

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

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR



2019



PERÚ Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

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

Sistema de Información HIS

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2019

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Planificación Familiar. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva; Lima: Ministerio de Salud; 2019

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA/CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES/SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO /MANUALES

“Manual de Registro y Codificación de Actividades en Planificación Familiar”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas - Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva

Equipo de Trabajo:

- Dra. Lucy del Carpio Ancaya Directora de Salud Sexual y Reproductiva.
- Lic. Gladys Garro Nuñez - Directora Ejecutiva de la Oficina de Gestión de la Información
- Obst. Marysol Campos Fanola - Responsable de Planificación Familiar- DSARE
- Obst. Sonia Rodríguez Soto - Equipo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva.
- Est. Doris Valdez Robles - Equipo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información
- Lic. Celia Mirí Oviedo Rodríguez Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información

Diseño y Diagramación

Bach. Julie Guillén Ramos

Ministerio de Salud

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

Edición, 2019

PRESENTACION

La Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene como objetivo la disminución de la mortalidad materna y perinatal; en este marco la planificación familiar (PF) se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos (OMS 2012), pues si la mujer u hombre con el apoyo de su pareja planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción, la mujer podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentre en situaciones adecuadas en su salud, economía y educación.

Es así que el MINSA desarrolla las acciones de Planificación Familiar contribuyendo además a que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable, libre é informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que desean procrear en el marco de los derechos humanos y los enfoques de género e interculturalidad.

La atención en planificación familiar se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil dentro de los cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería, la evaluación clínica de la/el usuaria/o, prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, seguimiento y atención de otras necesidades de salud.

Es importante considerar que si la mujer planea un próximo embarazo se desarrollan acciones de atención preconcepcional, el cual tiene como objetivo identificar y modificar los factores de riesgo reproductivo tanto biológicos como sociales con el fin de mejorar sus condiciones y tener mejores resultados posibles tanto para la gestante y el feto.

Consideramos que el registro estadístico en Planificación Familiar, se convierte en un sistema de información necesaria para la toma de decisiones en la solución de los problemas sanitarios relacionados a la salud sexual y reproductiva. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades de Planificación Familiar, el cual contiene también la atención preconcepcional, para su difusión y estandarización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y estomatológicos – CPMS MINSA.



Elizabeth Zulema Tomás Gonzales
Ministra de Salud

Óscar Alfredo Broggi Angulo
Viceministro de Salud
Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Rosario Esther Tapia Flores
Secretario General

Helar Miguel Herbozo Ventosilla
Director General
Tecnologías de la Información

**DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402.04	Orientación/consejería en planificación familiar	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	Y4253	Efectos secundarios del Implante
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z3002	Orientación/consejería AQV
11975	Inserción de cápsulas anticonceptivas implantables	Z33X1	Falla de DIU
99208.13	Administración y uso del método oral combinado	Z33X31	Falla inyectable mensual
99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual	Z33X32	Falla inyectable trimestral
99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
99208.02	Provisión de preservativos masculinos	Z33X5	Falla preservativos masculino
99208.06	Provisión de preservativos femeninos	Z33X51	Falla preservativos femenino
55250	vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal bilateral	Z33X4	Falla de implante
58605	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado)	Z33X8	Falla de vasectomía
58611	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea o cirugía abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
99208.07	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Z33X24	Falla anticonceptivo oral de emergencia / Levonorgestrel
99208.08	Atención en el método de Abstinencia periódica Ritmo	Z33X91	Falla de Ritmo
99208.09	Atención en el método de Abstinencia periódica Billings	Z33X92	Falla de Billings
99208.10	Atención en el método de los días fijos (MDF)/Collar	Z33X93	Falla de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
99208.11	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
99208.12	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno	Z123	Examen de pesquisa especial para tumor de la mama. Examen de mamas.
T833	Complicación de Dispositivo anticonceptivo Intrauterino DIU	58301	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)
T8331	Expulsión de DIU	11976	Remoción cápsulas anticonceptivas implantables
T8332	Sangrado anormal asociado a DIU	88141	Citopatología, vaginal o cervical. Toma de PAP
T8333	DIU en cavidad abdominal	59410	Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto
T8334	DIU encarcelado	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio
T8335	Complicación de DIU con perforación uterina	59515	Cesárea, incluyendo atención postparto
T8336	Dolor pélvico asociado con DIU	59812	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente
Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía	86703	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único /Prueba rápida VIH)
N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica	86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)
Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada	87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)
Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual	86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)
		99401.33	Consejería Pre-Test para VIH
		99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo
		99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo
		99402.12	Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género
		99402.13	Consejería/Orientación en casos de violencia basada en género
		99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
		99385.02	Atención preconcepcional (18 a 39 años)
		99386.02	Atención preconcepcional (> 40 años)

**DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402.03	Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	C0009	Sesión Educativa
99199.11	Administración de Tratamiento Kit VS	C0011	Visita familiar integral
99402.07	Consejería/Orientación para AE	C0011.02	Visita familiar para Cuidados esenciales AQV
96150	Entrevista de Tamizaje	U161	Usuaría Captada
		U0033	Actividad de Planificación Familiar

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en los ambientes que se brinda la atención de planificación familiar como son: consulta externa, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico. Según nivel de atención.

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y **utilice los siguientes ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” hasta un máximo de 20 actividades para completar el registro de la atención.**

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

Actividades a registrar en una atención a usuarias de planificación familiar

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208		
					M			TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04	
	07033136	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	96150
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.12
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	3. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	1. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z123
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.34
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Esquema de Programación de Consultas, Controles y Entrega de Medicamentos e Insumos de Acuerdo al tipo de Anticonceptivo

Método	Duración de la Protección	Consultas Nuevas y de Seguimiento	Cantidad de Insumos a Entregar		Número de Consultas Programáticas Anual
			Por Consulta	Programática Anual	
Preservativo o condón masculino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Preservativo o condón femenino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Hormonal combinado oral (Píldora)	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Hormonal combinado inyectable mensual	Uno por vez	Cada mes por todo el año	Uno por consulta	Doce	12 por usuaria
Hormonal de solo progestágenos inyectable de depósito trimestral	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
Implante	Uno por vez	Inserción, 1er control a los tres días, luego al mes, a los 3 meses y luego cada año	Uno cada tres años	Uno	3 por usuaria nueva o reinscripción 1 por continuadora
DIU (T de cobre)	Uno por vez	Inserción, 1er. control a la semana, luego al mes de inserción luego cada año	Uno cada doce años	Uno por nueva o reinscripción	3 por usuaria nueva o reinscripción 1 por continuadora
Bloqueo Tubario Bilateral	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, Segundo control al mes 01 cada año	No aplicable	Uno por nueva	2 por nueva 1 por continuadora
Vasectomía	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses 01 cada año	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	3 por nuevo 1 por continuador
Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	6 meses	Primer control a los 45 días posparto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
Billings o del moco cervical	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Ritmo o de la Regla	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Método de los días fijos o método del collar	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

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

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

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero el método elegido por la usuaria

Las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2 según corresponda
- En el 3º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___									
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99208
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99208.13

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN AQV

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

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

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___									
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería/Orientación en AQV	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3002
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USUARIAS NUEVAS

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

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

- **PROVISIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo

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

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

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

Las usuarias NUEVAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación / consejería 1 ó 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIZACION MIELO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	84455	1	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20722	1	Los Olivos	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	75423156	56			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método inyectable Trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	18635	1	San Juan de Lurigancho	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	03365706	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	21240	1	Rimac	18	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	64237446	56			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método preservativos masculinos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	99208.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	18635	1	San Juan de Lurigancho	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	95621554	56			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método preservativos femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	99208.06

USUARIAS CONTINUADORAS

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

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

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

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

La usuarias CONTINUADORAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	84455	1	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método oral combinado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	4	99208.13
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20722	1	Los Olivos	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	75423156	56			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso del método Inyectable Trimestral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99208.05
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	03365706	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método inyectable mensual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	99208.04
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21240	1	Rimac	18	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	64237446	56			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método condón masculino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30	99208.02
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	03365706	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración y uso de método condón femenino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30	99208.06
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R			

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	San Martín de Porres	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	58300

