

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



Sistema de Información HIS

Etapa de Vida Niño





Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud



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

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

**Equipo de Trabajo:**

**Coordinadores de la Etapa de Vida Niño y Componente Neonatal de las DIRESAs/GERESAs/DIRIS**

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

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

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

Dr. José Eliseo Bernable Villasante, Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.

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

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

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

Lic. Domitila Huamán Baltazar, Equipo técnico Etapa de Vida Niño

Lic. Marisol Borda Belizario, Equipo Técnico Etapa de Vida Niño

©MINSAs-febrero 2021.

**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)

[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

1ra Edición, febrero 2021

**Diseño y Diagramación**

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

**Tiraje:** -----

**Imprenta:** -----(Nombre de la imprenta)

**RUC:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**E-mail:**

Se terminó de imprimir en ----- 2021.

**Versión Digital:**



Óscar Raúl Ugarte Ubilluz  
**Ministro de Salud**

Percy Luis Minaya León  
**Viceministro de Salud Pública**

Bernardo Elvis Ostos Jara  
**Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

Karim Jaqueline Pardo Ruíz  
**Directora General de Intervenciones  
Estratégicas en Salud Públicas (e)**

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





## CONTENIDO

	PÁG.
<b>Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades.....</b>	<b>07</b>
Organización de la Hoja HIS.....	07
Algunas recomendaciones para el llenado de la hoja HIS.....	07
<b>Lista de códigos para las actividades más frecuentes.....</b>	<b>10</b>
<b>Instrucciones para el registro del plan de atención integral.....</b>	<b>12</b>
<b>Instrucciones para el registro durante la atención inmediata del recién nacido.....</b>	<b>13</b>
Consideraciones en la valoración inicial del recién nacido.....	13
Otras actividades codificadas que se realizan en la atención inmediata.....	14
<b>Instrucciones para el registro durante el alojamiento conjunto.....</b>	<b>16</b>
Tamizaje neonatal.....	16
<b>Instrucciones para el registro durante la visita domiciliaria al recién nacido.....</b>	<b>18</b>
<b>Instrucciones específicas para el registro de los controles de crecimiento y desarrollo(CRED)....</b>	<b>20</b>
Consideraciones generales para el CRED en el recién nacido.....	20
<b>Consideraciones generales para el control del CRED en la niña y el niño mayor de 29 días.....</b>	<b>23</b>
<b>Consideraciones generales para niñas y niños con riesgo en el crecimiento y desarrollo.....</b>	<b>36</b>
Consideraciones generales para el seguimiento intramuro a niñas y niños con riesgo en el crecimiento y/o desarrollo.....	38
<b>Evaluación visual en niños menores de 3 años en Establecimientos de Salud.....</b>	<b>39</b>
<b>Sesiones de atención temprana del desarrollo.....</b>	<b>40</b>
<b>Instrucciones para el registro de las actividades en niñas y niños de establecimientos salud que no cuenten con profesionales de enfermería/médico.....</b>	<b>41</b>
<b>Instrucciones para el registro de la visita domiciliaria.....</b>	<b>42</b>
<b>Instrucciones para el registro de la profilaxis antiparasitaria y suplementación de vitamina “A”....</b>	<b>43</b>
Administración de antiparasitarios.....	43
Suplemento con vitamina A.....	43
<b>Instrucciones para el registro de los servicios de la telemedicina durante el control del crecimiento y desarrollo.....</b>	<b>44</b>
Teleconsulta.....	44
Teleorientación.....	45
Telemonitoreo.....	46



	PÁG.
<b>Instrucciones para el registro de la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas.....</b>	<b>48</b>
Registro de la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).....	49
Registro del monitoreo del tratamiento.....	50
Registro de la referencia a un establecimiento de mayor complejidad.....	51
<b>Instrucciones para el registro de la atención del Síndrome de Obstrucción Bronquial(SOB)- ASMA..</b>	<b>53</b>
Registro de la atención del Síndrome Obstrutivo Bronquial(SOB) –ASMA.....	53
Registro de las consejerías.....	53
<b>Instrucciones para el registro de la atención de la Enfermedad Diarreica Aguda para la atención de las Enfermedades Diarreicas Agudas, sin deshidratación.....</b>	<b>58</b>
Atención de las Enfermedades Diarreicas Agudas, con complicaciones.....	60
Registro de las consejerías.....	60
Monitoreo del tratamiento.....	61
Caso de referencia.....	62
<b>Instrucciones para el registro de la atención de Parasitosis Intestinal.....</b>	<b>63</b>
Atención de parasitosis intestinal en niños y niñas.....	64
Consejerías.....	64
Registro de la profilaxis antiparasitaria en niños y niña.....	65
Visitadomiciliaria.....	65
Referencia.....	66



