IPRES	S)		5			UNID	AD PROD	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBR	E DEL F	RESPON:	ABLE DE	LA ATENCIÓN
														DNI						
/	8	9	11	13		14	15		16		1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRI) E	VALUACION		ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	D	SEXO	CEFALICO	Y ANTE	ROPOMETRIC	'A	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AL HE	MOGLOBINA					Р	D	R	19	29	3º	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA E	DE NA	CIMIENTO	:_ 15	6/08/1984			FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb://	FEG	СНА	DE UI	LTIMA	A REGL	A:	
	4658798				\searrow			PES	0		N	N/	Vacunación Antirrábica Humana IM	R	\ 	R	1	PRE	RSA	90675
		2	MEGANTONI		/ \	M	PC								/					
2	4567			29	М	/		TALL	.A		X	С	2. Consejería Integral	P	X	R	1			99401
		32			D	F	Pab	H	,		R	R	3. Telemonitoreo	Р	\\ \partial \(\frac{1}{2} \)	R	1			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.



AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)				UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MRRE	DFI R	FSPONS	ARI F DF	LA ATENCIÓN
				(,	,					(DNI						
	8	9	11	13	14	15	1	b	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E			VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPOR	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	HAE	DE UL	TIMA	REGL	A:/	/ /
	4658798			×	\/		PESO		Z	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	×	D	R	2	PRE	RSA	90675
	4567	2	MEGANTONI	I	M	PC	TALLA		\rangle	\rangle	2. Consejería Integral	_	\backslash	R	2			99401
9	4307			29 M	ľ		TALLA		<	^	2. Consejena integral	r	X	n	2			33401
		32		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	$\langle \rangle$	R	2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona de un pueblo indígena u originario, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPR	ESS)	5			UNID	AD PRODI	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL R	ESPONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
	8	9	11	13	14	15	10	ò	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		IPO D			VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	VETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS'	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGI	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA (JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA D	E ULT	IMA	REGLA	:_/	
	4658798	•	MEGANTONI	×	$\Lambda_{/}$	PC	PESO		N	N	Vacunación Antirrábica Humana IM	\times	. D	R	3	PRE	RSA	90675
		2	IVIEGANTONI			PC			/	/			/	,				
30	4567			29 M	」∕ ̄	1 1	TALLA		X	×	2. Consejería Integral	Р	X	R	3			99401
		32		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	X	R	3			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IP	RESS)		5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	OMBR	E DEL	RESPON	ISABLE DI	LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	14	15	5	16	6	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIME	ETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXC	CEFALIO	COY	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOM	IINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	A DE N	ACIMIENT	го: _	15/08/	1984		FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA E	DE UL	TIMA	REGL	A:	
	4658798					1		PESO		N	×	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	PRE	ocu	90675
	4567	2	MEGANTONI	l ľ	и M	PC		TALLA		\c/	_ c `	2. Consejería Integral	P	\ _@ /	R	1			99401
2				29	- / ₋	1 I				\sim			+	λ	_	-			
		32			D F	Pab		Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	¥	R	1			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)		5		UNID	AD PRODU	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	OMBRE	DEL	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15	1	б	1/	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALU.	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	DE		VALOR	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA L	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA D	DE UL	TIMA	REGL	A:/	
	4658798		***********	\times	\bigwedge		PESO		N	N	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	2	PRE	ocu	90675
	4567	2	MEGANTONI			PC	TALLA		\gt	\searrow	2. Consejería Integral	Γ	/^^	R	,			99401
9	4507			29	<u> </u>	1	IALDA		\nearrow	\nearrow	- Consejena integral		X	_^				33 4 01
		32		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	\checkmark	R	2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona que se expone a Rabia Silvestre por su ocupación, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Pre-exposición



AÑO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	SS)					UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	J†	N	OMBR	E DEL	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
									-					DN						
-	8	9	11	13	3	14	1	15	16	ò	1/	18	19	T	20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIM	IETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO			VALOR	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFAL	ICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI	AGNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDON	/INAL	HEMOGI	OBINA				P	D	R	19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACI	ENTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA I	DE NA	CIMIEN	TO: _	15/08/	1984		FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	_ FE	CHA	DE UL	TIMA	REGLA	A:/	/
	4658798			\	×	\setminus			PESO		N	N	1 Vacunación Antirrábica Humana IM	XF	D	R	3	PRE	ocu	90675
30	4567	2	MEGANTONI	20	M,	М	PC	ľ	TALLA	\	Š	9	2. Consejería Integral	P	Vó	R	3			99401
50		32		29	D	F	Pab		Hb	1	R	R	3. Telemonitoreo	P	\Diamond	R	3			99499.10

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN EN RABIA URBANA (Ver Anexo 01)

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er, casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	IPRESS))				UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NC	OMBR	E DEL	RESPON	SABLE DI	LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO E	DE		VALOR	`	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD) 9	EXO	CEFALICO Y	ANTROPOM	IETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECI	HA DE	NAC	IMIENTO: _	15/08/1	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA C	DE UL	TIMA	REGLA	A:/	
	4658798				Δ			DESCO		Z	N	Vacunación antirrábica Humana IM	P	D	R	1	POS		90675
	4567	2	JULIACA		$\sqrt{}$	M	PC	TALLA		,	X	2. Consejería Integral	Xé	D	R	1			99401
2		58		29	D.	À	Pab	Hb		X	R	3. Telemonitoreo	P	%	R	1			99499.10
														V					

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.



AÑO	3 MES	4 NOME	BRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)		5		UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	ОМВ	RE DEL	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	1	.6	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICOY	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA D	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	СНА	DE U	LTIM	A REGL	A:,	
	4658798				<	\ /		PESO		N	N	Vacunación antirrábica Humana IM	×	1	R		POS		90675
					_														
		2	JULIACA		$^{\wedge}$	×	PC	1130		\ \	\ /	,	┲	7	1	Т			
5	4567	2	JULIACA	29	^	×	PC	TALLA		X	X	2 Consejería Integral	P	V	R				99401

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRES!	S)	5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	BRE DE	RESPONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
							•						DNI					
-/	8	9	11	13		14	15	10	5	17	18	19		20		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	,	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPON	//ETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓSTI	:0	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R 19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	HA D	DE NAC	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	HA DE	ULTIN	A REGLA	A:/	/
	4658798				\times	\searrow		PESO		N	N	1. Vacunación antirrábica Humana IM	K	, D	R 3	POS		90675
	4567	2	JULIACA	l	M	X	PC	TALLA		\searrow	\searrow	3 6		$\backslash J$	R 3			99401
9	4567			29	IVI	´ Ì		MLLM			\triangle	2 Consejería Integral		ΙĂ	n 3			334UI
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	$\langle \rangle$	R 3			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 4ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPF	RESS)	5			UNID	AD PRODI	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	OMBR	E DEL	RESPONSAB	E DE LA ATENCIÓN
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	5	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGI	.OBINA				Р	D	R	19	29 3	2
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA (JLTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	HA [DE UI	TIM	REGLA:	/ /
	4658798	_			Λ_{\prime}	1	PESO		N	N	1 Vacunación antirrábica Humana IM	R	D	R	4	POS	90675
	4567	2	JULIACA		ZY.	PC	TALLA		\searrow	\ <u>/</u>	2 Consejería Integral	P	\n.	۱.	4		99401
16	430/			29 "	' <u>/ </u>	1	IALLA		\nearrow	\nearrow	Consejena mtegral	1	ΙX	K	4		55401
		58			F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р		R	4		99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 5ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)	5			UNID	AD PRODU	ICTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	E DEL R	ESPONSABLE [DE LA ATENCIÓN
											DNI					
8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			21	22
D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO D	Σ		VALOR	CÓDIGO
HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPOM	IETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS'	TICO		LAB	CIE / CPT
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29 39	
ES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA U	ILTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E UL	AMIT	REGLA:	
4658798	2	ШИАСА	×		PC	PESO		N	N	Vacunación antirrábica Humana IM	X	О	R	5	POS	90675
4567		JOLIACA	м	u	10	TALLA		\times	\times	2 Consejería Integral	P	\ _\	R	5		99401
			29	1 _				$\langle \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \$	$\langle \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \$			А				
	58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	⟨₽⟩	R	5		99499.10
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA S Y APELLIDOS PACIE 4658798	HISTORIA CLINICA 10 SESTANTE/PUERPERA ETNIA S Y APELLIDOS PACIENTE: 4658798 2	HISTORIA CLINICA 10 12	D.N.L	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA HISTORIA CLINICA 10 12 EDAD SEXO	D.N.L	D.N.L	D.N.L	D.N.L	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA EDAD SEXO PERIMETRO EVALUACION ESTA SER- SESTANTE/PUERPERA ETNIA CENTRO POBLADO SY APELLIDOS PACIENTE: José Palomino (*) FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984 FECHA L 4658798	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA EDAD SENO CEFALICOV ANTIONOMENTAL CURICA 2 10 12 EDAD SENO CEFALICOV ANTIONOMENTAL DISTRITO DE PROCEDENCIA EDAD SENO CEFALICOV ANTIONOMENTAL ANTIONOMENTAL BLEC VICIO DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA VICIO VICIO VICIO PESTA VICIO VICIO VICIO PESTA VICIO VICIO VICIO DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA VICIO PESTA VICIO PESTA VICIO VICIO PESTA VICIO	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA BISTORIA CLINICA 10 12 EDAD SENO CEFALICOY ANTROPOMETRICA BLEC VICIO PIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA VICIO PECHA DE NACIMIENTO: SY APPELLIDOS PACIENTE: José Palomino (*) FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984 FECHA ULTIMO RESULTADO DE His: / / / / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE HIS: / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA HISTORIA CLINICA 10 12 EDAD SEXO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA BILEC VICIO VICIO PAGENTINO RESULTADO DE CANSULTA VICIO PAGENTINO DE PROCEDENCIA BECANTE/PUESPRA ETNIA CENTRO POBLADO SY APELLIDOS PACIENTE: José Palomino (*) FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1984 4658798 2 JULIACA PC PC PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA PESO N N 1. Vacunación antirrábica Humana IM P D SENO CEPALICOY ANTIDOPOMETRICA P D SENO CEPALICOY P D SEN	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA EDAD SEXO CEPALICOY ANTROCOMETRICA ANTROCOMETRICA ANTROCOMETRICA BLEC VICIO VICIO P.D D R TALLA TIPO DE DIMÁGNICISTO VICIO P.O D DIMÁGNICISTO P.O D D. R 4658798 2 JULIACA P.FECHA DE UL P.FECHA DE UL P.FECHA DE JULIACA P.FECHA ULTIMO RESULTADO DE HIS: J. Vacunación antirrábica Humana IM D. R TALLA TALLA TALLA D. R Consejería Integral	D.N.L FINANC DISTRITO DE PROCEDENCIA HISTORIA CLUNICA 10 12 EDAD SENO CEPALICOY ANTIONOMETRICA BLEC VICIO DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA VICIO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO DIAGNÓ	D.N.L

ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA PARA HUMANOS Y VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) 90375
- En el 3er. casillero Consejería Integral 99401
- En el 4to. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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



■ En el 4to. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
- En la 2da fila: queda en blanco.
- En la 3era fila: el número de consejería integral 1 o 2 según corresponda
- En la 4ta fila: el número de Telemonitoreo 1 o 2 según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)				UNID	AD PROD	ЈСТО	RA DE SERVICIOS (UPSS)		NO	MBR	E DEL	RESPO	NSABLE D	E LA ATENCIÓN
						-								DNI						
- /	8	9	11	13	3	14	15	1	6	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		IPO D			VALC		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SNÓS	ГІСО		LAB	1	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA					Р	D	R	19	2º	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA D	E NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	JLTII	MO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA D	E UI	TIMA	A REGL	A:	
	4658798				$oldsymbol{ee}$	\bigvee		₽ES∩		N	\times	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	$\chi_{\!\scriptscriptstyle R}$	0	R	1	POS		90675
2	4567	2	JULIACA	29	м′	M	PC	TALLA	`	\times	С		Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)	Χŀ	D	R				90375
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Integral	P	%	R	1			99401
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA D	E NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	JLTII	MO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA D	E UI	TIMA	A REGL	A:	
					Δ			PEST		\ z	N	1.	Telemonitoreo	P	\searrow	R	1			99499.10
				-	M	_M_	PE	TALLA		с	С	2.		P	Ď	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		Р	D	R				

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)				UNID	AD PROD	UCTO	DRA DE SERVICIOS (UPSS)		NC	MBR	e del	RESPON	SABLE D	LA ATENCIÓN
														DNI						
-/	8	9	11	13	3	14	15	1	6	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E			VALOR	t	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ID.	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGI	LOBINA					Р	D	R	19	29	39	
IOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA E	DE NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	JLTI	MO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA C	E UL	TIM/	REGLA	:/	
	4658798	2	JULIACA	,	X	\searrow	PC	PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM Inmunoglobulina Antirrábica para	X,	D	R	2	POS		90675
5	4567			29	M [′]	_		TALLA		Χę	Χę	2.	Humanos (RIG)	X۲	D	R				90375
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Integral	P	X _e	R	2			99401
ЮМВ	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA D	DE NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	ULTI	MO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA C	DE UL	TIMA	REGL/	k:/	
					Δ			0249		N	N	1.	Telemonitoreo	P.	X,	R	2			99499.10
				-	M	М.	-PC	TALLA		С	С	2.		Р	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		Р	D	R				

Tener en cuenta que la administración de la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) es por indicación médica, se aplica una vez en la vida y sólo se puede administrar hasta antes de la 3era dosis de vacunación antirrábica humana o 7mo día de iniciada la vacunación.

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR EN EL CASO DE UNA RE-EXPOSICIÓN CON ANTECEDENTE DE ESQUEMA VACUNAL COMPLETO

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

En el 1er, casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675



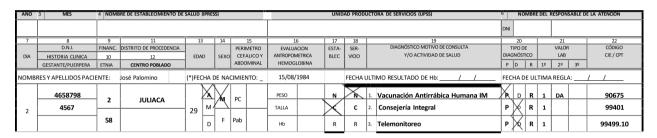
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er, casillero Telemonitoreo 99499.10

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia urbana:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de dosis DA (Dosis adicional)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo.



Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRESS	5)				UNID	AD PROD	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
												DNI	
7	8	9	11	13		14	15	16	;	17	18		
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	R- DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA TIPO DE VALOR CÓDIGO)
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	0	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	O Y/O ACTIVIDAD DE SALUD DIAGNÓSTICO LAB CIE / CPI	Т
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGI	OBINA			P D R 19 29 39	
NOMBR	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECI	HA D	E NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA	HA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/ FECHA DE ULTIMA REGLA:/ _/	
	4658798				Δ			PESO		N	N	1 Vacunación Antirrábica Humana IM P D R 2 DA 9067	5
	4567	2	JULIACA	1	\M\	M/	PC	TALLA		٠	r	2 Consejería Integral P R 2 9940:	1
5	4307			29	Χ.,	V		TALLER		,	٠	2 Consejeria integral	•
		58			Ď/	1	Pab	Hb	`	\times	*	3. Telemonitoreo P D R 2 99499.	.10

TELEMONITOREO PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN EN RABIA SILVESTRE (Ver ANEXO 01)

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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





En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)	5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	OMBR	E DEL	RESPON	SABLE DE	e la atención
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15	16	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON	/IETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGL	.OBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA [DE UI	TIM	A REGL	Α:	
	4658798			×	\langle		PESO		N	W	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	K	D	R	1	POS	zoo	90675
	4567	2	CAHUAPANAS	м		PC	TALLA		\.	/ \	2. Consejería Integral	P	/~		1			99401
2	4367			29 M			IALLA		X	Ľ	2. Consejeria integral	L P	ľX	K	1			33401
		23		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	\₽	R	1			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)	5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	MBR	DEL	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
- /	8	9	11	13	14	15	10	6	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E)E		VALOR	7	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGI	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FEC	HA [E UL	TIMA	REGL	۸:	
	4658798			×	\langle		PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	×	D	R	2	POS	Z00	90675
	4567	2	CAHUAPANAS	l 🕍		PC	TALLA		\searrow	\ <u>\</u>	2. Consejería Integral	P	\n/	R	,			99401
5	4307			29	7		IALDA		$\overline{}$	$^{\sim}$	2. Consejena mitegral		X	^	4			33401
		23		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	\\ <u>\</u>	R	2			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 3era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPR	ESS)		5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	MBRE	DEL I	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
													DNI						
-/	8	9	11	13	14		15	10	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIN	ΛΕΤRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E	DE		VALOR	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFA	LICOY	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDO	MINAL	HEMOGI	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIEN	NTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E UL	TIMA	REGL	A:	/ /
	4658798			>	$\Lambda_{/}$			PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	K	D	R	3	POS	zoo	90675
	4567	2	CAHUAPANAS		<u> Z</u> .,	PC		TALLA		\searrow	\setminus	2. Consejería Integral	P	\p/	R	3			99401
9	4507			29	Υ `	1		TALL.		\nearrow	\nearrow	- Consejena integral	P	X	ı^	3			<i>53</i> 401
		23	I		F	Pab		Hb		R	ь	3. Telemonitoreo	Р	6	R	,			99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 4ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.



AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)				UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NC	MBRE	DEL F	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
				•	,							DNI						
7	8	9	11	13	14	15	10	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO E	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICOY	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E UL	TIMA	REGLA	:/	/
	4658798			Δ			PESO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	Р	D	R	4	POS	700	90675
16	4567	2	CAHUAPANAS	29	M	PC	TALLA		С	С	2. Consejería Integral	χř	D	R	4			99401
10		23		29 D	\wedge	Pab	Hb	`	×r^	×r	3. Telemonitoreo	P	X6	R	4			99499.10
	•			•		•		-				<	\searrow					

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 5ta dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRESS)					UNID	AD PROD	UCTO	ORA DE SERVICIOS (UPSS)		N	OMBR	E DEL	RESPON	SABLE D	e la atención
														DNI						
7	8	9	11	13	1	14	15	16	;	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALU/	ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR	₹ .	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SE	XO	CEFALICOY	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGI	OBINA					Р	D	R	19	29	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECH	HA DE	NAC	IMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	ULTI	IMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	CHA [DE UL	TIMA	REGLA	۸: <u>/</u>	
l	4658798				Δ			PESO		N	N	1.	Vacunación Antirrábica Humana IM	Р	D	R	5	POS	700	90675
	4567	2	CAHUAPANAS		w\-	м/	PC	TALLA		С	С	2.	Consejería Integral	Þ	D	R	5			99401
30		23		29 4	$\langle L L \rangle$	ÇΙ	Pab			_	,	+		47.	٠,	4				
		25			D/	1	PaD	Hb	· `	X	X	3.	Telemonitoreo	P	X 6	R	5			99499.10
									,				•	,	\bigcirc					

ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA PARA HUMANOS Y VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR

En el caso se adicione la indicación de suero o inmunoglobulina antirrábica:

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

- En el 1er. casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) 90375
- En el 3er. casillero Consejería Integral 99401
- En el 4to. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er, casillero "P"
- En el 2do. casillero siempre "P"
- En el 3er. casillero "D"
- En el 4to, casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1, 2, ...,
 - El tipo de esquema POS (Post-exposición)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: queda en blanco.
- En la 3er fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 4ta fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición por riesgo a Rabia Silvestre.



AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRES	is)			UNID	AD PRODU	ICTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NO	MBR	E DEL	RESPON	ISABLE D	E LA ATENCIÓN
											DNI						
/	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D			VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO	_	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	15/08/1984		FECHA L	ILTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC	HA D	E U	LTIM.	A REGL	A:	
	4658798	2	AMAZONAS		X	PC	BESO	N	\times	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	X	D	R	1	POS	700	90675
2	4567	2	AIVIAZONAS	29 M	_ IVI	PC	TALLA	X	С	Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG)	X	D	R				90375
		7		D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Integral	P	X	R	1			99401
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	15/08/1984		FECHA L	ILTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA D	E U	LTIM	A REGL	A:	
				Δ			DESCO	N	N	1. Telemonitoreo	Р	X	R	1			99499.10
				M	_М_	PE	TALLA	С	С	2.	Р	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Р	D	R				

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la Inmunoglobulina Antirrábica para Humanos (RIG) y la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD ([IPRESS])				UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NC	OMBR	E DEL	RESPON	ISABLE D	e la atención
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	D 9	EXO	CEFALICO Y	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGI	LOBINA				Р	D	R	19	2º	39	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	HA DE	E NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FE	CHAI	DE U	LTIM	A REGI	A:	/_/
	4658798				Δ			DESCO		N	N	1. Vacunación Antirrábica Humana IM	Р	D	R	,	POS	700	90675
	4567	2	AMAZONAS	1		M/	PC	TALLA		c	С	Inmunoglobulina Antirrábica para	1	D	R				90375
5	4307			29	~~	Х		IALLA				L. Humanos (RIG)	$\langle \rangle$		'n				30373
		7			D/	F\	Pab	Hb		\times	\times	3. Consejería Integral	<u>√</u>	D	R	2			99401
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	HA DI	E NA	CIMIENTO:	15/08/	1984		FECHA	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	FE	HAM.	DE U	LTIM	A REGI	A:	
					۸			DESO		2	N	1. Telemonitoreo	P	\ _ _	R	,			99499.10
					м	М	PC	TALLA		·	·	2.	Р	X	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				

Tener en cuenta que la administración de la Inmunoglobulina Antirrábica Humana es por indicación médica, se aplica una vez en la vida y sólo se puede administrar hasta antes de la 3er dosis de vacunación antirrábica humana o 7mo día de iniciada la vacunación.

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA INTRAMUSCULAR EN EL CASO DE UNA RE-EXPOSICIÓN CON ANTECEDENTE DE ESQUEMA VACUNAL COMPLETO.

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

- En el 1er, casillero Vacunación antirrábica Humana IM 90675
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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

En el ítem LAB. Anote

- En la 1era fila: en caso de rabia silvestre:
 - El número de dosis a vacunar 1 o 2
 - El tipo de dosis DA (Dosis adicional)
 - Según el ciclo de rabia ZOO (Rabia Silvestre)
- En la 2da fila: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En la 3era fila: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda



Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 1era dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo, por riesgo a Rabia Silvestre.

							<u> </u>										
ANO	3 MES	4 NOME	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRES	SS)				UNID	AD PROD	JCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	MBRE DI	L RESPON	SABLE DI	LA ATENCION
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	1	6	17	18	19	\neg	20		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALU	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	TIPO DE		VALO	3	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPO		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓSTI	:0	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA		<u> </u>		P	D	R 1	20	3º	
NOMBI	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA I	DE NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/_/	FEC	HA DE	ULTII	MA REGL	A:	
	4658798	2	AMAZONAS	A M	X	PC	PESO		N	X.	Vacunación Antirrábica Humana IM	X	Ь	R :	L DA	Z00	90675
2	4567			29 🔤			TALLA		K	C	2. Consejería Integral	P	K.	R :	L		99401
		7		D	F	Pab	Hb		R	R	3. Telemonitoreo	P	M	R :	ι		99499.10

Telemonitoreo mediante consejería a la persona, para que acuda al Establecimiento de Salud y reciba la 2da dosis de Vacunación Antirrábica Humana IM, Post-exposición, con antecedente de esquema antirrábico humano completo, por riesgo a Rabia Silvestre.

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (IPRE	SS)					UNID	AD PROD	ICTORA DE SERVICIOS (UPSS)		N	OMBR	DEL I	RESPON	SABLE DE	e la atención
													DN						
7	8	9	11	13	14	15	5	16	5	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIME	ETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR	t	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALI	ICOY	ANTROPON	VIETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DI.	AGNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOM	IINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECHA	DE NA	CIMIEN	TO: _	15/08/	1984		FECHA I	JLTIMO RESULTADO DE Hb: //	_ FE	CHA [DE UL	TIMA	REGLA	:/	/
	4658798			X	\bigvee			DESC		N	N	Vacunación Antirrábica Humana IM	χ	D	R	,	DΔ	700	90675
_	4567	2	AMAZONAS	29 M	/M	PC		TALLA	`	\times	X	2. Consejería Integral	P	M	R	2			99401
3		7		29 D	F	Pab		Hb		R	R	3. Telemonitoreo	Р	X	R	2			99499.10

> TELEMONITOREO

Responsable de la actividad: el encargado de la observación del animal mordedor o el responsable de Zoonosis del Establecimiento de Salud.

TELEMONITOREO DE LA OBSERVACIÓN DEL ANIMAL MORDEDOR EN RABIA URBANA

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura de perro W540 o
 - ✓ Mordedura de gato W550
- En el 2do casillero Animal observado C5092
- En el 3er, casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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

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



AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)		5		UNID	AD PROD	UCTO	DRA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBR	E DEL	RESPON	SABLE DE	LA ATENCIÓN
														DNI						
/	8	9	11	13	3	14	15	1	ь	1/	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOF	t	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICOY	ANTROPOL	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOG	LOBINA					Р	D	R	19	2º	39	
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA D	E NA	CIMIENTO: _	15/08/	1984		FECHA	ULTII	MO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA I	DE UI	LTIMA	REGLA	A:/	
	623745	2	HUACHO		X	K	PC	PESO		N	X	1.	Mordedura de perro	Р	D	X				W540
٠,	4567	-	ПОАСПО	35	M)	$\nearrow \setminus$		TALLA		\ç/	c `	2.	Animal observado	Р	Ø	R	1	AS		C5092
2		58		33	D	F	Pab	Hb		R	R	, 3.	Telemonitoreo	Р	Q	R	1			99499.10

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

			,																		
AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRE	SS)		5			UNID	AD PROD	исто	RA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL F	ESPONS	ABLE DE I	a atención
															DNI						
/	8	9	11	1	3	14		15	16	5	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIN	METRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	ND.	SEXO	CEFAI	LICOY	ANTROPOL	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	3NÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOI	MINAL	HEMOGI	OBINA					Р	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FE0	CHA I	DE NA	CIMIEN	ITO: _	15/08/	1984		FECHA	ULTII	MO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA D	E UL	ГІМА	REGLA	:/_	
	623745	2	HUACHO		X	\searrow	PC		PESO		N	N	1.	Mordedura de perro	Р	D	\times				W540
-	4567	-	HOACHO	35	M	\nearrow	1.0		TALLA		\times	\times	2.	Animal observado	Р	ø	R	2	AS		C5092
,		58		33	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	Р	Ŷ	R	2			99499.10

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

		_																			
AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	SS)		5			UNID	AD PROD	UCTO	RA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL R	ESPONS	ABLE DE L	A ATENCIÓN
															DNI						
/	8	9	11	1	3	14	1	5	16	5	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIM	ETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		IPO E	Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	ND.	SEXO	CEFAL	ICOY	ANTROPOL	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDON	IINAL	HEMOGI	.OBINA					Р	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FE0	CHA [DE NA	CIMIEN	TO: _	15/08/	1984		FECHA	ULTII	MO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA D	E UL	ΓΙΜΑ	REGLA:	/_	/
	623745	2	HUACHO		X	\searrow	PC		PESO		N	N	1.	Mordedura de perro	Р	D	X				W540
42	4567				M	\nearrow			TALLA		\times	> <	2.	Animal observado	Р	√g⁄	R	3	PA		C5092
12		58		35	-		2-1-				\sim	\sim	+		+-	X	_	\vdash		-	
		58			D	١,	Pab		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	Р	\D	R	3			99499.10

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

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD	(IPRES	S)		5			UNID	AD PROD	исто	RA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL R	ESPONSABLE	DE LA ATENCIÓN
															DNI					
7	8	9	11	13	3	14	15		16	5	17	18		19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETR	10	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO E	Œ		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	.D	SEXO	CEFALICO	Υ	ANTROPO	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SNÓS	TICO		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AL	HEMOGL	OBINA					Р	D	R	19	29 39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FEC	CHA E	E NA	CIMIENTO:	:_	15/08/	1984		FECHA	ULTII	MO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA D	E UL	ГІМА	REGLA:	<i></i>
	623745	,	IIIIAGUO		\bigvee	\searrow	PC		PESO		N	N	, 1.	Mordedura de perro	Р	D	X			W540
	4567		HUACHO	1	M	Х,	PC		TALLA		\searrow	\searrow	,	Animal observado	D	\ 0 /	R	3	SR	C5092
12	7307			35	.41	/ \		L	· ALLA		\sim	<u> </u>		Allilliai Objet vado	٠.	IX.	"	,	JI.	CJ032
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	Р	\ <u>\frac{1}{2}</u>	R	3		99499.10

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

AÑO	3 MES	4 NOMB	RE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRESS	5)		5			UNID	AD PROD	UCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	N	OMBI	RE DEL	RESPO	NSABLE DE	la atención
														Df	ı					
7	8	9	11	13		14	15		16)	1/	18	19		20			23		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	J			PERIMET	RO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD) !	SEXO	CEFALICO	ΟY	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D	AGN	STICC	1	LAI	3	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMIN	IAL	HEMOGL	OBINA					D	R	19	2º	3º	
ОМВР	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE:	José Palomino	(*)FECI	HA DI	E NAC	IMIENTO): _	15/08/	1984		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FE	СНА	DE U	LTIM.	A REGI	A:/	
	623745	•	ниасно		\mathbf{X}	\checkmark	PC		PESO		N	N	1. Mordedura de perro	F		×	1			W540
	4567		HUACHU	1 ľ	M.	\sim	PC		TALLA		\searrow	\	2. Animal observado		Æ	ľκ	Ìą	мо	_	C5092
12	-1507			35		'		L			$\angle ^{\sim}$		7		_,Σ	Ψ.,	Ŭ			
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. Telemonitoreo		· K) R	3			99499.10



ANEXO 01: Esquema de tratamiento POST-EXPOSICIÓN³

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

³ NTS № 131-MINSA/2017/DGIESP NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. HUMANA EN EL PERÚ aprobada con Resolución Ministerial RM 024-2017/MINSA



ANEXO 2: DIAGNÓSTICOS CIE-10

CODIGO	DIAGNOSTICOS
S010	Herida del Cuero Cabelludo
S011	Herida del Parpado y de la Región Periocular
S012	Herida de la nariz
S013	Herida del oído
S014	Herida de la mejilla y de la región temporomandibular
S015	Herida del labio y de la cavidad bucal
S017	Heridas Múltiples de la Cabeza
S018	Herida de otras partes de la cabeza
S019	Herida de la Cabeza, parte no Especificada
S110	Herida que compromete la laringe y la tráquea
S111	Herida que compromete la glándula tiroides
S112	Herida que compromete la faringe y el esófago cervical
S117	Heridas múltiples del cuello
S118	Heridas de otras partes del cuello
S119	Herida de Cuello, parte no Especificada
S200	Contusión de la mama
S201	Otros traumatismos superficiales y los no especificados de la mama
S210	Herida de la mama
S211	Herida de la pared anterior del tórax
S212	Herida de la pared posterior del tórax
S217	Herida Múltiple de la Pared Torácica
S218	Herida de otras partes del tórax
S219	Herida del Tórax, parte no Especificada
S310	Herida de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S311	Herida de la Pared Abdominal
S312	Herida del pene
S314 S315	Herida de la vagina y de la vulva Herida de otros Organos Genitales Externos y de los no Especificados
S317	Heridas Múltiples del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S318	Heridas de otras partes y de las no especificadas del abdomen
S410	Herida del Hombro
S411	Herida del Brazo
S417	
S510	Heridas Múltiples del Hombro y del Brazo Herida del Codo
S517	Heridas Múltiples del Antebrazo
S518 S519	Herida de otras partes del antebrazo Herida del Antebrazo, parte no Especificada
S610	Herida de dedo (s) de la Mano, sin daño de La (s) Una (s)
S611	Herida de dedo (s) de la Mano, con daño de La (s) Una (s)
S617	Heridas Múltiples de la Muñeca y de la Mano
S619	Herida de la Muñeca y de la Mano, parte no Especificada
S710	Herida de la Cadera
S711	Herida del Muslo
S717	Heridas Múltiples de la Cadera y del Muslo
S718	Herida de otras partes y de las no Especificadas de la Cintura Pélvica
S810	Herida de la Rodilla
S817	Heridas múltiples de la pierna
S819	Herida de la pierna, parte no especificada
S910	Herida del Tobillo
S911	Herida de dedo (s) del Pie sin daño de La (s) Una (s)
S912	Herida de dedo (s) del Pie con daño de La (s) Una (s) Herida de otras partes del pie
S913 S917	Herida de otras partes del pie Heridas Múltiples del Tobillo y del Pie
T010	Heridas Multiples dei Tobillo y dei Pie Heridas que afectan la cabeza con el cuello
T010	Heridas que afectan la cabeza con el cuello Heridas que afectan el tórax con el abdomen, la región lumbosacra y la pelvis
T011	Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es)
T012	Heridas que afectar multiples regiones del (de los) miembro(s) inferior(es) Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) inferior(es)
T016	Heridas que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es) con miembro(s) inferior(es)