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA

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

CONTROLES DEL DIU

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

- En el 1º casillero Control de DIU

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número **DEJE EN BLANCO**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Control de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58300
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

REINSERCIÓN DEL DIU

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	42120	1	Puno	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	01367033	02			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Reinscripción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	58300

REMOCIÓN DEL DIU

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	42120	1	Puno	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58301
	01367033	02			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

Si se realiza Remoción y Reinserción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 2º casillero de la reinserción de DIU marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 2º casillero registre el número de insumos **"1"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	21240	1	Rimac	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58301	
	64237446	56			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reinserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	58300
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA NUEVA
Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de Implante

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero registre el número de insumos **"1"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	21889	1	Rimac	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	16423746	56			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Inserción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	11975

CONTROL DEL IMPLANTE

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

- En el 1º casillero el número **DEJE EN BLANCO**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	21889	1	Rimac	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	16423746	56			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Control de Implante	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	11975
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

REINSERCIÓN DEL IMPLANTE

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
	21889	1	Rimac	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	16423746	40			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3. Reinserción de Implante	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	11975

REMOCIÓN DEL IMPLANTE

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	21889	1	Rimac	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11976
	16423746	40			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

Si se realiza Remoción y Reinserción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 2º casillero de la reinsertión de Implante marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21889	1	Rimac	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11976	
	16423746	40			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reinserción de Implante	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	11975
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	P	D	R		

MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA) EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería en PF "1"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	Barranco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Registrar a la usuaria NUEVA a los 40 días post parto o en el 2º Control de la puérpera

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la orientación/consejería el número correspondiente 2
- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	Barranco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402.04
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención de parto vaginal incluyendo atención postparto	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		59410
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.07

Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 06 meses cuando termina la lactancia materna exclusiva

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En ambos caos marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA el número de la consulta 2.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	Barranco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99208.07
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casillero marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab "DEJE EN BLANCO"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	Barranco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99208.07
	07033136				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA: RITMO, BILLINGS Y DÍAS FIJOS / COLLAR
Usuaris Nuevas

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

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la orientación/consejería el número correspondiente 1, 2
- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	Sn Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
	07033136	40			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.08

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	120635	1	Comas	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
	07033124	40			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.09

Usuarías Continuadoras

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casiller marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 2, 3...

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	20635	1	Sn Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033136	58			<input type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99208.08
					<input type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	120635	1	Comas	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033124	40			<input type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	3	99208.09
					<input type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA

Esta actividad se recoge de los libros de sala de operaciones y se registra en el HIS por no tener otro registro además de la historia clínica que permita recogerla de manera sistematizada.

Ligadura de Trompas

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

- En el 1º casillero Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal o bilateral

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58600
	07033136	58			<input type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
					<input type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	

Vasectomía

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

- En el 1º casillero Vasectomía bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vasectomía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	55250
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
	07034436	56			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

EN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	58600
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	07033136	58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vasectomía	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	55250
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	07034436	56			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio según corresponda
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	58600
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar para Cuidados esenciales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011.02
	07033136	58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vasectomía	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	55250
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar para Cuidados esenciales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011.02
	07034436	56			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTETRICO
Cuando se realiza la ligadura de trompas durante la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea

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

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58611
					D	<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Cuando se realiza la ligadura de trompas después de la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva

En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización

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

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	07033136	56			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58605
					D	<input checked="" type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Cuando se prescribe el método anticonceptivo después de la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Cesárea, incluyendo atención postparto (**59515**)
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Cesárea, incluyendo atención postparto marque "R"
- En los demás casilleros marque "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	Sn Martín	22	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99208	
	07033136	40			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.04	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Cesárea, incluyendo atención postparto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		59515	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método inyectable Trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99208.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

Cuando se realiza Post aborto

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **(59812)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **"R"**
- En los demás casilleros marque **"D"**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	10635	1	Sn Martín de Porres	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99208	
	17033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.04	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		59812	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Inserción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	58300
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

Cuando se realiza después del Parto

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto **(59410)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **“R”**
- En los demás casilleros marque **“D”**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
	8635	1	Sn Martín de Porres	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	11033136	40			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		59410
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Inserción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	11975
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Toma de Papanicolaou y examen clínico de mamas, registre de la siguiente manera:

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

- En los primeros casilleros anote las actividades como Atención en planificación Familiar y SSR, consejería en PF, la prescripción del metodo anticonceptivo, tamizaje de violencia, etc.
- En los siguientes casilleros libre Toma de PAP, examen clinico de mamas y la consejeria para riesgo de cáncer

 En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **“D”** para las actividades.