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

El sistema de información en consulta ambulatoria (HIS), es un conjunto de elementos que interactúan entre sí desarrollando procesos manuales y automáticos orientados al tratamiento y administración de datos e información generados en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud, los datos generados se almacenan, se procesan y se interpretan.

### 1.1 ORGANIZACIÓN DE LA HOJA HIS

#### Datos Generales

Son los datos que constituyen la información básica similar para cada una de las atenciones y/o actividades de salud realizadas.

LOTE	<input type="text"/>	<b>MINISTERIO DE SALUD</b> <b>OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION</b> <b>OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION</b> <b>Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud</b>	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS								
PAGINA	<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3">TURNO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">N</td> </tr> </table>			TURNO			M	T	N
TURNO											
M	T		N								
FECHA PROCES.	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3">NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">DNI</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI			
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
DNI											
DNI DIGITADOR	<input type="text"/>										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						

#### Datos Específicos

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
22	26245588	2	MATUCANA	18	A	M	PC	PESO	65	N	N	1.	P	D	R					
	6308	58			M			TALLA	1.7	C	C	2.	P	D	R					
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R					

### 2.2 ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DE LA HOJA HIS

#### 2.2.1 Edad:

En la hoja HIS registre en valores numéricos y enteros, seguido del identificador del tipo de edad (días, meses o años de la persona atendida). En una Atención: Registre en la edad cumplida del paciente, colocando en números si ésta es referida a días(D), meses(M) o años(A), es decir:

\*D = desde 01 día hasta los 29 días de edad.

\*M = desde 01 mes hasta los 11 meses de edad.

\*A = a partir de 01 año

\*En el caso del recién nacido de horas registre 01 día.

#### 2.2.2 Evaluación Antropométrica y/o de Hemoglobina:

a) **Peso:** Es la medición antropométrica de la fuerza de atracción a la tierra del cuerpo de una persona, que es utilizado para la valoración de estado nutricional. Normalmente se expresa en kilogramos (kg). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1kg.(XX.X).

**b) Talla:** Es la medición antropométrica de la longitud o estatura de una persona, que es utilizado para la evaluación del crecimiento y valoración de estado nutricional. Normalmente se expresa en centímetros (cm).

Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XX.X).



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

**c) Hemoglobina:** Es una proteína compleja, constituida por el grupo hem (que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito) y una porción proteínica (la globina, compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas: dos cadenas alfa y dos cadenas beta). Es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. Normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1g/dL.(XX.X)

**d) Fecha de Hemoglobina:** Es la fecha de entrega de resultado de laboratorio de hemoglobina, su utilidad radica en que permite identificar en el tiempo el resultado y evita la duplicidad si es registrado en más de una ocasión por diferente personal de salud.

### 2.2.3 Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud

En el caso de enfermedad o Procedimiento, en el primer casillero debe registrarse el motivo de consulta o atención por el que acude el usuario, teniendo especial cuidado en hacerlo con letra clara y legible. No se deben utilizar abreviaturas ni siglas.

**En una Atención:** Anote el o los diagnósticos de morbilidad o estado de salud de la persona, la condición de riesgo, daños externos y causas de daños, siendo posible anotar “n” diagnósticos, Actividades y procedimientos Tomando en cuenta el CIE y CPMS

#### a) La clasificación internacional de enfermedades-CIE10:

Ofrece una manera de poder registrar una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que están ocupando el lugar de los diagnósticos en los registros de salud.

#### b) El Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud - CPMS aprobado según R.M.902-2017/MINSA:

Contiene la relación ordenada de los Procedimientos médicos con la finalidad de estandarizar la identificación (clasificación, denominación, codificación y descripción) de los procedimientos médicos y sanitarios del sector salud para los diferentes usos. Está basado en la codificación y clasificación. Current Procedural Terminología (CPT) internacional.