UNIDAD FUNCIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

> TELECONSULTA

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

Teleconsulta a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

Para ambas actividades marque tipo "D"

Item Lab:

- En la 1° Fila: Registre el grado de severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 2° Fila: " " (vacio)

Código CIE/CPT:

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

Ejemplo de Teleconsulta Sincrona niño con anemia:

ANO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	JD (IPI	RESS)				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	0	NO	MBRE D	EL RESP C	NSABLE	DE LA A	TENCION
												DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA		TIPO [DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D			ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB		CIE/CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO	1			ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	38	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
	NES I AFELLIDOS FACILIVIE.			(*)FEC	HA D	E NAC	IMIENTO:	1 1		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA D	E ULTI	MA RE	GLA:	1 1	
	46284620	1	VMT	(*)FECI	HA D	ENAC	PC	PESO	N		ULTIMO RESULTADO DE Hb:/ /	FEC P	HA D	E ULTI	MA REG	GLA:	/ /	D509
5		1	VMT	(*)FECI		NE NAC		PESO	N				∇	1		GLA:	/ /	D509 99499.01

TELEORIENTACIÓN

Teleorientación a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

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

Item LAB:

Para ambas actividades " " (vacío)

Código CIE/CPT:

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



Ejemplo de Teleorientación a niño con anemia:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (IF	PRESS)				- 1	UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE D	E LA ATE	NCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.L	FINANC.	PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACIO	ON I	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPOD	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMET	TRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D IA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOB	SINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DI	ENAC	IMIENTO:	1 1	_		FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHb://	FECH	IA DE	ULTIN	IA REGI	A:/	- /	
	46284620		VMT		A	\setminus	PC	PESO		N	N	1. ANEMIA	Р	D	\times				D509
	123456	1	VIVII			ľ	PC	TALLA		\checkmark	\searrow	2. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	\n/	R				99499.08
														\D/	r.				99499.08
2	123456			8	×	′	Pab			/ \	$/ \setminus$			I X					

Teleorientación a niños sin anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

Para ambas actividades marque tipo "D"

Item LAB:

Para ambas actividades " " (vacio)

Código CIE/CPT:

En la 1º Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro

■ En la 2° Fila: 99499.08 Teleorientación.

Ejemplo de Teleorientación a niño sin anemia:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	LUD (IP	RESS)					UNIDAD	PRO	DUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA A	TENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN C IA				PERIMETI	RO EV	VALUACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND .	SEXO	CEFALICO	Y ANTE	ROPOMETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMIN	AAL HEI	MOGLOBINA					Р	D	R	19	29	32	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DE			1		FECH/	, UL	TIMO RESULTADO DE Hb: ///	FECH	HA DE	ULTIN	IA REG	LA:	/ /		
	46284620				\searrow	\bigvee	PC	PE	so	N	N	1.	ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.	Р	X	R				Z298
1	123456	1	VMT	7	м	<u> </u>	PC	TAL	LA	X	X	2	TELEORIENTACION SINCRONA	Р	λ	R				99499.08
1 '				l '	H					Y-1	/ - \	┰		H	/- '	+	-	 	\vdash	
	2456				D	F	Pab	н	b	R	R	3.		Р	D	R				

> TELEMONITOREO

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

Telemonitoreo a niños con anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

Tipo de Diagnóstico:

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

Item LAB:

■ Para ambas actividades " " (vacio)



Código CIE/CPT:

■ En la 1° Fila: D509 (Anemia por deficiencia de hierro)

■ En la 2° Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de Telemonitoreo a niño con anemia:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALL	ID (IPRE	(22	5				INIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MRRF D	EL RESPO	NSΔRIF	DF IA A	TENCIÓN
					(,						(4-4)	DNI	<u> </u>					
7	8	9	11	13	1	4	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA			PI	ERIMETRO	EVALUAC	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPOD	Æ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SE		EFALICO Y	ANTROPOM	-	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D IA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			AE	BDOMINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	32	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE N	ACIMIE	ENTO:	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	IA DE	ULTIN	A REGL	A:	/ /	
	46284620				Α.	. [.	,	PESO		N	N	1. ANEMIA	Р	D	\mathbf{k}				D509
١.	123456	1	VMT	_ `	X/-	W P	c	TALLA		×	\searrow	2. TELEMONITOREO	Р	\p/	R				99499.10
1				7 ₄	$\langle \gamma \rangle$	ĸ/lpa	nda .			\angle	$\langle \ \rangle$		_	X	<u> </u>				
	2456				D /	7.	au	Hb		R	R	3.	P	D.	R				

Telemonitoreo a niños sin anemia:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

En la 1° Fila: Administración de Suplementos de Hierro.

• En la 2° Fila: Telemonitoreo.

Tipo de Diagnóstico:

Para ambas actividades marque tipo "D"

Item LAB:

Para ambas actividades " " (vacio)

Código CIE/CPT:

• En la 1° Fila: Z298 Administración de Suplementos de Hierro

• En la 2° Fila: 99499.10 Telemonitoreo

Ejemplo de Telemonitoreo a niño sin anemia:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DDE SALU	D (IPF	RESS)	-				UNIDADI	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	IBRE DE	LRESPO	ONSABLE	DE LA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI)		CEFALICO Y	ANTROPON		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE/CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	3₽	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	CIMIENTO: _	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHIs: / /	FECH	HA DE	ULTI	MA RE	GLA:_	/ /	
	46284620	1	VMT		А	* <	PC	PESO		N	N	ADMINISTRACION DE SUPLEMENTO DE HIERRO.	Р	X	R				Z298
	123456] , [$\overline{}$	$/ \setminus$		TALLA		\checkmark	\checkmark	2. TELEMONITOREO	D	$\langle \cdot \rangle$	R				99499.10
1.	123456			l' L	Ä			IALLA		\triangle	\wedge	2. TEEEMONTOREO		X					99499.10
	2456				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				



SALUD BUCAL

> TELEINTERCONSULTA:

Registro de Teleinterconsulta Síncrona que realiza un profesional de salud a otro profesional de salud con la finalidad de determinar el diagnóstico definitivo.

1. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTANTE,

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

- En el 1er casillero: se registra el Diagnóstico PRESUNTIVO.
- En el 2do casillero: se registra **Teleinterconsulta Síncrona.**

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico Presuntivo (P).
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

• En el 2do casillero del 1er campo LAB registre el Número "1".

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PRESS)					UNID	AD PR	DDUCT	ORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE I	DEL R	ESPON	ISABL	E DE LA	ATENC	ÓN	
2020	JULIO		CENTRO DE SALUD DE	CHUCUI	то						ODG	ONTOLOGÍA	DNI	45178357			RA	FAELLA	MEND	OZA ACI	RO
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETE	EVAL	UACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO	DE CONS	ULTA	Т	IPO DE			VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAE)		CEFALICO ABDOM IN	Y	ICA GLOBINA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD	DE SALUI)	DIAG	SNÓST	CO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/P UERP ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMO	GLOBINA						Р	D	R	1*	2*	3*	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	nte: Jua	n palomino benavente		(*)FE	CHA DI	E NACIM	ENTO:	/_	/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:	/ /	FEG	CHAD	E ULT	TIMA R	EGLA:		
	84263578	2	CHUCUITO		Α		PC	PESO		N	N	Fisura del Paladar duro, Bilat	eral		X	D	R				Q350
5	84263578		41000110	,	W,	$\nearrow \downarrow$		TALLA		\times	X	2. Teleinterconsulta Síncrona o	en líne	ea	P `	VQ/	R	1			99499.11
		59		7	D	F	Pab	Hb		R	R	3.			Р	Ô	R				

2. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTOR,

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

- En el 1er casillero: se registra el Diagnóstico DEFINITIVO.
- En el 2do casillero: se registra Teleinterconsulta Síncrona.

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico Definitivo (D).
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

En el 2do casillero del 1er campo LAB registre el Número "2".

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I	PRESS)						UNID	AD PRO	DUCT	ORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE	DEL RE	SPON	SABL	DELA	ATENCIO	ŃΝ	
2020	JULIO		INSTITUTO DE SALUD	DEL NI	ÑO							OD	DNTOLOGÍA	DNI	09915382				AURELI	OPEÑA	RAMOS	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIN C	2	EVALUA	CION	L I	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO	DECONS	ULTA	т	IPO DE	•		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND .	SEXO	CEFAL	LICOY	ANTROP	OMET A	ESTA- BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD	DE SALUE)	DIAG	SNÓST	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERP ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	- F	HEM OGL	.OBINA						Р	D	R	1°	2*	3°	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE: Jua	IN PALOMINO BENAVENTE		(*)FE	CHA D	e nac	IMIENT	го:	/	/		FECHA ULTIMO RESULTADO D	Hb:_	/_/	FEC	HA D	E ULT	IMA R	EGLA:	/	
	84263578	2	BREÑA		Α	\bigvee	PC		PESO		\times	X	1. Fisura del Paladar duro y del Pa	ladar Bl	ando, Unilateral	Р	X	R				Q355
5	84263578			,	M	$\angle \setminus$			TALLA		C	Ĺ	Teleinterconsulta Sincrona d	en line	a	Р	Ŋ/	R	2			99499.11
		59		-	D	F	Pab	F	Hb		R	R	3.		-	Р	D	R				



> TELEORIENTACIÓN:

Se realiza la Teleorientación Síncrona al usuario de salud y se le brinda la recomendación, orientación o consejería sobre el problema de salud bucal a través de una comunicación directa (en Línea).

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

 En el 1er casillero: se registra Teleorientación Síncrona, si la Teleorientacion se realizó a través de una comunicación directa con el usuario.

En el ítem correspondiente a: Tipo de diagnóstico:

■ En el 1er casillero: marca con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a: Valor LAB:

■ En el 1er casillero del 1er campo LAB. registre la sigla "SBU"

Registro de la Teleorientacion, cuando el usuario de salud requiere una atención que finalice con una derivación del usuario para una atención por urgencia odontológica a un establecimiento de salud

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I	PRESS)					UNID	AD PRO	DUCT	ORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE D	EL R	ESPON	ISABLI	DE LA	ATENCIÓ	N	
2020	JULIO		CENTRO DE SALUD DE	YANGA	ıs						OD	ONTOLOGÍA	DNI	49578621			c	ARMEN	PALACI	OS ROJA	AS
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMET O	E)	VALUACION NTROPOMET	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO	DE CONS	ULTA	7	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAE)	SEXO	CEFALICO ABDOMIN	J Y	RICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD D	E SALUD		DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTA NTE/P UERP ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HE	MOGLOB INA						Р	D	R	1°	2°	3"	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE: ALB	ERTO TECO MORAN		(*)FE	CHA E	DE NACIM	IIENTO):/	/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:	/ /	FEC	HA D	E ULT	IMA R	EGLA: _		/
	78010217	10	SANTA ROSA DE QUIVES		X	V	PC	PE	:SO	N	N	1. Teleorientación Síncrona			Р	\nearrow	R	SBU			99499.08
4				14	М	\triangle		TAL	.LA	С	С	2.			Р	D	R				
		59			D	F	Pab	н	Hb	R	R	3.			Р	D	R				

Se brinda los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, a través de la Teleorientacion Síncrona (comunicación directa con el usuario de salud - en línea), en el caso de que se disponga la entrega de una pasta dental fluorada y un cepillo dental, se realizará la receta correspondiente y las coordinaciones para la entrega de estos productos sanitarios al usuario de salud.

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

- En el 1er casillero: se registra Instrucción de higiene oral.
- En el 2do casillero: se registra Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
- En el 3er casillero: se registra Teleorientacion Síncrona, si la Teleorientacion se realizó a través de una comunicación directa con el usuario.

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

• En todos los casilleros: marque con un aspa (X) en todos los campos (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 1er y 2do casillero en los campos LAB "no se registran siglas ni números".
- En el 3er casillero del 1er campo LAB registre la sigla "SBU".

Registro de la se le brinda al usuario de salud, los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.



AÑO	MES	NOMBRE I	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I	PRESS)					UNIE	AD PRO	DUCTO	RA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBREI	DEL RE	SPON	SABLE	DE LA	ATENCIÓ	N	
2020	JULIO		CENTRO DE SALUD D	E BREÑ.	Ą						ODC	ONTOLOGÍA	DNI	40852471				LUIS	ASTRO I	OPEZ	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME O	EΛ	/ALUACION		SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO	DECONSU	JLTA	TI	IPO DI			VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D		CEFALIC	<i>J</i> 1	TROPOMET		VICIO	Y/O ACTIVIDAD I	DE SALUD		DIAG	NÓS	псо		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HE	M OGLOB INA						Р	D	R	1°	2*	3*	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE: ALE	XIA GUTIERREZ CHAVEZ		(*)FE	CHA D	e nacim	IENTO:	/	/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:		FECH	IA DE	ULTI	MARE	GLA:_	_/	
	85860352	,	UMA		X		PC.	PES	50	N	N	1. Instrucción de higiene oral (I			Р	X	R				D1330
		2	LIVIA		м.	IVI	PC	TAL	14	C	_	Asesoría nutricional para el c 2.	ontrol d	e enfermedades	D	$\langle \rangle$	R				D1310
7				7	141 6	\setminus		IAL		Ľ	Č	dentales			Ĺ	X	ľ				51310
		59			D	X	Pab	Н	b	R	R	3. Teleorientación Síncrona			Р	\\ <u>\</u>	R	SBU			99499.08

> TELEMONITOREO:

Registro de Telemonitoreo cuando se realiza a un paciente continuador a quien previamente se le efectuó una atención de urgencia odontológica en el establecimiento de salud

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

- En el 1er casillero: se registra el diagnóstico concluyente de la urgencia odontológica atendida en el establecimiento de salud.
- En el 2do casillero: se registra Telemonitoreo

En el ítem correspondiente a Tipo de diagnóstico:

- En el 1er casillero: marque con un aspa (X) en el campo tipo de Diagnóstico REPEPTITIVO (R)
- En el 2do casillero: marque con un aspa (X) en el casillero (D).

En el ítem correspondiente a Valor LAB:

- En el 1er casillero en los campos LAB "no se registran siglas ni números".
- En el 2do casillero del 1er campo LAB registre la sigla "SBU".