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la Toma de PAP deje en blanco
- En el casillero del examen de mamas anote:
 - **“N”** si es normal
 - **“A”** si es anormal
- En el casillero de la consejería el número de sesión 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
	22635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	17034133	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	96150
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.12
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z123
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Cuando se tienen los resultados de PAP normal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1° casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2° casillero consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado del resultado la letra "N" de normal.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	88141

Cuando se tienen los resultados de PAP anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1° casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2° casillero consejería para riesgo de cáncer
- En el 3° casillero la evaluación y entrega de resultado
- En el 4° casillero el resultado del PAP positivo

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado del resultado la letra "A" de normal.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	19023136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Displasia cervical leve	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N870	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Cuando el examen clínico de mama es anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero examen clínico de mama
- En el 3º el resultado del examen clínico

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del examen clínico la letra "A" de normal
- En el casillero del nódulo de mama "RF" de referencia.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Examen de mama	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z123
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb	R	R	3. Nódulo en mama	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	N63X

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA
- En los otros casilleros atención de planificación familiar y SSR, el método anticonceptivo prescrito, la toma de PAP, etc

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el 1er casillero marque siempre "R"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO	N	N	1. Infección de VIH sin SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z21X1	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208	
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb	R	R	3. Administración y uso del método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC			PESO	N	N	1. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	88141	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA	C	C	2. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	Z123
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb	R	R	3. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.08

El diagnóstico preexistente de Infección por VIH debe registrarse con tipo de diagnóstico "R" siempre que se haga referencia a él en el registro, de lo contrario se estarían duplicando los casos ya existentes

CAPTACIÓN DE LA USUARIA

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

Registre:

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

- En el 1º casillero Usuaría Captada
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el casillero del método anticonceptivo marque siempre **“D”** si la usuaria es nueva ó **“R”** si es continuadora en el método

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo anote el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Usuaría captada	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		U161
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99208
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso del método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99208.13
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		88141
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F Pab	Hb	R	R	3. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	Z123
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.08
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

La definición operacional describe como Usuaría Captada a aquella que una vez identificada se realiza la intervención, viene al establecimiento y OPTA POR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, no hay paciente captada si no opta por un método anticonceptivo.

Los registros que solo señalen “usuaria captada” y no describan el método anticonceptivo elegido por la usuaria **NO SERÁN INGRESADOS EN EL SISTEMA HIS**

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo	Código	Efectos Secundarios/Complicaciones
1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)	N912 R11X R51X	Efectos Colaterales: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
2. Anticonceptivos Hormonales Combinados de Depósito: Inyectable Combinado	N912 R11X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
3. Inyectables solo de Progestina:	N912 N914 N939 R58X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado

	R51X	e. Cefalea persistente
4. Implantes solo de Progestina	N912	Efectos Secundarios: a. Amenorrea
	N914	b. Sangrado infrecuente
	N939	c. Sangrado frecuente
	R58X	d. Sangrado prolongado
	R51X	e. Cefalea persistente
5. Dispositivo Intrauterino (DIU)	N912	Efectos Secundarios/Complicaciones: a. Amenorrea
	N943	b. Dismenorrea
	T8331	c. Expulsión de DIU
	N914	d. Sangrado infrecuente
	T8332	e. Sangrado frecuente asociado a DIU)
	R58X	f. Sangrado prolongado
	T8333	g. DIU en Cavidad Abdominal
	T8334	h. DIU Extraviado
	T8335	i. Perforación Uterina
	T8336	j. Dolor Pélvico
6. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina	C678	Complicaciones: a. Lesiones de la Vejiga o del Intestino
	R58X	b. Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo)
	R102	c. Dolor de la incisión
	N837	d. Hematoma subcutáneo
	T81.4	e. Infección de Herida operatoria
	T814	f. Fiebre postoperatoria
7. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculino	R60.0	Complicaciones: a. Inflamación severa
	R233	b. Equimosis
	N50.1	c. Hematoma
	T814	d. Infección de la herida operatoria
	N492	e. Granuloma a nivel de la herida

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 2º casillero el efecto secundario del método en uso de acuerdo a la especificación que se muestra en el cuadro anterior.