**2.2.4 Pertenencia Étnica:** Es el reconocimiento que a una persona hace de un conjunto de características socioeconómicas y culturales, que considera como propias tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes.

La R.M. N°975-2017/MINSA Aprueba la Directiva Administrativa N°240 -MINSA/2017/INS:



Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.

En caso de menores de edad se considera el dato proporcionado por el responsable del niño o niña. El proveedor no debe suponer la respuesta.



*Para mayor información sobre generalidades del registro HIS, siga las instrucciones que se dan en: Guía de Uso y Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud en la Hoja HIS Minsa.*

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

Descripcion de Procedimientos CPMS			
99436	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto/ <b>Atención inmediata del Recién Nacido</b>	87177.01 87178	metabólico: toma de muestra. Estudio parasitológico por 3 Test de Graham.
99436.02	Contacto piel a piel del RN con su madre	96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.
99460	Atención inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la evaluación y manejo del recién nacido normal/ <b>Alojamiento Conjunto.</b>	85018 C0011	Dosaje de Hemoglobina Visita familiar integral
99381.01	Atención Integral de Salud del niño - <b>CRED Neonato</b>	99252	Consejería nutricional de niños en riesgo.
99381	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED menor de 1 año</b>	99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).
99382	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED de 1 a 4 años</b>		
99383	Atención Integral de Salud del Niño- <b>CRED de 5 a 11 años.</b>		
99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas:Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión. <b>En menor de 1 año</b>	99401.01	Consejería en el apego y comunicación.
99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas:Lenguaje, motora, de coordinación y social)/Sesión. 1 a 4 ños	99401.03 99401.04	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva. Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.
99205	Atención de enfermería en I nivel de atención*seguimiento	99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo
99242	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador.	99401.06	Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)
99431	Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99401.07 99401.08	Consejería en inmunizaciones Consejería de identificación de signos de alarma.
99431.01	Identificación de Hipoacusia/ <b>Tamizaje de hipoacusia.</b>	99401.09	Consejería para la prevención de muerte súbita del lactante.
99431.02	Identificación de Catara Congénita <b>Tamizaje de cataratas congénita.</b>	99401.10	Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar.
99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado/ <b>Evaluación médica del recién nacido.</b>	99401.12	Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras)
94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinación/ <b>Tamizaje de cardiopatía congénita</b>	99401.24 99401.17	Consejería en higiene de manos Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH
99502	Visita domiciliaria para cuidado y evaluación neonatal		
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable	99401.25	Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados.
36416	Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)/Tamizaje neonatal		



99403	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante	99403.01	aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional). Consejería nutricional: Alimentación saludable.
-------	---	----------	--

### Descripción de los Diagnósticos CIE

D0120	Examen estomatológico		no especificada.
P070	Peso extremadamente bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer es de 999 gramos o menos. /RN <b>peso extremadamente bajo al nacer.</b>	E45X E669 R628	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica. Obesidad, no especificada. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado ( <b>Inadecuado Peso/ Talla</b> ).
P071	Otro peso bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer va de 1000 a 2499 gramos/RN <b>bajo peso al nacer.</b>	E441	Desnutrición proteico calórica leve (ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 1 a menos de 2 desviaciones).
P072	Inmaturidad extrema, recién nacido con una gestación de menos de 28 semanas completas (menos de 196 días completos) /RN <b>prematureo extremo.</b>	R620 <b>E6690</b>	Retardo del desarrollo. Aumento anormal de peso (Sobrepeso)
P073	Otros recién nacidos pretérminos, recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completos, pero menos de 259 días completos) /RN <b>prematureo.</b>	D509 Z001 Z002	Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación. Control de salud de rutina del niño Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia
Q02X	Microcefalia	Z724	Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)
P080	Recién nacido excepcionalmente grande, Generalmente implica un recién nacido de peso al nacer de 4500 gramos o más.	Q120	Catarata congénita
P081	Otro <b>recién nacido</b> con sobre peso para la edad gestacional, sin importar el periodo gestacional.	H902 E89	Hipoacusia conductiva, sin otra especificación Fibrosis quística, sin otra especificación.
P082	<b>Recién nacido postérmino</b> sin sobrepeso para su edad gestacional, con periodo gestacional de 42 semana completas o más (294 días o más), sin sobrepeso o grande para la edad/ <b>recién nacido postérmino.</b>	E700 E250 E031 P929	Fenilcetonuria clásica Hiperplasia suprarrenal congénita Hipotiroidismo congénito sin bocio Problema no especificado de la alimentación del recién nacido/ Suspensión de la LME en el neonato y niño
E344	Estatura Alta Constitucional		
E440	Desnutrición Proteico calórica Moderada		
E43X	Desnutrición Proteico calórica Severa,		