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I	PRESS)						UNID	AD PRO	DUCT	ORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE I	DEL RE	SPON	SABL	E DE LA	ATENC	IÓN	
2020	OUUL		CENTRO DE SALUD D	E YANA	ıs							OD	ONTOLOGÍA	DNI	49578621			EI	RNESTO	AVALO	OS CAMP	os
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				(METR		JACION		SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO	DE CONSU	JLTA	Т	IPO D	E		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFAI			POMET ICA	ESTA- BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD	DE SALUD		DIAG	NÓST	ICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	-	HEM O	GLOB INA						Р	D	R	1"	2*	3*	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE: RIC	ARDO SOTO CAMPOS		(*)FI	ECHA I	DE NA	CIMIE	NTO:		/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:		FEC	CHA E	DE UI	TIMA	REGL	A:	//
	76216758	2	YANAS		X		PC		PESO		N	N	1. Alveolitis del Maxilar			Р	D	\times	1			K103
4				17	М	\triangle			TALLA		X	X	2. Telemonitoreo			Р	×	R	SBU			99499.10
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	3.			Р	D	R				

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I					UNII	DAD PR	ODUC"	'ORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020	JULIO	CENTRO DE SALUD ACOMAYO									OI	ONTOLOGÍA	DNI	43428621	MARIA QUISPE BURGOS							
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				0		EVALUACION		SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE		VALOR		CÓDIGO		
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND .	SEXO	CEFALK	COY		ESTA- BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD	DE SALUD		DIAC	3NÓS1	ГІСО		LAB	CIE / CPT		
	GESTA NTE/P UERP ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	L HEM OGLOB							Р	D	R	1°	2° 3°			
NOMBE	res y apellidos paciei	NTE: MAI	nuela huertas valdés		(*)FE	CHA [DE NACI	MIENT	TO:/_	/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:		FEC	CHAC	DE UL	ΓΙΜΑΙ	REGLA:	<i></i>		
	86512479	2	ACOMAYO		X	М	PC	ı	PESO	N	N	1. Abceso periapical con fístula	1		Р	D	\times			K046		
12						14	M			T	ALLA	\times	\times	2. Telemonitoreo			Р	X	R	SBU		99499.10
		59			D	X	Pab	F	НЬ	R	R	3.			Р	D	R					

AÑO	MES	NOMBRE	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ()				UNIC	DAD PR	DDUCT	ORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2020	DO JULIO CENTRO DE SALUD SORITOR								ODONTOLOGÍA DNI 49125621							GABRIEL DUARTE MONTA						
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIM E	E\	EVALUACION ANTROPOMET ES		SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA				TIPO D	E		ALOR	CÓDIGO		
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED	AD	SEXO	CEFALIC	LICOY		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD	DE SALUI	D	DIA	GNÓST	100		AB	CIE / CPT		
	GESTA NTE/P UERP ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HE	M OGLOB INA						P D R			1" 2" 3"				
NOMBE	RES Y APELLIDOS PACIE	NTE: AN	TONIO QUINTANA AGÜERO		(*)F	ECHA I	DE NACI	MIENTO	D:/_	/		FECHA ULTIMO RESULTADO DE	Hb:		FE	CHA	DE UI	LTIMA RE	GLA:			
	22010217	2	SORITOR		X	\bigvee	PC	PE	ESO	N	N	1. Pulpitis Aguda			Р	D	\times	1 1		ко40		
9					м	<u>/ \</u>		TAL	LLA	\times	×	2. Telemonitoreo			Р	\searrow	R	SBU		99499.10		
		59		1	\vdash	-	Pab	-		$\langle \cdot \rangle$					├	\sim	⊢	+ +				
		39			D	r	Pab	н	-lb	R	R	3.			Р	D	R					



SALUD MENTAL

> TELECONSULTA

Para el diagnóstico:

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (PRESS)		h		UNI	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	ОМ	BRE C	EL RES	SPONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20		Ш	21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			DE	VALOR			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA		vido	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓSTICO			LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO		L	HEMOGLOBINA	DBINA			Р	D	R 19 29		3º			
NOM	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _						1 1	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	СНА	DE U	LTIMA	A REGL	.A:	/ /
	98251652	2	ATE		Λ	PC	PESO	N	N	1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	Р	\rangle	R				F33.1
			AIL		1Δ	r c		\ /		EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO		(7				
18	56975			28 M	/	1	TALLA	ΙX	JX	2. DETRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO			R				99214.06
		58		D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	Ş	R				99499.01

Sesiones de psicoterapia individual

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

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

- En el 1er casillero: Anote el diagnóstico al cual se concluyó durante la Teleconsulta
- En el 2do casillero: Anote Psicoterapia individual
- En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IF	PRESS)		-		UNIE	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	OME	BRE D	EL RES	PONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO E	Œ		VALC	ıR	CÓDIGO
DIA	DIA HISTORIA CLINICA 10 GESTANTE/PUERPERA ETNIA		HISTORIA CLINICA 10 12 EDAD SEXO		CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	TRICA BLEC		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTIC		TICO	CO LAB			CIE / CPT	
			CENTRO POBLADO	ABDOMING L			HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO:				CIMIENTO:	1 1	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	НА	DE L	ILTIN	1A R	GLA:		
	98251652	2	ATE	\times	V	PC	PESO	N	N	1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO	Р	D	X				F33.1
18	56975	58		35 M	\bowtie		TALLA	X	X	2. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	Р	X	R	3			90834
				D	F	Pab	НЬ	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	×	R				99499.01

Sesiones de psicoterapia familiar

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

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

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



En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IPRESS)					UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	OME	SRE DI	EL RE	SPON	ISABLE D	DE LA ATENCIÓN
												DN				$ lab{1}$		
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			2:	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACI	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO [Œ	П	VAL	.OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOME	ETRICA	BLEC	VIGO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	AGNÓS	TICO		LA	B	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	15	29	9 39	
NON	MBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /	/	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	CHA	DE UI	LTIN	1A RI	EGLA:	/ /
	98298652	2	LA VICTORIA		1	PC	PESO		N	N	TRASTORNO DEANSIEDAD GENERALIZADA	Р	D	\times	1			F44.1
18	58975			31 M			TALLA	,	\times	\times	2. PSICOTERAPIA FAMILIAR	Р	X	R	3	-		96100.01
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	×	R	Ī			99499.01

Sesiones de terapia del lenguaie

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

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

■ En el 1er casillero: Anote diagnóstico del usuario

• En el 2do casillero: Anote Terapia del lenguaje

• En el 3er casillero: Anote Teleconsulta en Línea.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

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

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUE	(IPR	ESS)					UNI	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	1	MOME	BRE D	EL RE	SPON	ISABLE D	DE LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			2	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	1	TIPO E	DE		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	9	SEXO	ABDOMINA	ANTROPON		BLEC	viao	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LA	В	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECH	IA DE	E NAC	IMIENTO:	1	/		FECH	IA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA	DE U	LTIM	IA RE	GLA:_	/ /
	98298652	2	LA VICTORIA		$^{\wedge}$		PC	PESO		Z	N	1. TRASTORNO DELENGUAJE YPRONUNCIACIÓN	Р	D	×				F80
18	58975			5	м	\triangle		TALLA		X	X	2. TERAPIADEL LENGUAJE	Р	X	R	2			Z50.5
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTAENLINEA	Р	×	R				99499.01

> TELEINTERCONSULTA

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

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



TELEINTERCONSULTANTE:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IF	PRESS)		5		UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	ЮМВ	RE DE	L RESF	PONSA	BLE DE LA	ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	rico		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	1 1		EECH/	AULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FFC	HA D	E UL	TIM	4 REG	LA:/	
									LCI								
	98298652	2	LIMA	X	м	PC	PESO	N	N	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	Р	X	R				F33.1
18	98298652 58975	2	LIMA	22 M	м	PC	PESO TALLA	N		TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO	+	$\left\langle \cdot \right\rangle$	R R	1			F33.1 99499.11

TELEINTERCONSULTORA:

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IF	RESS)		i.		UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	ОМВ	RE DE	L RES	PONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	IPO D	E		VALC	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓST	ICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NON	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NAC	IMIENTO:	/ /	-	FECHA	AULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA D	E UI	TIM	A RE	GLA:_	_/_/_
	98298652	2	LIMA	$\mid \; \mid \; \mid \; \mid $	м	PC	PESO	N	N	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO.	Р	X	R				F33.1
18	58975			22 M			TALLA	\bigvee	×	2. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	X	R	2			99499.11
		58		D	X	Pab	Hb	R	R	3.	Р	/ \ D	R				

> TELEORIENTACIÓN

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO	0	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)		5		UNIE	AAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 1	MOM	BRE C	EL RES	SPONS	ABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	L	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	Œ		VALO	R	CÓDIGO
DIA	۱.	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	TICC		LAB		CIE / CPT
	I	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			L L	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	38	
NON	MB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	IMIENTO: _	/ /	_	FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	СНА	DE I	JLTIN	ИA RE	GLA:	/ /
		98298652	2	LIMA	\times	M	PC	PESO	N	N	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO (PAP)	Р	X	R				99401.19
18	, [58975			29 M	$/ \setminus$		TALLA	\bigvee	\bigvee	2. EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS	Р	λ	R		I		Z65.5
	L				L	1 .			\setminus	\triangle	HOSTILIDADES	Ľ	\sim	ν."	Ш.			
			58		D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA	P	\nearrow	R				99499.08

Intervención individual en salud mental:

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

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

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



En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (II	PRESS)		5		UNI	DAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE D	EL RE	SPON	SABLE	E LA ATENCIÓN
											DN	ı					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	1		21	L	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALO	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	viac	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DV	AGNÓ:	STICO		LA	В	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA L	HEMOGLOBINA				Р	0	R	19	29	39	
NOM	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE	:		(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	/ /		FEC	HAULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FE	СНА	DE L	JLTIN	VIA R	EGLA:	_ / _ /
	98298652	2	LIMA	\times	\bigvee	PC	PESO	N	N	1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL	Р	X	R				99207.01
18	58975			22 M	\wedge		TALLA	X	\times	2. EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES.	P	×	R	1	-		Z65.5
		58		D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACIÓN SINCRÓNICA	Р	X	R				99499.08

> <u>TELEMONITOREO:</u>

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

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

• En el 1er casillero: Anote el diagnóstico del paciente /usuario.

• En el 2do casillero: Anote procedimiento realizado.

• En el 3er casillero: Anote Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALI	UD (IF	RESS)		5			UNID	AD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	IOME	RE D	LRES	PON	SABLE D	LA ATENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	1	3	14	15	16		17	18		19		20		Ī	21	1	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAILIAC	ION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DECONSULTA	1	IPO E	E		VAL	OR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD.	SEXO	CEFALICO ABDOMINA	ANTROPOM	IETRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LA	В	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				L	HEMOGLO	DBINA					Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	CHA E	E NA	CIMIENTO:	/	/	_	FECH.	A U	LTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEO	НА	DE U	LTIN	ΛAF	EGLA:	/ /
	98298652	2	HUANCAYO		\times	\searrow	PC	PESO		N	N	1.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	Р	D	X	T			F20.0
					Ţ.,	$^{\prime}$				\bigvee	\geq		ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN I NIVEL DE		\setminus	1_	T			99205.01
18	58975			25	М			TALLA		Λ	↗	۲.	ATENCIÓN(ADMINISTRACIÓN DETRATAMIENTO)	P	198	R				99205.01
		58					Pab													



SALUD OCULAR

TELECONSULTA

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

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE de la patología identificada
- En el 2do casillero: Se colocará la administración de medicamentos si el paciente lo necesita o también puede colocarse consejería en salud ocular.
- En el 3er casillero: Se colocará Teleconsulta en línea.

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE S	ALUD	(IPRES	5)	5		UNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BREDEL RES	ONSABLE DE	A ATENCIÓN
												DNI				
7	8	9	11	13	3	14	15	16	17	18	19		20		21	22
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FEC	HA DE	NACI	MIENTO:	/ /		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHo://	FECH	IA DE	ULTIMA RI	GLA:/_	
	6233745	2	SJL		X	м	PC	PESO	N	N	1. CONJUNTIVITIS	Р	X	R		H 10.0
21	45672			34	М			TALLA	∇	\searrow	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	Р	\bigvee	R		U310
		58				\bigvee	Pab	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	Δ	\nearrow	The state of the s		\triangle			2310
		36			D	Δ	i ais	Hb	R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	\gg	R		99499.01

La persona llama al profesional médico para consultas relacionada a la patología

> TELEINTERCONSULTA SINCRONA.

TELEINTERCONSULTANTE:

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

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1° y SIEMPRE en el casillero 3er el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

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

7	8	9	11	1	3	14	15		16	17	18	П	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	PROCEDENCIA				PERIMETRO	0 Е	VALUACION	ESTA-	SER	ŀ	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E		VALOR	ı	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED/	AD	-	CEFALICO			BLEC	VICIO	0	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANTE/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	AL AH	IEMOGLOBINA					Р	D	R	19	29	3º	
					X		PC	PE	ESO	N	N	1	SOSPECHA DE GLAUCOMA	X	D	R				H40.0
21				45	м	IVI		Τ.	ALLA	\bigvee	\	1	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	, P	<	R				99401.16
					IVI	\setminus	1	IA	ALLA	Ž		Ν.	E. CONSESERIA EN SALOD OCOLAR		\triangle	· ·				33401.10
					D	ľ	Pab	H	Hb	R	R	:]:	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	×	R	1	1		99499.11

Esta actividad es realizada por el profesional de la salud que solicita una interconsulta a quien llamaremos interconsultante. Y colocaremos en el Lab el número 1 (solicita)



> TELEINTERCONSULTORA:

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

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

- En el 1er casillero: Se consignará el código CIE de la patología
- En el 2do casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 3er casillero: Se colocará Teleinterconsulta síncrona

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque según corresponda para el casillero 1° y SIEMPRE en el casillero 3er el valor "D".

En el ítem: LAB anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO D	Œ		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO		ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	IN ÓS	TICO		LAB	CIE / CPT
	GEST ANTE/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	A HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29 39	
NOM	IBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA D	E NAC	IMIENTO:	/ /		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FECH	A DE	ULTIN	ла reg	LA:/	/
	56548970			\sim	1		PESO	N	N	1. SOSPECHA DE GLAUCOMA	\vee	D	R			H40.0
		2	SJL		М	PC		\ /	/	f Í		\ /				
	67965			45 M	$\overline{}$	1	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	Р	X	R			99401.16
		58		D	X	Pab	Hb	R	R	3. TELEINTERCONSULTA SINCRONA	Р	())	R	2	/	99499.11

Esta actividad es realizada por profesional de la salud que responde a la interconsulta a quien llamaremos interconsultor. Y colocaremos en el LAB el número 2 (responde)

> TELEORIENTACION SINCRONA

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

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

- En el 1er casillero: Se colocará consejería en salud ocular
- En el 2do casillero: Se colocará Teleorientación síncrona

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

En el ítem: LAB dejar en blanco

AÑ	io 3	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE SALU	D (IPRES	is)			UNIDA	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	IBRE DE	L RESP	NSABLE	e la atención
												DNI					
7	,	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21	22
		D.N.I.	FINANC.	PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	N ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E	,	VALOR	CÓDIGO
DIA	A.	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMET	RIC BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB	CIE / CPT
		GEST ANT E/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	A HEMOGLOBI	NA			Р	D	R	19	29	jo o
NOI	MBF	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO:	1 1		FECH.	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FECHA	A DE UL	TIMA R	EGLA:	/	<u></u>
		14654875	_		\searrow	Λ.	11	PESO	N	N	1. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	Р	\searrow	R			99401.16
		67680	2	SJL	l /,	X	PC	TALLA	\ _\	\mathbb{A}	2. TELEORIENTACION SINCRONA	P		R			99499.08
		07000		·	65	7		IALLA		\^ <u>`</u>	2 ILLONDINACION SINCHONA	[ΙX	^			99499.08
			58		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Р	D	R			



Profesional de la salud llama a la persona para brindar orientación/consejería o concretar cita.

TELEMONITOREO

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

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

- En el 1er casillero: Se Consignará el código CIE de la patología identificada
- En el 2do casillero: Se colocará la administración de medicamentos si el paciente lo necesita o también puede colocarse consejería en salud ocular.
- En el 3er casillero: Se colocará Telemonitoreo.