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

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				
	201222	1	Sn Martín de Porres	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N912
	07033034	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efecto secundario Inyectable Trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y4252
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				
	120635	1	Sn Martín de Porres	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N912
	07033136	56			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundario oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y4241
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	P	D	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
40635	1	Sn Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N912
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios de inyectable mensual			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y4251
02033136	40			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
60635	1	Sn Martín de Porres	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N912
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efectos secundarios del Implante			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y4253
05033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

COMPLICACIONES DIU

Las complicaciones que no estén confirmadas deberán ser registradas con tipo de diagnóstico Presuntivo "P"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
20635	1	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Sangrado anormal asociado a DIU			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	T8332
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
54722	1	Camaná	29 A	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Complicaciones DIU con perforación uterina			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	T8335
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
69170444	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
1899	1	Sullana	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Dolor pélvico asociado a DIU			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	T8336
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
34200183	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
60635	1	Sn Martín de Porres	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N912
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Complicaciones del DIU			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	T833
05033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

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

En el ítem: Lab anote en la Atención Prenatal "1" de la primera atención.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	20635	1	San Martín de Porres	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Falla de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z33X21
	07033136	56			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención Pre Natal 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

ENTREVISTA DE TAMIZAJE

Definición Operacional: Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas y/o trastornos de Salud Mental en la población.

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

- En el 3º casillero la Entrevista de Tamizaje de violencia

En el ítem: Lab anote la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

- **VIF**= Violencia Intrafamiliar
- **VSX**= Violencia sexual

Cuando el Tamizaje es Negativo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	381544	1	Puno	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
	10373036	02			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.13	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	96150
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.12
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO

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

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero Anticoncepción de Emergencia/Progestágeno

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero el número de Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero el número de **BLISTER ENTREGADOS** a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	381544	1	Puno	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO	N	N	1. Consejería/Orientación para AE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.03
	10373036	02			M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Anticonceptivo de Emergencia / Progestágeno	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.12
					D		Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO EN VIOLENCIA SEXUAL

Kit para la atención de casos de violencia sexual

A nivel de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del I-1 al I-3 (kit mínimo):

PRODUCTO	CANTIDAD
Levonogestrel 0.75mg – Blíster por 02 tabletas.	01
Prueba rápida para Hepatitis B	01
Prueba rápida Duales VIH/SIFilis	01
Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT adulto) ⁽²⁾	01
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml	02
Azitromicina 500 mg – tableta ⁽³⁾	02
Penicilina Benzatínica 2400000 UI inyectable	01
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) ⁽⁴⁾	01
Preservativos sin Nonoxinol	20

- (1) De no contar con este producto dual, considerar pruebas por separado.
(2) Considerar su aplicación dentro de las 24 horas de la atención.
(3) Disponibilidad y uso a partir de establecimientos I-3 y con prescripción del personal de salud competente.
(4) Disponibilidad y uso a partir de establecimientos I-3.

A nivel de los Establecimientos I-4 y Hospitales del segundo y tercer nivel (kit completo):

PRODUCTO	CANTIDAD
Levonogestrel 0.75mg – Blíster por 02 tabletas.	01
Prueba rápida para Hepatitis B	01
Prueba rápida Duales VIH/SIFilis	01
Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT adulto)	01
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml (02)	03
Azitromicina 500 mg – tableta	02
Penicilina Benzatínica 2400000 UI inyectable	01
Cefixina 400mg o Ceftriaxona 1g – inyectable	01
Emtricitabina 200mg+ Tenofovir 300 mg - tableta ⁽²⁾	30
Lopinavir/ritonavir 200/50 mg. (LPV/r)	120
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) ⁽⁴⁾	01
PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL	20

- (1) De no contar con pruebas duales, considerar pruebas por separado.