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

### III. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

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

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

- En el 1° casillero: Plan de Atención Integral



En los casilleros restantes registrar los “diagnósticos, motivo y/o actividades” correspondientes a la atención.

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

- SIEMPRE “D”

En el ítem **Lab** anote:

- Si se está iniciando el **Plan de Atención Integral** corresponde registrar en el **LAB: “1”**

#### Ejemplo: Inicio del Plan de Atención Integral (Elaborado)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/ PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	97526341	2	Lince	1	A	PC	40.0	PESO	5.0	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C8002
	57412				M			TALLA	53.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ...	P	D	R				...
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. ...	P	D	R				...

- Sí el Plan de Atención Integral a culminado, corresponde registrar en el **LAB: “TA”**

#### Ejemplo: Termina del Plan de Atención Integral (Ejecutado)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/ PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	97526341	2	Lince	11	A	PC	40	PESO	9.0	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			C8002
	57412				M			TALLA	74.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ...	P	D	R				...
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. ...	P	D	R				...



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



#### IV. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DURANTE LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

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

##### Esta atención incluye:

- Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido.
- Evaluación del riesgo de la niña o niño durante y después del nacimiento; elaboración de la Historia Clínica Perinatal.

##### Primeros 60 minutos

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

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

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

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

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



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

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

#### 4.2 OTRAS ACTIVIDADES CODIFICADAS QUE SE REALIZAN EN LA ATENCIÓN INMEDIATA

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

#### EJEMPLO 1:

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

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

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional del Recién Nacido.
- En el 2º casillero: registrar el procedimiento que se realiza en la primera hora del nacimiento (**SOLO** si esta actividad se realizó).
- En el 3º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (**SOLO** si esta actividad se realizó).

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	*CNV*	1	San Martín de Porras	1	M	PC	34	PESO 3.00	X	X	1. Atención inmediata del RN	P	X	R				99436
		58			M	F	Pab	TALLA 48.0	C	C	2. Contacto piel a piel	P	X	R				99436.02
					X			Hb	R	R	3. Examen físico del RN normal	P	X	R				99431

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

#### EJEMPLO 2:

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

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

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido
- En el 2º y 3º casillero: considerar el **RESULTADO** de la valoración de la condición del recién nacido (**SOLO** en caso de alguna alteración)
- En el 4º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (solo si esta actividad se realizó).



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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	*CNV*	1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2.2	N	N	1. Atención inmediata del RN	P	D	R			99436	
					M				TALLA	48.0	C	C	2. **RN prematuro	P	D	R			P07.3	
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. **Bajo peso al nacer	P	D	R			P0712	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen físico del RN normal	P	D	R			99431	
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

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

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



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

## V. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DURANTE EL ALOJAMIENTO CONJUNTO

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

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



*Las actividades que se realizan en la atención inmediata y el alojamiento conjunto, no son actividades que se realicen en los consultorios o de manera ambulatoria, pero por su importancia como indicador, hace necesario su registro en el presente manual.*

### 5.1 TAMIZAJE NEONATAL:

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

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

ACTIVIDAD	CODIGO
Atención del recién nacido en Alojamiento conjunto	99460
Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99431
Tamizaje de hipoacusia	99431.01
Tamizaje de catarata congénita	99431.02
Tamizaje neonatal: toma de muestra	36416
Evaluación médica del recién nacido	99433
Tamizaje de cardiopatía congénita	94760
Hemoglobina	85018
Glicemia por tira reactiva	82948
Glucosa cuantitativa	82947



Para el registro de los tamizajes de hipoacusia congénita y de las cuatro (04) enfermedades metabólicas (toma de muestra) deberán considerarse:

- LAB "1" cuando es la primera muestra o el primer examen.
- LAB "2" solo en el caso que la primera muestra o al primer examen sea de un resultado indeterminado, sospechoso, entre otros.