7	8	9		11	13	3	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC	c.	PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	. 10		12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/PUER F	ER A ETNIA	Ĺ	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	A HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	32	
NOM	IBRES Y APELLIDOS PAG	IENTE:			(*)FEC	HA DE	ENACI	MIENTO:	/ /		FECH/	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/_/	FECH	HA DE	ULTIN	ΛΑ RE	GLA: _	/	/
	623745			• "		\times			PESO	N	N	1. GLAUCOMA	P	D	\times				H40.1
	45672	2		SJL		M \	м	PC	TALLA	\mathbb{A}	\searrow	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	Р	\D/	/ _R `	1			U310
21	43072		T		59	1	$\sqrt{2}$	1		\triangle	\nearrow	Z. ADMINIOTRACION DE TRATAMIENTO	Ľ	X	, n				3310
		58				D	X	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	Р	(_a)	R				99499.10

El profesional de la salud llama a la persona de la salud para seguimiento relacionada a la patología.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tener en cuenta lo siguiente:

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

> TELEORIENTACIÓN

Gestante nueva

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	D DE SALUD (I	PRESS)	5			UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOME	BREDE	L RES	PONSA	BLE DE LA ATENCIÓN
											DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		TIPO	Œ		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO		ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ:	STICO		LAB	CIE/ CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				P	D	R	19	2º	39
NOME	RESY APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	ENAC	IMIENTO:			FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHIb:/	FE	CHA	DEU	LTIM	A REC	GLA: / /
	47287721	2	PUCARA		м	PC	PESO	N	N	. SUPERVISION DE EMBARAZO DE 8 SEMANAS	Р	X	R			Z3591
13	22554			30 M			TALLA	X	X	2. CONSEJERIA NUTRICIONAL	Р	X	R			99403
		58		D	X	Pab	Hb	R	R	B. SUPLEMENTACION DE ACIDO FOLICO	Р	X	R			59401.03
МОИ	BRES YAPELLIDOS PACIE	NTE:		(*)FECHA [ENAC	IMIENTO:	/_/		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHIb: / /	FE	CHA	DEU	LTIM	A REC	GLA:/_/
				А	м	PC	PESO	N	N	CONSEJERIA ENIDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	Р	X	R			99402.01
				М	F		TALLA	С	C 2	CONSEJERIA PREVENTIVA ENFACTORES DERIESGO PARA EL CANCER	Р	X	R			99402.08
				D	-	Pab	Hb	R	R 3	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	X	R			99499.08



> TELEMONITOREO

Gestante continuadora sin entrega de suplementación

AÑO	3 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IPRESS))	<u>s</u>			UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	IOME	REDE	L RESE	ONSA	ABLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACI	ION E	STA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA	7	IPOE	E	_	VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO			BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	тісо		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	IL HEMOGLOE	BINA				Р	D	R	19	29	32	
NOME	RESY APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA [DENAC	CIMIENTO:	1 1			FECH	A ULTIMORESULTADODEHb: / /	FEG	CHA	DEU	LTIM	A RE	GLA:	
	5698243	2	SAN MIGUEL		1,	PC	PESO		N	N	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS	Р	X	R				Z3593
13	22554			26 M		\vdash	TALLA		X	X	2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Р	X	R				99403
		58		D	X	Pab	Hb		R	R	CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE 3. ALARMA	Р	X	R		П		99402.01
NOME	RESY APELLIDOS PACIENTE:	-		(*)FECHA [DENAC	CIMIENTO:	/ /			FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHix//	FE	CHA	DEU	LTIM	A RE	GLA: _	/ /
				A	_	PG	PESO	$\overline{}$	N	N	1. TELEMONITOREO	Р	X	R		П		99499.10.
				M	- WI		TALLA		С	С	2	Р	D	R		П		
				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R		П		

Gestante continuadora con entrega de suplementación

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SALUD (IPRESS)	5			UNID	AD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE	DELI	RESP	ONSABI	E DE LA ATENCIÓN
											DN				\Box		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	,	T		21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA	Т	TIPO	DE	Т	V	ALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO			BLEC	vicio	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DL	AGNO	STIC	0		LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	<u> </u>	<u> </u>	ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	B		19	29 3	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENA	CIMIENTO:	1_1		FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FE	CHA	DE	ULT	ΓIMA	REGL	A: <u>//</u>
	58467599	2	SANTA ROSA		м	PC	PESO	N	N 1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE 16 SEMANAS	Р		F	2			Z3592
13	22554			30 M			TALLA	X	\times	2 CONSEJERIA NUTRICIONAL	P		F				99403
		18		D	X	Pab	Hb	R	R	3. SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO	Р	þ	ŗ	2	2		59401.04
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENA	CIMIENTO:	1 1		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHb://	FE	CHA	DE	ULT	ГІМА	REGL	A:/_/
				A	м	PG	PESO	N	N	CONSEJERIA ENIDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	Р	D	(F	2			99402.01
				M	Ĺ		TALLA	С	С	2. TELEMONITOREO	Р	9	F	1			99499.10.
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Р	0	F	2			

Gestante con anemia

AÑO	3 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	D (IPF	RESS)	[5			UNIE	NAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	IOME	RE DI	L RES	PONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	9	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRICA	BLEC	viao	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTROPOBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	IA DE	NACI	IMIENTO:	1 1		FECH	HA ULTIMO RESULTADO DEHIb: ///	FEC	CHA E	ŒUL.	ПМА	REG	LA:	/ /
	7562130	2	SANJUANDE		X	М	PC	PESO	N	N	1. SUPERVISIÓN DE EMBARAZO 30 SEMANAS	Р	X	R				Z3593
13	22554		LURIGANCHO	42	м			TALLA	X	X	2. ANEMIA QUEAFECTA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	Р	X	R				O990
		58			D	X	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Р	×	R				99403
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	IA DE	NAC	IMIENTO:	1 1		FECH	HA ULTIMO RESULTADO DEHIb:/	FEC	CHA E	ŒUL.	ПМА	REG	LA:	1 1
					Α	м	PC_	PESO	N	N	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO	Р	×	R	3			59401.04
					М	<u> </u>		TALLA	С	С	2. CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	Р	X	R				99402.01
_				-	D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO	Р	V	R				99499.10.



Control de Puérpera

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (II	PRESS)		5				UNIE	IDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	MOM	BRED	DEL R	tESPC	ONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
															DNI							
7	8	9	11	13	3	14		15	16		17	18		19		20		L		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIN	METRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	-	DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA	-	TIPO	DE	Т	VA	ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND.	SEXO	CEFAL		ANTROPON		BLEC	viao	0	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STIC	٥	L	LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOGL	OBINA					Р	D	R	1 1	19 :	29	39	
NOME	RESY APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	IMIENT	O:	1 1			FECH	:HA I	JLTIMO RESULTADO DEHbx//	FEG	CHA	DE	ULT	ГІМА	REC	SLA:	1 1
	35241796	2	SANTA MARIA		X	м	PC		PESO		N	N	1.	CONTROL DE PUERPERA	Р	×	F	·				59430
13	22554		OAKTA MAKIA	23	м				TALLA		X	X	2.	CONSEJERIA NUTRICIONAL	P	\setminus	Ì.	t				99403
		58			D	Х	Pab		Hb		R	R	3.	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	Р	þ	F	2	T			99401.02
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FE	CHAI	DE NA	ACIMIE	NTO:_	/			FECH	НΑΙ	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	НА	DE I	JLTI	IMA	REG	LA:	_/
					А	м	PC		PESO	_	N	N	1.	CONSEJERIA EN IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	Р	Þ	F	1				99402.01
				_	М		Γ		TALLA		С	С	2.	TELEMONITOREO	Р	Ŋ	R	ı	Ī			99499.10.
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.		Р	D	F	ł	T			

PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

> TELEORIENTACIÓN

En el caso del registro de las atenciones en planificación familiar por telesalud la condición al establecimiento de las usuarias nuevas o continuadoras serán siempre continuadoras y el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

Orientación/consejería en Planificación Familiar

8	9	11	1	3	14	1	.5	16	5	17	18		19		20	1		21		22
D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR		EVALUACI ON	_	ESTA-	SER-	OTIV	VO DE CONSULTA	TIPO D	Œ		VALO	R		CÓDIGO
HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	Ü		O.		BLEC	VICIO	DAE	DE SALUD DIA	GNÓ	STIC	0		LAB		CIE / CPT
GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO												Р	D	R	19	2º	3º	
S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FECH.	A DE N	ACIMIEN	T0:					FECHA I	ULTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	CHA	DE U	JLTIN	ΛA RE	GLA:	
198765432	2	BELLAVISTA		X	М	PC		PESO		N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	Р	\nearrow	R	1			99402.04
	59		35	М		Pab		TALLA		X	X	2.	Teleorientación sincrona	Р	\setminus	R				99499.08
				D	\wedge			Hb		R	R	3.		Р	D	R				

Métodos de abstinencia periódica

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (IP	RESS)	5			ι	JNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	OME	RE D	£L RES	PONSA	BLE DE	LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA				PERIMETRO	EVALUACI	ION I	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA		IPO D			VALO	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOME		BLEC	viao	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN O	STI		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/ P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLOE	BINA				Р	D	R	19	29	38	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECI	HA DE	NAC	MIENTO:	1 1	_		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHIo: ///	FEC	CHA	DEU	LTIM	IA REC	SLA: _	/ /
	20295402	2	SANJUAN DE LURIGANCHO		X	М	PC	PESO		N	N	MÉTODO DE ABSTINENCIA 1. PERIÓDICA-RITMO	Р	X	R	2			99208.08
13	22554			28	м	/		TALLA		X	X	2. TELEORIENTACIÓN SINCRONA	Р	8	R				99499.08
		59			D	Ň	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				



Método de Lactancia Materna

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (IP	RESS)	5				UNIDAI	D PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 N	MOV	BRE D	EL RES	PONS	ABLE D	E LA ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		TIPO			VALC	DR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND CI	SEXO	CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	CO	STI		LAE	3	CIE / CPT	
	GEST ANT E/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	38	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DE	NACI	MIENTO:	HEMOGLOBINA		FECH	A ULTIMO RESULTADO DEHIo: / /	FEC	CHA	DEU	ILTIN	IA RE	GLA:	/ /	
	15095134	2	LA VICTORIA		\searrow	м	PC	PESO		N	N	1. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Р	N	R	2			99208.07
11	22554	-	EA VIOTORIA	27	M			TALLA		×	×	2. TELEORIENTACIÓN SINCRONA	Р	(P	R				99499.08
111		59		21	D	*	Pab	Hb		R	R	3.	Р	×	R				

> TELECONSULTA

Métodos hormonales nuevas

En el caso del registro de las usuarias nuevas familiar el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La usuaria recogerá su método anticonceptivo por farmacia y se aplicará en tópico de emergencia o en un ambiente determinado

NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	A DE N	ACIMIE	NTO:	1 1			FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FECH	HA DI	E ULT	IMA F	EGLA:	/	/
	41752142	2	NID FOR NID FALGRA		\times	М	PC		PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	Р	×	R	1			99402.04
	1	59	INDEPENDENCIA	35	М		Pab		TALLA	X	\times	2.	Administración y uso de método oral combinado	Р	X	R	1	4		99208.13
					D	X			Hb	R	R	3.	Teleconsulta	Р	X	R				99499.01
NOMBRE:	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	IA DE N	ACIMIE	NTO:	/ /			FECHA U	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FECH	IA D	E ULT	IMA F	EGLA:	/	/
	95215472	2	CALLAO		\sim	М	PC		PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	Р	×	R	1			99402.04
		59	CALLAO		М		Pab		TALLA	X	X	2.	Administración y uso de método inyectable mensual	Р	X	R	1	1		99208.04
				26	D	X			Hb	R	R	3.	Teleconsulta	Р	X	R				99499.01
NOMBRE:	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECI	IA DE N	ACIMIE	NTO:	/ /			FECHA U	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FECH	IA DI	E ULT	IMA F	EGLA:	/	/
	42985621	2	100 010100		\sim	М	PC		PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	Р	>	R	1			99402.04
		59	LOS OLIVOS	29	М		Pab		TALLA	X	X	2.	Administración y uso de método inyectable trimestral	Р	X	R	1	1		99208.02
					D	Å			Hb	R	R	3.	Teleconsulta	Р	X	R				99499.01

> TELEMONITOREO

Métodos hormonales continuadoras

En el caso del registro de las usuarias continuadoras el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La usuaria recogerá su método anticonceptivo por farmacia y se aplicará en tópico de emergencia o en un ambiente determinado



2 AÑO	3 MES	4 NO	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	SALUD (I	PRESS)				5	UN	IIDAD PRO	DUCTORA	DE	SERVICIOS (UPSS)	6 N	NOMBR	E DEL F	RESPON	SABLE DE L	a atención
															DNI					
7	8	9	11	1	.3	14	1	5	16		17	18		19		20		2	1	22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR O		EVALUAC ION		ESTA-	SER-	ΤIV	O DE CONSULTA T	IPO DE		VA	LOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	Ü		1014		BLEC	VICIO D	AD	DE SALUD DIAG	NOST	ICO		L	AB	CIE/CPT
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	ENTRO POBLADO												Р	D	R :	<u>Γ</u> Ω 2	<u>1</u> 2 32	
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FEC	HA DE N	ACIMIE	NTO:					FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA DE	ULTII	MA RE	GLA:	
	15842795	2	MIRAFLORES		\times	М	PC		PESO		Z	N	1.	Administración y uso de método inyectable mensual	Р	X	Р	2	1	99208.04
		59		29	М		Pab		TALLA		\times	\times	2.	Telemonitoreo	Р	X	R			99499.10
					D	\times			Hb		R	R	3.		Р	D	R			
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FEC	HA DE N	ACIMIE	NTO:					FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA DE	ULTII	MA RE	GLA:]
	24587632	2	VENTANILLA		\times	М	PC		PESO		N	N	1.	Administración y uso de método inyectable trimestral	Р	X	R	4	1	99208.05
		59		31	М		Pab		TALLA		\times	\times	2.	Telemonitoreo	Р	X	R			99499.10
					D	X			Hb		R	R	3.		Р	D	R			
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FEC	HA DE N	ACIMIE	NTO:					FECHA L	JLTI	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA DE	ULTII	MA RE	GLA:	//
	25879464	2	SAN MARTIN DE PORRES		\times	М	PC		PESO		N	N	1.	Administración y uso de método oral combinado	Р	X	R	2	4	99208.13
		59		23	M D	$\overline{}$	Pap		TALLA		\searrow	R	2. 3.	Telemonitoreo	Р	X	R R			99499.10
			l .	I	D	$\overline{}$			пb		/ K \	/ K \	J 3.		_ Р	()	n		_	1

Efectos secundarios de los métodos hormonales

² AÑO	3 MES	4 NOI	MBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	E SALUD (IPRESS)				5	ur	IIDAD PRO	DUCTORA	DE	SERVICIOS (UPSS)	6 1	помв	RE DE	L RESP	ONSAB	LE DE LA	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	1	1.3	14	1	5	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD			PERIMETR		ION		ESTA-				IPO D			VALOR			CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA SESTANTE/PUERPER	10 ETNIA	12 ENTRO POBLADO			SEXO					BLEC	VICIO	DAD	DE SALUD DIA	SNÓS.		B		LAB 2º		CIE / CPT
	SESTANTE/PUERPER	EINIA	ENTRO POBLADO												Р	D	к	12	Z×	3º	
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FEC	HA DE N	IACIMIE	NTO:					FECHA I	JLT	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA D	E UL	TIMA	REGLA	:	/ /
	20295134	2	LOS OLIVOS		\times	м	PC		PESO		N	N	1.	Amenorrea sin otra especificación	Р	\times	R				N912
				28	M				TALLA		\setminus	\setminus	2.	Efectos secundarios de	_	\setminus	1 .				
		59		7 ~			Pab							inyectable trimestral	Р	×	R				Y4252
					D	/ *\			Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	Р	×	R				99499.10
NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FEC	HA DE N	IACIMIE	NTO:					FECHA I	JLT	IMO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA D	E UL	TIMA	REGLA	:	/ /
	25879462	2	EL AGUSTINO	1	\times	М	PC		PESO		N	N	1.	Cefalea persistente	Р	\times	R				R51X
			EL AGUSTINO		М				TALLA				2.	Efectos secundarios del	В	\vee	1				V4252
		59		23		\setminus	Pab							Implante	l P	<u> </u>	R				Y4253
					D	\nearrow	1		Hb		R	R	3.	Telemonitoreo	Р	\mathbb{X}	R				99499.10

> TELEORIENTACIÓN

Métodos de barrera nueva

En el caso del registro de las usuarias nuevas el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería o de control que corresponda.

