

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

1 M T N

2	3	4	5	6
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2024	JUNIO	C.S. XYZ	ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	MARIA RAMOS RAMOS

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO: ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTÁ- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO							P D R	1º	2º	3º	

AL INICIAR LA VISITA FAMILIAR (SE DEBE APLICAR LA FICHA FAMILIAR)

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JUANA PEREZ PEREZ

1 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

29123456	2	MOLLENDO	38	A M	PC	PESO	N	N	1. VISITA FAMILIAR INTEGRAL DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES	P	D	R	FAM	C0011.01
FICHA FAM : 255				M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	58	INCLAN		D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R		

SEGUNDA VISITA (SEGÚN LA ESTRATEGIA SE PUEDE MODIFICAR EL TIPO DE CONSEJERÍA O ACTIVIDAD SEGÚN MANUAL DE PROMOCIÓN)

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JUANA PEREZ PEREZ

2 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

29123456	2	MOLLENDO	38	A M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	P	D	R		99401.13
FICHA FAM : 255				M	Pab	TALLA	C	C	2. CONSEJERÍA EN HIGIENE DE MANOS	P	D	R		99401.24
	58	INCLAN		D	Ppreg	Hb	R	R	3. VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	D	R		C0011

TERCERA VISITA (SEGÚN LA ESTRATEGIA SE PUEDE MODIFICAR EL TIPO DE CONSEJERÍA O ACTIVIDAD SEGÚN MANUAL DE PROMOCIÓN)

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

3 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

29123456	2	MOLLENDO	38	A M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERÍA INTEGRAL	P	D	R		99401
FICHA FAM : 255				M	Pab	TALLA	C	C	2. VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	D	R		C0011
	58	INCLAN		D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R		

AL TERMINAR DE ENTREGAR A LA FAMILIA LAS INTERVENCIONES PLANIFICADAS EN EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

4 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

29123456	2	MOLLENDO	38	A M	PC	PESO	N	N	1. VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	D	R	FAM TA	C0011
FICHA FAM : 255				M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	58	INCLAN		D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R		

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

				A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R	
				M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

				A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R	
				M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

				A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R	
				M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R	

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD	ITEM 15	ITEM 16	ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	FECHA DE ULTIMA REGLA	
1 USUARIO 2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 3 ESSALUD	4 SOAT 5 SANIDAD FAP 6 SANIDAD NAVAL	10 OTROS 11 EXONERADO	PC = Perimetro cefalico Pab = Perimetro Abdominal Ppreg = Peso Pregestacional	PESO = kg TALLA = Cm Hb = Valor	N= PACIENTE NUEVO C= PACIENTE CONTINUADOR R= PACIENTE REINGRESANTE

Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografia

(*) Opcional