Para el registro del tamizaje de Cardiopatía Congénita considerar siempre los siguientes LAB, según corresponda:

- LAB 1 : Cuando el Tamizaje de cardiopatía congénita resultó positivo.
- LAB 2: Cuando el tamizaje de cardiopatía congénita resultó negativo.

Respecto a la evaluación médica, esto deberá ser registrado por el médico que realizó la citada actividad.

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

#### EJEMPLO 1:

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

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

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

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



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
		1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	13.8	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99460	
		58			M	F	Pab		TALLA	50.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación médica del recién nacido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99433	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			82947	
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		94760	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99431.02	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99431.01	
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.03	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en corte y cuidado del Cordon Umbilical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.04	

### EJEMPLO 2:

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

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

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

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
		1	San Martín de Porras	2	A	M	PC	34	PESO	3.4	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99460	
		58			M	F	Pab		TALLA	50.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación médica del recién nacido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99433	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			82947	
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		94760	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99431.02	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99431.01	
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		36416	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.03	



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



## VI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA AL RECIEN NACIDO

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

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

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

### EJEMPLO 1:

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

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

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

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
		1	San Martín de Porras	7	A	M	PC	35	PESO	4500	N	N	1. Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99502	
		58		M	F	Pab		TALLA	47	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anamnesis y examen físico del RN normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431		
				<input checked="" type="checkbox"/>				Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
				A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.10		
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R						
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R						



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



## VII. INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA EL REGISTRO DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED)

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

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

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

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

### ACTIVIDADES Y CODIGOS MÁS FRECUENTES

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



### EJEMPLO 1:

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

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

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
			3	San Martín de Porras		3	A	M	PC	34	PESO	5.5	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				200.1	
			58				M				TALLA	5.20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99381.01	
							D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			36416	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de Hipoacusia Congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99431.01	
							M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.02	
							D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en corte y cuidado del cordón Umbilical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.04	
							M				TALLA		C	C	2.	P	D	R					
							D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R					



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

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



## EJEMPLO 2:

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

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º casillero el **RESULTADO** del tamizaje neonatal [**SOLO si se cuenta con resultados positivos**]
- En el 4º casillero se registra el segundo tamizaje neonatal para confirmación de diagnóstico, **LAB 2**.
- En el 5º y 6º casillero registre la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
		1		San Martín de Porras	7	A	M	PC	35	PESO	6.1	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	D	R			Z00.1
		58				M	F	Pab		TALLA	53.0	X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	D	R	2		99381.01
						D	F	Pab		Hb		R	R	3. Hipotiroidismo Congénito sin Bocio	X	D	R			E03.1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
						A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	D	R	2		36416
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	D	R			99401.1
						D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	D	R			99401.03



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

**R62.8 Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado Peso/ Talla).**

## EJEMPLO 3:

*Tercer control de un recién nacido.*

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

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



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

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
		1	San Martín de Porras	14	A	M	PC	35	PESO	8.0	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				200.1		
		58			M				TALLA	55.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99381.01		
					F	Pab				Hb		R	R	3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.1	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03		
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R						
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R						

#### EJEMPLO 4:

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

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

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

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
		1	San Martín de Porras	7	A	M	PC	35	PESO	5.3	N	N	1. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			36416		
		58			M				TALLA	52.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99431.02		
					F	Pab				Hb		R	R	3. Tamizaje de Hipoacusia congénita	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99431.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1. *Consejería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401		
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R						
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R						

\*Todo tamizaje debe ir acompañado de una consejería.

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

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

**NOTA:** En caso la niña o niño presentará riesgo en 2 , 3 o todas las áreas se registrarán las áreas afectadas con sus respectivas siglas en el LAB.