2º LAB: el número de anticonceptivos entregados o aplicado según corresponda.

La provisión del número de preservativos femeninos o masculinos a la usuaria nueva será como en las continuadoras, en el marco COVID-19.

S Y APELLIDOS PA	ACIENTE:		(*)FECH	IA DE N	ACIMIEN	NTO:			FECHA U	LTII	MO RESULTADO DE Hb:	FEC	HA I	DE U	LTIM	A REG	LA:	
65210321	2			\times	М	PC	PESO	Ν	N	1.	Orientación/ Consejería en PF	Р	\triangleright	R	2			99402.04
	59	CERCADO DE LIMA		М			TALLA	\times	\checkmark		Administración y uso de	Р	\bigvee	R	1	30		99208.02
			34		\ /	Pab		/ ~	/ \		método condón masculino		\leq		_	-		33200.02
				D	X		Hb	R	R	3.	Teleorientación sincrona	Р	\nearrow	R				99499.08



TELEMONITOREO

Métodos de barrera continuadora

NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FECH	ia de n	ACIMIEN	ITO:	/ /			FECHA	ULT	IMO RESULTADO DE Hb:	FECI	HA [DE UL	TIMA	REGL	A: _/	/
	48215963	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO		X	М	PC		PESO	N	N	1	Administración y uso de método condón masculino	Р	X	R	3	30		99208.02
				33	М				TALLA		\setminus	2			\setminus	1_				
		59					Pab				<u>^</u>		Telemonitoreo	Р	Å	R				99499.10
					D	\wedge			Hb	R	R	3.		Р	D	R				

> TELECONSULTA

Anticoncepción Oral de Emergencia

En el caso del registro el tipo de diagnóstico siempre será DEFINITIVO (D).

1º LAB: el número consejería que corresponda.

2º LAB: en el caso de entrega de Levonorgestrel o solo progestágeno se registrará por blíster y en el caso de entrega de Yuzpe se registrará por número de tabletas.

NOMBRE	S Y APELLIDOS PA	CIENTE:		(*)FECH	HA DE N	ACIMIEN	ITO:	/ /			FECHA I	ULTI	IMO RESULTADO DE Hb:	FEC	CHA	DE L	ILTIMA	A REGL	A:	/ /
	95421654	2	COMAS		X	М	PC		PESO	N	N	1.	Orientación/ Consejería en AOE	Р	X	F	1			99402.03
					М				TALLA	\ /	\ /	2.	Administracion y uso de							
		59		22		\setminus	Pab			X	X		Anticonceptivo oral de emergencia /Progestageno	Р	X	F	1	1		99208.12
					D	\nearrow			Hb	R	R	3.	Teleconsulta	Р	X	F	1			99499.01



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

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

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

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

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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

En el ítem LAB. Anote

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

AÑO	MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (IPRESS)				ı	UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NON	IBRE DE	L RESP	NSABLE DE L	A ATENCIÓN
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			21	22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA			PERIMETRO	EVALUACIO	ON E	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO I	DE		VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMET	TRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB	CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBI	INA				Р	D	R	19	29 39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENAC	CIMIENTO:	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA DE	ULTIN	AA REC	SLA:/	/
	623745			\searrow	Λ_{Z}	1	PESO		N	W	1. TB PULMONAR BK (+)	т	D	\searrow	1		A150
	45672	2	COMAS	M	NΡ	PC	TALLA		\c/	\ \	2. ENTREVISTA DE ENFERMERIA	Р	\D/	Γ	1		U148
2	43672			25 M	r	Y I	IALLA		X	·	2. ENTREVISTA DE ENFERMERIA		١X	K	1		U146
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	V	R			99499.01

ENTREVISTA SOCIAL

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

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

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

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

En el ítem LAB. Anote

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



ΑÑ	ю 3	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	UD (IF	PRESS)						UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	MBRE D	EL RESPO	ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
															DNI						
7	,	8	9	11	13		14		15	16		17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN C IA				PERIN	METRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DV	١.	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFAL	ICO Y	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	N ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
		GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	32	
NOI	MBR	ES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	HA DI	ENAC	IMIEN	TO:	/ /			FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHb: / /	FECH	A DE	ULTIN	IA REG	LA:	/ /	
		623745				<	/			PESO		N	N	1. TB PULMONAR BK (+)	Р	D	×				A150
	ı	45672	2	COMAS		·	М	PC		TALLA		\checkmark	\checkmark	2. ORIENTACION SOCIAL	_		R				U128
1 2		43672			25	M	_	1		TALLA		人	↗	2. ORIENTACION SOCIAL	Ρ	V	к	1			0128
	Ī		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. TELECONSULTA EN LINEA	Р	\bigvee	R				99499.01

TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD ((IPRESS)				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	DEL RES	PONSABL	DE LA	TENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN C IA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	CA BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN Ó	ST IC O		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBIN	Α.			Р	D	R	19	29	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENAC	IMIENTO:	/ /		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FEC	HA DI	EULT	MA RE	GLA:	/ /	
	623745	2	COMAS	X	Λ	PC	PESO	N	N	TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA	Р	\nearrow	R	2			Z5182
,	45672	2	COMAS	25 M	Ľ	PC	TALLA	\times	\searrow	2. TELECONSULTA EN LINEA	Р	\ b	R				99499.01
1 4				23	-1	1 1		-	\leftarrow			X		_	_	-	
		58		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	Ď	R				

CONSULTA PSICOLOGICA

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem LAB se registrará:

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



AÑO	0 3	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	LUD (II	PRESS)		5	J			UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE E	DEL RESPI	ONSABLE	DE LA	TENCIÓN
															DNI						
7	Т	8	9	11	13	3	14	15		16		17	18	19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	TRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPOE	E		VALOR		CÓDIGO
DIA		HISTORIA CLINICA	10	12	ED	AD	SEXO			ANTROPOM		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOM	IINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	20	32	
NON	/BF	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(^)FEC	HA D	E NAC	IMIENTO:):	1 1	_		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FECH	HA DE	ULTI	MA REG	iLA:	1 1	
		623745	2	COMAS		X	M	PC		PESO		N	N	. ENTREVISTA PSICOLOGICA	Р	X	R	TBC			961000
١,		45672			25	м	\mathbb{Z}			TALLA		egreen	\bigvee	2 TELECONSULTA EN LINEA	Р	\checkmark	R		П		99499.01
-	L	40012					_		L	IALLA			\angle^{\sim}	Z TEEGONGOETA EN EMEA	النا	Λ		<u></u>	_		00400.01
			58			D	٢	Pab		Hb		R	R	3.	Р	D	R				

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB SENSIBLE (TBS)

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero "D"
- En el 3ro, casillero "D"

AÑO	MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)					UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA A	TENCIÓN
	·											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA			PERIMETRO	EVALUAC	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD		CEFALICO Y	ANTROPOM	-	BLEC	wao	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOMB	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DE NA	CIMIENTO: _	/ /			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: ///	FEC	HA D	EULT	IMA RE	GLA:	/ /	
	623745			\times	Ż		PESO		N	N	ADMINISTRATCION DE TRATAMIENTO	Р	\nearrow	R				U310
	45672	2	COMAS	м	Δ	PC	TALLA		\checkmark	\nearrow	2. TELEMONITOREO	Р	(R				99499.10
2	43072			25		1	IALLA		\triangle	\setminus	Z. ILLEMONTONEO		X					33433.10
		58		D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO TB RESISTENTE (TBR)

Esquema individualizado

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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



AÑO	3 MES	4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SAL	LUD (I	PRESS)					UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA A	TENCIÓN
														DNI						
7	8		9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	·	TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CL	NICA	10	12	EDA	ND O	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOME	ETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANTE/PL	ER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO]			ABDOMINAL	HEMOGLOE	BINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS	PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	IMIENTO:	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FECH	IA DE	ULTIN	1A REGI	.A:	1 1	
	62374	i	,	COMAS		X	\bigvee	PC	PESO		N	N	1. ADMINISTRATCION DE TRATAMIENTO	Р	X	R	2			U3111
2	45672			COMAS	25	M	Δ	FC	TALLA		\searrow	\searrow	2. TELEMONITOREO	Р		R	1			99499.10
*			58		23	<u> </u>		D-1	\vdash		${\sim}$	\checkmark		_	Д	<u> </u>			\perp	
			38			D	•	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				

Esquema estandarizado

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SAL	.UD (IP	RESS)		5			UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE E	EL RESPO	ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	3	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPOE	Œ		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D O	SEXO	CEFALICO	Y ANTROPOMETRICA BLEC NAL HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB		CIE / CPT	
	GEST AN TE/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	L HEMOGL	OBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECI	HA DE	NAC	IMIENTO: _	/ /			FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHb: / /	FECH	HA DE	ULTIN	/A REG	LA:	/ /	
	623745				\times	\geq	-	PESO		N	N	1. ADMINISTRATCION DE TRATAMIENTO	Р	\searrow	R	2			U3112
	45672	2	COMAS		۶)	×	PC	TALLA		\searrow	\searrow	2. TELEMONITOREO	Р	(b)	R	1			99499.10
2	45572			25	*	7 _		IALLA		\triangle	\triangle	Z. ILLLINOWIONLO	Ľ	X	ĸ	<u> </u>			33433.10
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	Ъ,	R				

Esquema empírico

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: LAB anote:

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



AÑC	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	JD (IPI	RESS)					UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESP	ONSABLE	DE LA A	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		\neg		PERIMETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	:		CEFALICO Y	ANTROPOM		BLEC	vicio	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	N ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE	NACI	MIENTO:	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb://	FECH	IA DE	ULTIN	1A REG	LA:	/ /	
	623745	2	COMAS		\mathbb{X}	\bigvee	PC	PESO		N	N	1. ADMINISTRATCION DE TRATAMIENTO	Р	X	R	2			U3113
2	45672		COMAG	25	м	\triangle		TALLA		X	\times	2. TELEMONITOREO	Р	X	R	1			99499.10
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Р	D	R				

REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SA	LUD (IP	RESS)	5	•		·	JNIDAD	PRO	DUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6 DN		MBRI	E DEL RE	SPONS	SABLE D	E LA ATI	:NCIÓN
7	8	9	11	1	3	14	15	16	5	17	18	Т	19		20)			21		22
	D.N.I.	FINANC.	PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-	П	DIAGNÓSTICOMOTIVO DECONSULTA		TIPO	DE		V	ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	ED	AD		CEFALICO Y	ANTROPO		BLEC	VICIO		Y/OACTIVIDAD DE SALUD	DI	A GN Ó	STIC	0		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	1			ABDOMINAL	HEMOGI	LOBINA					F	D		R 1	Γz	22	35	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA DE	NACI	MIENTO:	/ /			FECHA	A UL	TIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	HA D	E UL	TIMA R	EGLA	A: /	· /	
	623745		COMAS		А	м	PC	PESO		z	N	1.	ICTERICIA	F	D		R				R17X
2	45672	2	COMAS	25	W	<u>~</u>	PC	TALLA		С	С	2.	RAFA	Р	V	4	R				Y411
		58			D,	^	Pab	Hb	,	×	X	3.	TELECONSULTA EN LINEA	Р	V	۱ (R				99499.01
			•	•		-				_				•	\setminus	>	_			•	

ANEXO 1

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO A TRAVÉS DE TIC

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

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

ANEXO 2

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

- Es una de las actividades de la atención integral e individualizada a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento. Tiene como objetivos:
- Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado del control mensual.
 P á g i n a 88 | 117



supervisado del control mensual.

Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación.

- Indagar sobre antecedentes de tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos
- Identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería
- Realizar censo de contactos y citarlos para el examen
- Identificar a los menores de 5 años para la administración de TPI

2. ENTREVISTA SOCIAL.

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

3. TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

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

4. CONSULTA PSICOLOGICA:

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

5. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

Esquemas de tratamiento antituberculosis:

5.1 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO UNO (TB Sensible)

5.2 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Estandarizado

5.3 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Individualizado

5.4 ADMINISTRACIÓN ESQUEMA DE TRATAMIENTO Empírico

6. REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

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



PREVENCION Y CONTROL DE VIH-SIDA ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

> TELEORIENTACION

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

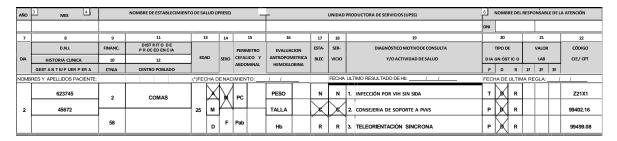
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

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

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

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

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



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

AÑO	MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SALUE	(IPRESS)		-		UNIUMU	ריייסטרו סוא הב פבעאורות (מוגפא)	٩	NOME	REDEL	RESP	ONSABI	LE DE LA	ATENCIÓN
											DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODE CONSULTA		TIPO	Œ		VALOR	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXC	CEFALICO Y ABDOMINAL	ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO	ì	ł	ADDOMINAL	TEMOGLODINA				Р	D	R	19	29	32	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENAC	IMIENTO: _	/ /		FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHix / /	FEC	CHA D	E ULT	IMA F	REGLA	Ŀ_/	/
	623745	2	COMAS		$\langle \rangle$	PC	PESO	N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	Р	D	×	1			Z21X1
2	45672			2!	.		- TALLA	X	X	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS	Р	X	R				99402.16
		58			F	Pab	Hb	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRONA	Р	X	R				99499.08



> TELEMONITOREO

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

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

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

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

En caso de la actividad de Telemonitoreo se colocará el diagnóstico "D"

En el ítem LAB anote:

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

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

3	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SALL	ID (IPR	RESS)	5				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOM	BRE DEL	RESPO	NSABLE	DE LA ATENCIÓN
													DNI					
	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21	22
D	.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E	,	/ALOR	CÓDIGO
HISTORI	A CLINICA	10	12	EDAD	s					BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB	CIE/ CPT
GESTANTE	P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	39
BRES Y APELLI	DOS PACIENT	E:		(*)FECH	IA DE I	NACII	MIENTO:	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	IA DE	ULTIN	IA REG	LA:	/_/_
62	3745		201142		\times	\bigvee	PC	PESO		N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	Р	D	\times			Z21X1
41	672		COWAS	1 7		Ά	PC	TALLA		\searrow	\searrow	2 CONSTITUIA DE CODORTE A MAIS	0	\n_				99402.16
**	1072			25	··· 7			IALLA		\nearrow	\nearrow	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS	-	X	I.			99402.16
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	%	R			99499.10
	D HISTORII GEST AN T E/ BRES Y APELLII	8 D.N.I. HISTORIA CLINICA GEST AN TE/P UER PER A	8 9 D.N.L FINANC. HISTORIA CUNICA 10 GEST AN TEJP UER P ER A ETINIA BRES Y APELLIDOS PACIENTE: 623745 2 45672	8 9 11 D.N.L FINANC. PROCEDENCIA HISTORIA CUNICA 10 12 GEST ANT TE /P UER P ER A ETINIA CENTRO PORLADO BRES Y APELLIDOS PACIENTE: 623745 2 COMAS	8 9 11 13 D.N.I. FINANC. DISTRITO DE PROCEDENCIA HISTORIA CUNICA 10 12 EDAC GEST AN TE/P UER P ER A ETNIA CENTRO POBLADO BRES Y APELLIDOS PACIENTE: 623745 2 COMAS 45672 25	S 9 11 13 13 14 15 15 16 17 17 17 17 18 18 18 18	S 9 11 13 14	S 9 11 13 14 15	S 9 11 13 14 15 15	S 9 11 13 14 15 16	S 9 11 13 14 15 15 17 17 18 19 17 18 19 19 19 19 19 19 19	S 9 11 13 14 15 16 17 18	BRES Y APELLOOS PACIENTE COMAS 25 COMAS 25 COMSERRIA DE SORO CERTICA DE SORO CONSERRIA DE SORO CERTICA DE SORO CERTICA DE SORO CERTICA DE SORO CERTICA DE SORO CENTRO CONSULTA SUBJECTA DE SORO CONSULTA SUBJECTA SUBECTA SUBJECTA SUBJECTA SUBJECTA SUBJECTA SUBJECTA SUBJECTA SUBJEC	BRES Y APELLOOS PACENTE: COMAS PC DISTRITO DE DISTRITO DE PROCED ENCIA EDAD SEND CEFALICO Y ARROPOMETRICA ARBOMINIAL DIA RESTA N FE/P UER P ER A ETINA ECHTRO PORLADO PC PECHA DE NACIMIENTO: TALLA P PESO N N 1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA P TALLA DIA TALLA P PESO N N 1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA P TALLA P TALLA P TALLA TALLA Z 2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PIVAS P	BRIES Y APELLIDOS PACIENTE: COMAS P. C. P. C. P. C.	S	S 9 11 13 14 15 16 17 18 19 10 20	S 9 11 13 14 15 15 17 13 19 10 10 10 10 10 10 10