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

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero Anticoncepción de Emergencia/Progestágeno
- En los otros casilleros las actividades comprendidas en el KIT de acuerdo al nivel del EESS: tamizaje con pruebas rápidas, consejería, provisión de preservativos
- En el último casillero en blanco la administración de tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero registre el número de **BLISTER ENTREGADO** a la usuaria
- En el casillero de Administración de tratamiento anote "TA" cuando se entrega todo el Kit completo en la primera atención
- En el casillero de la última fila libre anote "**VSX**" de Violencia Sexual

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	381544	1	Puno	21	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación para AE	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.03	
	10373036	02			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Anticonceptivo de Emergencia / Progestágeno	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99208.12	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99401.33	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	86703
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99403.34	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	87342
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99402.05	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	99199.11	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VSX	
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

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

Se considera preparada cuando ha recibido tres (03) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo (una dosis de 1 mg de ácido fólico al día), tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote las actividades como la Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, suplementación con ácido fólico, Toma de PAP, Tamizaje de VIH, Sifilis, etc.

En el ítem: **Lab** correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, 3 según corresponda.

- En el casillero del Examen de mama
 - N si es Normal
 - A si es Anormal
- En el casillero de la consejería nutricional el número de sesión 1, 2, 3... según corresponda
- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional "IMC" para indicar que la evaluación es el resultado del índice de mas corporal
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2 y del Anticuerpo treponema pallidum, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es no reactivo

En el ítem: **código CIE/CPT**, anote claramente:

- En el casillero de la atención preconcepcional 1º Supervisión de embarazo
 - Atención preconcepcional (18 a 39 años) **99385.02**
 - Atención preconcepcional (> 40 años) **99386.02**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	84455	1	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99385.02
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	E660
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Examen de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	Z123
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Suplementación de ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.03
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	TALLA	C	C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3. Tamizaje de Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VIF	96150
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.12
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	TALLA	C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99401.34
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	TALLA	C	C	2. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	87342
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

En la siguiente Atención preconcepcional, anote:

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote las actividades como la suplementación con ácido fólico, consejería en salud sexual y reproductiva, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional 2,3 según corresponda
- En el 2º casillero suplementación del ácido fólico el número 2, según corresponda la entrega de los comprimidos

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99385.02
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Suplementación de ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	59401.03
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	¿	99402.03

TAMIZAJE PARA VIH EN MEF

CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 1º casillero Consejería Pre test para VIH
- En el 2º casillero Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único **(El prestador podrá escribir "Tamizaje de VIH" para la abreviatura del procedimiento)**
- En el 3º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.04
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.34

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99401.33
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R		

CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

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

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99208
	07033136	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99401.34
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	R	R	3.	P	D	R		

B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

VISITA DOMICILIARIA

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

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral

DIA	D.N.I.	FINANCIADOR	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ÉTNICA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
	20635		San Martín de Porres	22	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
	07033136	58			M	Pab	TALLA	C	C	2. Visita Familiar Integral	P	D	R	2	C0011
					D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Consideraciones:

- Las visitas de seguimiento serán programadas por el personal de salud, no existe restricciones en el ingreso para el número de visitas por paciente.
- Las visitas de seguimiento de pacientes al ser programadas deben contar con los datos del paciente en seguimiento por lo que **NO DEBE OMITIRSE HC, DNI, Procedencia, etc.**
- Las visitas de seguimiento de pacientes **SIEMPRE** deben tener el **MOTIVO** de la visita, **NUNCA** se registra "Visita Familiar Integral" sola.

y duración entre 01 a 02 horas.

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

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- | | | | |
|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| • APP141 | Actividades con Adolescentes | • APP151 | Actividades en Mujeres |
| • APP162 | Actividades con Jóvenes | • APP152 | Actividades en Gestantes |
| • APP142 | Actividades con Adultos | • APP153 | Actividades en Puerperas |
| • APP144 | Actividades con Docentes | | |

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

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

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

DIA	D.N.I.	FINANCIADOR	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ÉTNICA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
	APP151				M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	18	C0009
					M		TALLA	C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	D	R		U0033
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