## 7.2 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CONTROL DEL CRED EN LA NIÑA Y EL NIÑO MAYOR DE 29 DÍAS

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño.
- En el 2º casillero la Atención Integral de Salud del Niño-CRED, según corresponda al grupo de edad (menor de un año, de 1 a 4 años ó de 5 a 11 años).
- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **SÓLO** si la niña o niño presentan algunos de los siguientes diagnósticos:

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

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

Descripción de los Procedimientos CPMS	Código CPMS - MINSA
Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	96110
Descripción de los Diagnósticos CIE OPS 15	Código CIE OPS
<b>Retardo del desarrollo</b> Retardo del desarrollo Áreas : Lengua je(LEN), Motora (MOT), Social (SOC), Coordinación (COO), Cognitivo (COG)	R62.0

**NOTA:** En caso la niña o niño presentará riesgo en 2 , 3 o todas las áreas se registrarán las áreas afectadas con sus respectivas siglas en el LAB.

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



*Si durante uno de los controles de CRED en la Niña y Niño menor de 6 meses la mamá, papa o cuidador manifiesta que se le suspendió la Lactancia Materna o recibe Lactancia Mixta se registra y por única vez con el código P929 Problema no especificado de la alimentación del recién nacido/Suspensión de la LME en el neonato y niño*

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

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

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

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



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

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

En el ítem **LAB** anote:

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



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

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

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



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

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente todas las intervenciones brindadas durante el control CRED y finalmente anote: Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador; con el **código 99242**.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:									
	98726530		2	Comas		M	PC	36	PESO	9700	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P		R			Z00.1	
	45678				1	M			TALLA	75			2.	AIS CED menor de 1 a 4 años	P		R	1			99382
						D			Hb	10	R	R	3.	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador.	P		R				99242

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



**RECUERDA:**

SI durante la atención de la niña o niño corresponde un inicio o término del Plan de Atención Integral incorporar al registro el Diagnóstico, Lab y Codificación correspondiente; el mismo que se describe en la página 12 del presente manual.

### 7.2.1. REGISTRO EN NIÑA Y NIÑO MENOR DE UN AÑO

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

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

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

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

### A. EJEMPLOS PARA EL REGISTRO DEL CRED EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 MES A 3 MESES

**EJEMPLO 1:**

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

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el Resulta de la Evaluación Nutricional: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado peso)
- En el 4º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo: Retardo del desarrollo
- En el 6º casillero en relación a la Lactancia Materna, se registrará **Problema no especificado de la alimentación del recién nacido/Suspensión de la LME en el neonato y niño.**



- En el 7º casillero la Consejería correspondiente

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	98726530	2	Comas	1	A	PC	PESO 4.0	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R				Z00.1
	45678				M		TALLA 54.0			2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1			99381
					D	F Pab	Hb		R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	PE			R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
					A	M PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110
					M		TALLA	C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	MOT	LEN		R62.0
					D	F Pab	Hb		R	3. Problema no especificado de la alimentación del recién nacido/Suspensión de la LME en el neonato y niño	P	D	R				P929
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
					A	M PC	PESO	N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1			99401.03
					M		TALLA	C	C	2.	P	D	R				
					D	F Pab	Hb		R	3.	P	D	R				

## B. EJEMPLOS PARA EL REGISTRO DEL CONTROL DEL CRED PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 4 Y 5 MESES

### Manejo Preventivo de Anemia<sup>6</sup>

- En niños con bajo peso al nacer y/o prematuros**, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los 30 días de nacido hasta antes de cumplir los 6 meses de edad.
- En niños nacidos a término con adecuado peso al nacer**, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los 4 meses hasta antes de cumplir los 6 meses de edad.
- Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad**, se administrará Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico o Multivitamínico en solución de forma diaria durante 6 meses; o Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres.
- Los niños de 24 meses hasta 35 meses de edad**, se administrarán suplementación con Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres o Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico jarabe en forma diaria durante 6 meses.
- El niño que no recibió Sulfato Ferroso o complejo Polimaltosado Férrico o Multivitamínico en solución o Micronutrientes en polvo a los 6 meses de edad**, lo podrá iniciar cualquier edad, hasta los 35 meses inclusive a los 3 años de edad cumplidos.

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



\*En el caso de suspensión del consumo de Micronutrientes en polvo o Multivitamínico en solución, se deberá reanudar según indicación del personal de salud hasta completar el esquema.

\*Todos los niños, suplementados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

\*Cuando se haya comprobado el consumo de la última entrega se registrará “TA” en el campo LAB para indicar **NIÑO SUPLEMENTADO**.