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALUD (I	PRESS)		5		UNI	DAD P	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NON	IBRE DI	L RESPON	ISABLE	DE LA A	TENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16	1	,	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIMETRO	EVALUACIO	ON EST	A- S	ER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E	E	V	/ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMET		c vi	ICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE/CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINAL	HEMOGLOBII	INA				Р	D	R	19	29	32	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA	DENA	CIMIENTO:	/ /		FE	CHA L	JLTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	IA DE	ULTIN	MA REGL	A:	/ /	
	623745		COMAS	\times		PC	PESO	_		N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	Р	D	\times	HSH			Z21X1
	45672	2	COMAS	м	Z	PC	TALLA		<u> </u>	~	2. CONSEJERIA DE SOPORTE A PVVS	Р	\D/	/ _R `				99402.16
2	**			25	ľ	1			\setminus	$^{\prime}$			Х					
		58		D	F	Pab	Hb		2	R	3. TELEMONITOREO	Р	\X	R				99499.10



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

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

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

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

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

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

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	D DE SALU	D (IPF	RESS)	5				JNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA	ATENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUAC	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPOI	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	9		CEFALICO Y	ANTROPOM		BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB		CIE/CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	32	
NOMB	RESY APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	HA DI	ENA	CIMIENTO: _	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DEHtx / /	FEC	HA D	EULT	IMA RE	GLA:_	/ /	
	623745		201112		$\langle \rangle$	\bigvee	PC	PESO		N	N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	Р	D	K				Z21X1
	45672	2	COMAS		м	Μ	PC	TALLA	,	\e^^	\c	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	Р	V	R	AB			99199.11
2				25						\triangle	$\langle \setminus$			\sim					
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	P	earrow	R				99499.10



INFECCION DE TRASMISION SEXUAL

> TELEMONITOREO

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	UD (IF	PRESS)					-	JNIDAD	PR	ODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA A	TENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	13		14		15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN C IA				PERIN	//ETRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	Т	DIAGNÓSTICOMOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAI	D	SEXO	-		ANTROPON		BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	D IA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTROPOBLADO				CEFALICO Y ABDOMINAL		HEMOGLO	OBINA					Р	D	R	19	29	32	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	D SEXO CEFALICO Y				/ /			FECHA	A UI	LTIMO RESULTADO DEHb: / /	FECH	HA DE	ULTIN	MA REG	LA:	/ /	
	623745	2	COMAS		X	\setminus	PC		PESO		N	N	1	. SIFILIS GENITAL PRIMARIA	Р	D	X				A510
2	45672	2	COMAS	25	м	Ä	PC		TALLA		X	X	2	IDENTIFICACION FACTORES DE RIESGO 2. ABANDONO ALTRATAMIENTO DETB,VIHY OTROS	Р	V	R	АВ			99199.11
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3	I. TELEMONITOREO	Р	Ý	R				99499.10

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

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

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

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

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	DE SALU	D (IPRES)				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESP	ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	13	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA			PERIMETRI	D EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEX	CEFALICO		-	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/PUER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	L HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	39	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	A DE NA	CIMIENTO: _	1 1			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb:/	FEC	HA DE	ULTIN	ЛА REG	LA:	/ /	
	623745	2	COMAS		XV.	PC	PESO		N	N	1. CONSULTADE ATENCION PREVENTIVA DE ITS VIH A POBLACION CLAVE	Р	D	\times	TRA			99351
2	45672		COMAG	25	мЖ	\ ''	TALLA	ĺ	\times	\times	2. TELEORIENTACION ASINCRONA	Р	₽/	R				99499.09
		58		1 -	٦,	Pab			<u> </u>	\leftarrow	<u> </u>	├	\wedge	_	_	-	\vdash	
					D .		Hb		R	R	3.	Р	Ď	R				



HEPATITIS B

> TELEMONITOREO

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

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

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

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

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SA	ALUD (IPRES)					UNIDAD	PRO	DDUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NO	MBRE D	EL RESP	DNSABL	DE LA	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	13	3	14		15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA				PERIN	METRO	EVALUA	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO E	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	ND CA	SEXO	CEFAL	ICO Y	ANTROPON	METRICA	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST ANT E/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOGLO	DBINA					Р	D	R	19	29	32	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	CHA D	ENAC	IMIEN	TO:	1 1			FECHA	A UL	TIMO RESULTADO DE Hb: ///	FECH	IA DE	ULTIN	IA REGI	.A:	/ /	
	623745	,	COMAS			V	PC		PESO		N	N	1.	HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA	Р	D	X				B181
		-	COMAG			/"\	,			,	\ /	/	7	IDENTIFICACION FACTORES DE RIESGO		\ /	1				
2	45672			25	М				TALLA		X	X	2	ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TB,VIHY OTROS	Р	×	R				99219.05
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3.	TELEMONITOREO	Р	×	R				99499.10

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

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

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



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

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

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

AÑO	3 MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE SAL	.UD (II	PRESS)					UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESP (ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13		14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	•		CEFALICO Y	ANTROPOMI	-	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	19	29	3₂	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIEN	TE:		(")FECH	A DE	NACI	MIENTO:	/ /	_		FECHA	ULTIMORESULTADO DEHIx / /	FECH	IA DE	ULTIN	//A REG	LA:	/ /	
	623745	2	COMAS		X	\searrow	PC	PESO		N	N	HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA	Р	D	\bigvee				B181
	45672		COMAS	1 7	м	Д	FC	TALL 4		$\overline{\ \ }$	\geq	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	ь	Z	'	AB			99199.11
2	43672			25	IVI /	<u> </u>		TALLA		Ż.	Ž	2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO	Р	X	R	AB			99199.11
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	X	R				99499.10

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

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

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

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

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

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

AÑO	MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT	O DE SAL	LUD (IF	PRESS)				UNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NON	MBRE D	EL RESP	ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
												DNI						
7	8	9	11	EDAD SEXO CEFALICO Y				16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA				PERIMETRO O CEFALICO Y A	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	9	SEXO	CEFALICO Y AI	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DESALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO			4	ABDOMINAL	HEMOGLOBINA				Р	D	R	19	29	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECH	IA DE	NACIN	MIENTO:	1_1_		FECHA	ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECH	HA DE	ULTIN	IA REG	LA:	1 1	
NOME	RES Y APELLIDOS PACIENTE: 623745				IA DE	\sqrt{I}		PESO	N	FECHA N	ULTIMO RESULTADO DE HIS: / / HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA	FECH P	D D	ULTIN	IA REG	LA:		B181
NOME	623745	2	COMAS		\checkmark	\sqrt{I}	PC		N		HEPATITIS VIRUS TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE	T	D	X	IA REG	LA:	/ /	
NOME 2		2			X	X		PESO TALLA	, N		1. DELTA	Р		X	A REG	LA:		B181 99402.06



TRASMISIÓN MATERNO INFANTIL

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

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

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

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

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

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

AÑO	MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE S	ALUD (IPRESS)				ι	JNIDAD	D PR	RODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRED	EL RESP	ONSABL	EDELA/	ATENCIÓN
															DNI						
7	8	9	11	13	3	14	1	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA				PERIN	METRO	EVALUACIO	ON ES	TA-	SER-	Т	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPOD	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	AD.		CEFAL		ANTROPOMET		LEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	TICO		LAB		CIE/CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDO	MINAL	HEMOGLOBI	INA					Р	D	R	19	29	39	
NOME	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FE0	CHA [DENA	CIMIE	NTO:	1 1			FECH/	ΑU	LTIMORESULTADO DEHtx / /	FEC	HA DI	E ULTI	MA RE	GLA:	/ /	
	623745	2	COMAS		\times	М	PC		PESO		N	N	1	HEPATITIS VIRAL QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	Р	D	X				O984
2	45672			25	м	\ /			TALLA		X	X	2	CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS,VIH,HEPATITIS B	Р	V	R				99402.06
		58			D	\nearrow	Pab		Hb		R	R	3	3. TELEMONITOREO	Р	>	R				99499.10

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

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

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

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

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



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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE SA	ALUD ([IPRESS)	5		- 1	JNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NO	MBRE	EL RESPO	ONSABLE	DE LA A	TENCIÓN
													DNI						
7	8	9	11	13	ï	14	15	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	P R OC ED EN CIA				PERIMETRO	EVALUAC	ION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOM	IETRICA	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GN ÓS	ST IC O		LAB		CIE / CPT
	GEST A N T E/ P UER P ER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINAL	HEMOGLO	BINA				Р	D	R	12	22	38	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	HA D	ENAC	IMIENTO:	/ /			FECHA	ULTIMO RESULTADO DE HIS: / /	FEC	HA DE	ULTIN	1A REGI	A:	/ /	
	623745				\checkmark	-		PESO		N	N	SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	Р	D	\searrow				O981
	45672	2	COMAS		:)	м	PC	TALLA		egraphise	\checkmark	CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE	Р	\D.	R				99402.06
2	43072			25		\setminus		IALLA		\triangle	$^{\prime}$	ITS,VIH,HEPATITIS B	Ľ	X	_ K				35402.00
		58			D	X	Pab	Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	6	R				99499.10

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

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

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

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

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

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

AÑO	3 MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIEN	TO DE SA	LUD (IPRESS)		5				JNIDAD	PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOI	MBRE D	EL RESPO	NSABLE	DE LA A	TENCIÓN
														DNI						
7	8	9	11	13	_	14	15	5	16		17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	ALICO Y AN'	EVALUA	CION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICOMOTIVODECONSULTA		TIPOD	E	,	VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDA	D	SEXO	CEFALIC		ANTROPON	-	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	gn ós	TICO		LAB		CIE / CPT
	GEST AN TE/P UER PER A	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOM	IINAL	HEMOGLO	DBINA				Р	D	R	19	29	39	
NOM	BRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FEC	CHA [DENA	CIMIEN	ITO:	/ /			FECHA	ULTIMORESULTADODEHb: / /	FEC	HA DE	ULTI	ИA REC	GLA:	1 1	
	623745	2	COMAS		\times	м	PC		PESO		N	N	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	Р	D	\times				O981
2	45672			25	М		+		TALLA		X	\times	2. CONSEJERIA ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS, VIH, HEPATITIS	Р	V	R				99402.06
		58			D	\nearrow	Pab		Hb		R	R	3. TELEMONITOREO	Р	V	R				99499.10



PROMOCIÓN DE LA SALUD

PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

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

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

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña. En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1er y 2do⁴casillero Consejería en...., según corresponda
- Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
- Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
- Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
- Consejería en Identificación de signos de alarma.

En el 3ro casillero Teleorientación Síncrona

En el Ítem LAB 1: Número de Teleorientación que corresponda.

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

Código CIE/CPT:

- En la 1er y 2do Fila:
 - 99401.03: Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
 - 99401.04: Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
 - 99401.10: Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
 - 99401.08: Consejería de identificación de signos de alarma.
- En la 3ro Fila: 99499.08

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

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



7	8	9	11	13		14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO [DE		VALOF	ł	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	OPOMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ!	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					p	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FE0	HA [DE NA	CIMIENTO	:			FECH	IA U	JLTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HAI	DE U	LTIMA	A REG	LA: _	
	623745	2	Comas		A	М	PC	PES O		N	N	11.	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	P	X	R				99401.03
2	45672			6	М	/		TALL A		X	X	12.	CONSEJERIA EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL	P	X	R				99401.04
		58			\nearrow	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R	1			99499.08

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

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

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

Código CIE/CPT:

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

Г	7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21	22
Г		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D	E	١	/ALOR	CÓDIGO
	DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	NÓST	TICO		LAB	CIE / CPT
L		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	CA				P	D	R	1º	2º 3º	
N	IOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO:			FECH	IA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECH	HA D	E UI	TIMA	REGLA:	
Ī		623745	2	Comas		Α	М	PC	PES 0	N	N	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	р	X	R			Z298
	2	45672			4	X	\rightarrow		TALL A	X	X	2. TELEORIENTACION SINCRÓNA	р	X	R	2		99499.08
			58				X	Pab	НЬ	R	R	3.	р		R			

7	8	9	11	13		14	15		1	16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	TRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO E	E	1	VALOR	l l	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALIC	OY	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOM	IINA	(CA					P	D	R	19	2º	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA	DE NA	CIMIEN	NTO:				FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA [DE UI	TIM	A REG	LA: _	
	623745	2	Comas		Α	М	PC		PES O		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	р	X	R				Z298
,	45672			_				_	TALL		\bigvee	\bigvee	,	TELEORIENTACION SINCRÓNA	ь	\bigvee	R	3			99499.08
	43072			,	\wedge	\mathbb{N} /		L	Α		\nearrow	\triangle	-	TEECONENTACION SINCHONA	Ĺ	Λ		,			33433.00
		58			D	X	Pab		НЬ		R	R	3.		Р	D	R				

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso.

En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

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



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

Código CIE/CPT:

En la 1° Fila: Z298En la 2° Fila: 99499.08

7	8	9		11		13		14	15		1	16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO	DE PROCE	DENCIA				PERIME	TRO	EVALU	JACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	IPO D	E	١	/ALOR	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10		12				SEXO	CEFALIC	O Y	ANTROP	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENT	RO POBLAI	DO DO				ABDOM	INA	C	CA .					P	D	R	10	2º	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:				(*)FEC	HA	DE NA	CIMIEN	ITO:				FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA D	E UI	TIM/	REG	LA: _	
	623745	2		Comas			Α	М	PC		PES O		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R				Z298
	45670					,	\vee				TALL		\vee	$\overline{\ \ }$		TELEORIENTACION SINCRONA		∇		4			99499.08
2	45672					6	Х	\ /			Α		$^{\wedge}$	X	2.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	٨	K	4			99499.00
		58					D	X	Pab		НЬ		R	R	3.		P	D	R				

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

Importante:

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

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

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



En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para Diagnóstico de Anemia marque "R"

Para las demás actividades marque siempre "D"

Código CIE/CPT:

■ En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.

En la 2° Fila: U310En la 3° Fila: 99499.08

7	8	9		11	13	3	14	15	5		16	17	18		19		20			21	П	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DI	PROCEDENCIA				PERIM	ETRO	EVAL	.UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D	E	١	/ALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10		12			SEXO	CEFALI	ICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	inós	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO	POBLADO				ABDON	MINA		CA					Р	D	R	19	2º	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:			(*)FE0	CHA	DE NA	CIMIE	NTO:		//_		FECH	A U	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA D	E UL	TIMA	REGI	.A: _	
	623745	2	С	omas		A	М	PC		PES O		N	N	1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	р	X	R	LEV			D509
١,	45672				,					TALL		\bigvee	\bigvee		ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO		∇					U310
2	456/2				6	ľ	Λ /			A		\nearrow	Λ	۷.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	,	X	K				0310
		58				D	X	Pab		НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	р	X	R	4			99499.08

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

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

Eiemplos de registro:

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso
 - > En el Ítem LAB 1: sigla "PDS" de Promotor de salud /AS/ ACS
 - > En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda

1= ACS **2=** AS

- En el 2º casillero **Teleorientación Síncrona**
 - En el Ítem LAB 1: Número de **Teleorientación** que corresponda (2 ó 3).