### EJEMPLO 1:

*Niño prematuro de 1 mes recibe 1era dosis de polimaltosado.*

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año.
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero RN prematuro. (En caso sea un **RN Bajo Peso** reemplazar y colocar Código CIE correspondiente).
- En el 5º casillero Suplementación con hierro.
- En el 6º casillero Consejería Nutricional correspondiente.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”.
- En el 4º casillero el número de Suplementación de hierro correspondiente “P01” ó “SF1”
- En el 6º casillero el número de consejería brindada “1”.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROBLEMA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
	71344566	2	Bellavista	1	A	PC	PESO 2.5	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				200.1
					<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA 48.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. AIS CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99381
		59			D	F Pab	Hb	R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
					A	M PC	PESO	N	N	1. Administración de sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				P07.3
					M		TALLA	C	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P01			99199.17
					D	F Pab	Hb	R	R	3. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1			99401.03

### EJEMPLO 2:

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



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

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

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

**En el ítem LAB anote:**

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “4”
- En el 4º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de Hierro Polimaltosado: “P01”.
- En el 5º casillero el número de la consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO				P	D				R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	98726530		2	Bellavista		4	A	M	PC	38	PESO	7.5	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	D	R				Z00.1
	45678						M				TALLA	65.0	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	4			99381
			59				D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
							A	M	PC	38	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	D	R	P01			99199.17
							M				TALLA		C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	D	R	1			99401.03
							D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				



**En el ítem CÓDIGO CIE/CPT:**

- \*99199.17 Suplementación con Hierro.
- \*99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

**En el ítem LAB se registra la administración según corresponda:**

- \*Administración de Hierro Polimaltosado: P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- \*Administración de Sulfato Ferroso: SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.

**“La suplementación durante los 4 y 5 meses es solo con gotas”.**



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

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

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

Los momentos en los que se establece la medición de la hemoglobina, se detallan a continuación:



Grupo Etario	Prevención	Tratamiento
Recién Nacido Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)	6 meses 12 meses 18 meses > 24 meses es 1 vez al año	A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento
Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad)		Al mes, a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Mujeres Adolescentes		Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Gestantes y Puérperas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1° Medición: Primer Control Prenatal (inicio de suplementación preventiva)</li> <li>2° Medición: Sem 25 a 28 de Gestación</li> <li>3° Medición: Sem 37 a 40 de Gestación</li> <li>4° Medición: a los 30 días post parto (Fin de la Suplementación)</li> </ul>	En Anemia Leve y Moderada: Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance niveles de 11 gr/dl a más

**FUENTE:** En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA y la NTS N°137-2017/MINSA/NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS–R.M. N°537-2017/MINSA.RM 643-2018-MINSA.

### a. Registro de la medición de la hemoglobina durante la atención:



EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
							P	D	R	1º	2º	3º						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
6	A	M	PC	38.0	PESO	8.5	N	N	1. Control de Salud de Rutina del Niño			P	<del>D</del>	R				Z00.1
	<del>M</del>	<del>F</del>			TALLA	70.0	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año			P	<del>D</del>	R	6			99381
	D	F	Pab		Hb	12.0	R	R	3. Medición de la hemoglobina			P	<del>D</del>	R	1			85018

#### En el campo CÓDIGO CIE/CPT

85018 = Medición de Hemoglobina.

#### En el campo Tipo de Diagnóstico

marcar "D" cuando se emita la orden.

En el campo LAB colocar el número secuencial de respuesta (1,2,3,4,5,6...) cuando se disponga del resultado.

### b. Registro de la solicitud de la medición de la hemoglobina:

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
							P	D	R	1º	2º	3º						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
6	A	M	PC	38.0	PESO	8.5	N	N	1. Control de Salud de Rutina del Niño			P	<del>D</del>	R				Z00.1
	<del>M</del>	<del>F</del>			TALLA	70.0	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año			P	<del>D</del>	R	6			99381
	D	F	Pab		Hb	12.0	R	R	3. Medición de la hemoglobina			<del>P</del>	D	R				85018

#### En el campo CÓDIGO CIE/CPT

85018 = Medición de Hemoglobina.

En el campo Tipo de Diagnóstico marcar "P" cuando se emita la orden.