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

Código CIE/CPT:

En la 1° Fila: Z298En la 2° Fila: 99499.08



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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso.

En el Ítem LAB 1: sigla "PDS" de Promotor de salud /AS/ ACS

En el Ítem LAB 2: Registrar según corresponda

1= ACS **2=** AS

En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

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

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

Código CIE/CPT:

En la 1° Fila: Z298En la 2° Fila: 99499.08

7	8	9		11	1	3	14	15			16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO	DE PROCEDEN	CIA			PERIM	ETRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D	E	١	VALO	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10		12			SEXO	CEFALI	COY	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENT	O POBLADO				ABDON	ΛINA		CA					P	D	R	1º	2º	30	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:			(*)FE	CHA	DE NA	ACIMIE	NTO:		//_		FECH	A U	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECI	HA D)E U	LTIM/	A REG	LA: _	
	623745	2		Comas		Α	М	PC		PES 0		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	Р	X	R	PDS	1		Z298
,	45672									TALL		\bigvee	\bigvee	,	TELEORIENTACION SINCRÓNA	ь	∇	R	4			99499.08
2	430/2				١,٠	ľ	\ /	1		Α		\nearrow	\wedge	۷.	TELECIMENTACION SINCRONA	۲.	A	"	*			33433.00
		58				D	X	Pab		НЬ		R	R	3.		р	D	R				

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

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

• LEV: Anemia Leve

MOD: Anemia ModeradaSEV: Anemia Severa

	1													_	_					
7	8	9	11	13	3	14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	1			PERIMETRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO E)E		VALOR	₹	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					P	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FE0	CHA	DE NA	ACIMIENTO	:	<i></i>		FECH	A U	ILTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECI	HA [DE U	LTIM	A REG	iLA: _	
	623745	2	Comas		Α	М	PC	PES O		N	N	1.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	P	X	R	PDS	1		Z298
1.	45672							TALL		\vee	∇		TELEORIENTACION SINCRONA	р	\forall	R	2			99499.08
2	43072			4	\mathbb{Z}^{n}	\ /	[]	A		$^{\wedge}$		۷.	TELEORIENTACION SINCRONA		٨	, r				99499.00
		58			D	X	Pab	нь		R	R	3.		Р	D	R				



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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque "R"
- Para las demás actividades marque siempre "D"

Código CIE/CPT:

■ En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.

En la 2° Fila: U310En la 3° Fila: 99499.08

7	8	9	11	13	}	14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAL	.UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D)E		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					р	D	R	1º	2º	30	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA	DE NA	ACIMIENTO	:	<i></i>		FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA E)E U	LTIM	A REG	iLA: _	
	623745	2	Comas		Α	М	PC	PES O		N	N	1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	Р	X	X	LEV			D509
2	45672			6	X	/		TALL A		X	X	2.	ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO	Р	X	R	PDS	2		U310
		58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	Р	V	R	4			99499.08

PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

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

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

Consejería durante el periodo gestacional:

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



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

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante. En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

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

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

7	8	9	11	13	}	14	15	16		17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUAC	CION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO D)E	١	VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTROPO	METRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	CA						P	D	R	10	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FE0	CHA	DE NA	CIMIENTO				FECH	A U	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA [DE UI	TIM/	A REGI	LA: _	
	623745	2	Comas		Α	М	PC	PES 0		N	N	11.	SUPERVISION DE EMBARAZON CON RIESGO	Р	X	R	2			Z359
2	45672			25	X			TALL A		X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	1			99401
		58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	X	R				99499.08

Conseiería durante el periodo post natal

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



materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

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

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

1	8	9		11	13	3	14	15		1	16	1/	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO D	E PROCEDENCIA	1			PERIME	TRO	EVALU	JACION	ESTA-	SER-	Г	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D)E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10		12	1		SEXO	CEFALIC	COY	ANTROP	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO	O POBLADO	1			ABDOM	IINA	(CA					P	D	R	1º	2º	3º	
IOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:			(*)FE(CHA	DE NA	CIMIEN	NTO:				FECH	IA L	JLTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECI	HA [DE UI	LTIM	A REGI	A: _	
	623745	2	c	Comas		Α	М	PC		PES O		N	N	1.	ATENCION POSTPARTO CONTROL DE PUERPERA	P	X	R	2			59430
2	45672				25	M			\dashv	TALL A		X	X	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	V	R	2			99401
		58				D	X	Pab	ı	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R				99499.08

PP 0016TBC-VIH/SIDA

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

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



Para registro de Tuberculosis (TBC):

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

- **Primera Teleorientación (1°):** Se desarrolla la Consejería Integral en <u>Prácticas Saludables</u>
 - La consejería Integral en Practicas Saludables involucra tocar los siguientes temas: Alimentación saludable, higiene de la vivienda con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar.
- **Segunda Teleorientación (2°):** Se desarrolla la Consejería Integral en <u>Medidas Preventivas</u>, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera **Teleorientación**.

La consejería Integral en Medidas Preventivas involucra tocar los siguientes temas: Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

/	8	9	11	13		14	15		16	1/	18		19		20		Т		21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	A			PERIMET	RO E\	ALUACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO I	DE	Т	٧	ALOR	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO	YAN	ROPOMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ	STIC	D		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	1			ABDOMI	NA	CA					P	D	R	1	ē	2º	30	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA [DE NA	CIMIENT	ro:			FECH	IA U	ILTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA	DE I	JLTI	MA	REG	LA: _	
	623745	2	Comas		X	\bigvee	PC	PE 0		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R		1			99401
١,	45672			25	M	\triangle		TAI	.L	\vee	\searrow	,	ACTIVIDAD DE TUBERCULOSIS	D	V	R					U0008
	45072			25	IVI (A		\nearrow	\wedge	2.	ACTIVIDAD DE TOBERCOEOSIS	-	ľ	∫"					00000
		58			D	F	Pab	н	,	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	V	R	Γ	T			99499.08

Para registro de VIH-SIDA:

Esta actividad se realizará de la siguiente manera:

• (1°) Primera Teleorientación: Se desarrolla la Consejería Integral en <u>Habilidades</u> <u>Sociales</u>.



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

• (2°) Segunda Teleorientación: Se desarrolla una Consejería Integral <u>para el</u> ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas.

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico

Para todas las actividades marque siempre "D"

7	8	9	11	13	- 1	14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAL	.UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D)E		VALOF	1	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12		SE	EXO (CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO	o	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	inós	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO			1	ABDOMINA		CA					p	D	R	1º	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FECI	IA DE	NA	CIMIENTO		<i> </i>		FECH	IA UL	TIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECI	HA E)E UI	LTIM	A REG	LA: _	
	623745	2	Comas		X	M	PC	PES O		N	N	1. (CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	2			99401
2	45672			25	м\/			TALL A		X	X	2.	ACTIVIDAD DE VIH/SIDA	P	X	R				U0064
		58			D	F	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R	1			99499.08

PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

TELEORIENTACIÓN A FAMILIAS PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE CONVIVENCIA SALUDABLE.

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



Consejería a familias con gestantes:

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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

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

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

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

_ /	8	9	11	13		14	15			16	1/	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	TRO	EVAL	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO E	DE		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALIC	COY	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	SNÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOM	IINA		CA					Р	D	R	19	2º	39	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	НА	DE NA	ACIMIEN	NTO:		//_		FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HAI	DE U	LTIM	A REC	BLA:	
	623745	2	Comas		X	м	PC		PES O		N	N	1.	SUPERVISION DE EMBARAZO CON RIESGO	P	X	R	1			Z359
	45672			25	м				TALL		abla			CONSEJERIA INTEGRAL	Р	∇	R	-			99401
2	45072			25	IVI	\/	1		A		\ <u>^</u>	ľ	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	ľ	K	l '			99401
		58			D	ľ	Pab		НЬ		R	R	3.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	×	R				U0066
NOMB	RES Y APELLIDOS PACI	ENTE:		(*)FEC	HA	DE NA	CIMIEN	NTO:			_	FECH	ΑU	ILTIMO RESULTADO DE Hb://	FEC	ÌΧ	DE L	ILTII	ЛА RE	GLA:	
					Α	м	PC		PESO		N	N	1.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R				99499.08
					М		-		TALLA		С	С	2.		Р	D	R				
					D	F	Pab	Ī	нь		R	R	3.		Р	D	R				

Consejería a familias con niños menores de 5 años:

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



- 5° Teleorientación integral entre los 19 y 24 meses: Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la identidad.
- o **6° Teleorientación integral entre los 25 y 36 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la autonomía y el autocuidado.
- 7º Teleorientación integral entre los 37 y 48 meses: Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego.
- 8° Teleorientación integral entre los 49 a 59 meses: Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento-resolución de conflictos.

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

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

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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

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

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

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

7	8	9	11	13		14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETR	0 EV/	ALUACION	ESTA-	SER-	П	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	PO D	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO	Y ANTI	ROPOMETRI	BLEC	VICIO)	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	NÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMIN	Α	CA					P	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENT	0:			FECH	IA U	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	IAI	DE U	LTIM	A REG	LA: _	
	623745	2	Comas		Α	М	PC	PES O		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	3			99401
2	45672			11	M	/		TAL A	L	X	X	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	X	R				U0066
		58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	р	V	R	3			99499.08

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

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:



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

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

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

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

/	0	,	11	15		14	15		10	1/	10		15		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAL	LUACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO E)E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					Р	D	R	10	2º	3º	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA [DE NA	CIMIENTO	:			FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA [DE UI	LTIM	A REGL	A:	
	623745	2	Comas		X	М	PC	PES O		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	3			99401
,	45672				M			TALL		\bigvee	\searrow	,	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	Р	\forall	R				U0066
1	43072				IVI	\bigvee		Α		\wedge	Δ	۷.	ACTIVIDAD EN SALOD MENTAL	_	Δ					00000
		58			D	K	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R	3			99499.08

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

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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

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

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

Г	7	8	9	11	13		14	15		16	17	18		19		20			21		22
		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVAI	UACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	Т	IPO E)E		VALO	R	CÓDIGO
	DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					P	D	R	10	2º	30	
V	OMBI	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA [DE NA	CIMIENTO	:	<i></i>		FECH	IA U	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HAI	DE U	LTIM	A REC	iLA: _	
		623745	2	Comas		X	М	PC	PES O		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	6			99401
	2	45672			2	М			TALL A		X	X	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	Р	X	R				U0066
			58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	X	R	6			99499.08



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

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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

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

/	8	9	11	13		14	15	16	1/	18	19 20	21	22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	l l			PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA TIPO DI	VALOR	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12		SE	EXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD DIAGNÓST	CO LAB	CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	CA			P D	R 1º 2º 3º	
IOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FECH	IA DE	E NA	CIMIENTO:			FECH	ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020 FECHA D	ULTIMA REGLA: _	
	623745	2	Comas		X	м	PC	PES O	N	N	. CONSEJERIA INTEGRAL P	R 7	99401
١,	45672] , [TALL	\bigvee	\searrow	. ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL P	R	U0066
2	43072			'	"	Λ		A	$^{\wedge}$	ᄼ	. ACTIVIDAD EN SALOD MENTAL	"	00000
		58			D /	K	Pab	НЬ	R	R	. TELEORIENTACION SINCRÓNA P	R 7	99499.08

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

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

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

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

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

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



7	8	9	11	13		14	15		16	17	18		19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D)E	1	VALOR	t	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTRO	POMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	inós	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA		CA					Р	D	R	19	2º	30	
NOME	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	CHAI	DE NA	CIMIENTO	:			FECH	IA UI	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA E)E UI	LTIMA	A REG	LA: _	
	623745	2	Comas		X	М	PC	PES O		N	N	1.	CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	8			99401
2	45672			4	M			TALL A		X	X	2.	ACTIVIDAD EN SALUD MENTAL	P	X	R				U0066
		58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	X	R	8			99499.08

CONSEJERÍAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

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

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

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

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

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

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

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

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

7	8	9	11	13	3	14	15	Ť	16	5	17	18		19	\Box	20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIME	TRO	EVALUA	ACION	ESTA-	SER-		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TI	PO D	E		VALO	R	CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALIC	OOY	ANTROP	OMETRI	BLEC	VICIO		Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAG	NÓS	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOM	IINA	CA	4					Р	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FE0	CHA	DE NA	ACIMIEN	NTO:		/_		FECH	ΑU	LTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FECI	IA [DE UI	TIM	A REG	iLA: _	
	623745	2	Comas		X	м	PC		PES 0		N	N	1.	CONSEJERIA DE HIGIENE DE MANOS	Р	X	R	1	RS		99401.24
2	45672			27	М		+		TALL A		X	X	2.	TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	V	R				99499.08
H		58				Ι¥	Pab	H				\sim	_		\mapsto	(\cdot)	-				
					D	\triangle			НЬ		R	R	3.		Р	<u> </u>	R				

Para el registro de la consejería en otras temáticas:

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

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

- En el 1º casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
 - ➤ En el Ítem LAB 1/LAB2 según corresponda:



- 1=Distanciamiento social
- 2=Uso correcto de la mascarilla facial
- 3=Higiene respiratoria
- En el 2º casillero Consejería Integral
 - > En el Ítem LAB 1: Se registra el número de consejería
 - ➤ En el Ítem LAB 2: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 3° casillero Teleorientación Síncrona

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

Cuando se realiza la consejería en el tema de distanciamiento social

/	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	1	IPO E	E		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12		5	SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	CA				P	D	R	10	2º	3º	
IOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA D	E NA	CIMIENTO	:		FECH	HA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HA [DE UI	LTIM	A REGL	A:	
	623745	2	Comas		X	М	PC	PES 0	N	N	1. CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	P	X	R	1			99401.13
2	45672			27	М			TALL A	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL	P	X	R	1	RS		99401
		58			D	Ň	Pab	НЬ	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNA	P	X	R				99499.08

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

7	8	9	11	13		14	15	16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA				PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO E)E	1	VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO Y	ANTROPOMETRI	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	TICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	CA				P	D	R	19	2º	30	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	HA E	DE NA	CIMIENTO	:		FECH	HA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HAI	DE UI	LTIMA	A REGI	A: _	
	623745	2	Comas		X	М	PC	PES O	N	N	1. CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	P	X	R	1	2		99401.13
2	45672			27	M	\/		TALL A	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL	Р	X	R	1	RS		99401
		58			D	X	Pab	НЬ	R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNA	P		R				99499.08

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

7	8	9	11	13	}	14	15		16	17	18	19		20			21		22
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	١			PERIMETRO	EVA	LUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	T	IPO E	DE		VALOR		CÓDIGO
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			SEXO	CEFALICO	ANTR	OPOMETRI	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIA	GNÓ9	STICO		LAB		CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO				ABDOMINA	١	CA				P	D	R	19	2º	3º	
NOMB	RES Y APELLIDOS PAC	IENTE:		(*)FEC	CHA	DE NA	CIMIENTO):			FECH	A ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020	FEC	HAI	DE U	LTIM	A REGL	A:	
	623745	2	Comas		X	М	PC	PES O		N	N	1. CONSEJERIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Р	X	R	1	3		99401.13
,	45672			27	м			TALL		\bigvee	$\overline{\ \ }$	2. CONSEJERIA INTEGRAL	D	∇	R	4	RS		99401
-	43072			21	IVI	\/		Α		\nearrow	Δ	2. CONSESERIA INTEGRAE	-	Ä	"	'	IX 3		33401
		58			D	X	Pab	НЬ		R	R	3. TELEORIENTACION SINCRÓNA	Р	X	R				99499.08

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