Como sólo se emite la orden en el LAB ira como "vacío"



**En caso de iniciar la suplementación posterior a los 4 meses ya no aplica registrar el "TA".**



**INICIO DE SUPLEMENTACION CON HIERRO POR 6 MESES.**

**En el campo CÓDIGO CIE/CPT:**

99199.17 Suplementación con Hierro.

99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

**En el ítem LAB se registra la administración según corresponda:**

- Administración de Hierro Polimaltosado : P01, P02, P03, P04, P05, P06.
- Administración de Sulfato Ferroso : SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- Administración de Micronutrientes : 1, 2, 3, 4, 5, 6.

**EJEMPLO 1:**

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

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año.
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero Suplementación con Hierro, **termino**.
- En el 5º casillero el Dosaje de Hemoglobina (**resultado el mismo día**).
- En el 6º casillero Suplementación con hierro, **inicio**.
- En el 7º casillero Consejería correspondiente

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente "6".
- En el 4º casillero Colocar "TA" que corresponde al cierre de la suplementación de 4 a 5 meses.
- En el 5º casillero el número de Medición de Hemoglobina "1"
- En el 6º casillero el tipo de suplementación y número de entrega en este caso "SF1".
- En el 7º casillero el número de consejería brindada "1"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
	98726530	2	Comas	6	A	M	PC	38	PESO	8.50	N	N	1.	Control de salud de rutina del Niño	P	D	R				200.1	
	45678				M	F	Pab		TALLA	70.0	X	X	2.	AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	6				99381
					D	F	Pab		Hb	12.0	R	R	3.	Tamizaje de desarrollo	P	D	R					96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con Hierro	P	D	R	TA				99199.17
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	Medición de Hemoglobina	P	D	R	1				85018
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	Suplementación con Hierro	P	D	R	SF1				99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Consejería en Alimentación Saludable	P	D	R	1				99403.01
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R					



## EJEMPLO 2:

Niña de 10 meses con ganancia inadecuada de peso, retardo en el desarrollo en lo que corresponde al área motora, con alimentación complementaria inadecuada y con quinto mes de suplementación con hierro polimaltosado.

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “10”
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:  
**PE** = Peso para la Edad
- En el 5º casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada “**Motor (MOT)**”
- En el 6º casillero el número de Suplementación con hierro, en este caso polimaltosado “**P05**”
- En el 7º casillero el número de consejería correspondiente “**1**”

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	10	A	M	PC	36	PESO	8.0	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R				Z00.1
	45678				M	F	Pab		TALLA	72.0			2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	10			99381
					D	F	Pab		Hb	12.0	R	R	3. Otras faltas del Desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	PE			R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	MOT			R62.0
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Suplementación con hierro	P	D	R	P05			99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios	P	D	R				274.2
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional de niño en riesgo	P	D	R	1			99252
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				



## 7.2.2 REGISTRO EN NIÑAS Y NIÑOS DE UN AÑO A CUATRO AÑOS

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

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

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

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

### EJEMPLO 1:

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente "1"
- En el 4º casillero el número de Suplementación con Micronutrientes "TA"
- En el 5º casillero el número de consejería correspondiente "1"
- En el 6º casillero el número de Medición de Hemoglobina "2"



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	98726530		2	Comas		1	M	PC	36	PESO	9.7	N	N	1.	Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			200.1	
	45678						M	Pab		TALLA	7.50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	AIS CRED menor de 1 o 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99382	
							D			Hb	12.0	R	R	3.	Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			96110	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
							A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17
							M			TALLA		C	C	2.	Consejería nutricional Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01	
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018	

## EJEMPLO 2:

Niño de 18 meses con crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, termina suplementación con micronutrientes. Además, se solicita medición de hemoglobina y descarte de Parasitosis (test de Graham y examen seriado).

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 3º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 5º casillero Consejería correspondiente:
- En el 6º casillero Medición de Hemoglobina
- En el 7º casillero Estudio parasitológico en heces por 3
- En el 8º casillero Test de Graham

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente "4"
- En el 4º casillero el número de Suplementación con Micronutrientes "TA"
- En el 5º casillero el número de consejería correspondiente "1"
- En el 6º casillero el número de Medición de Hemoglobina "3"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA			ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	98726530		2	Comas		1	M	PC	40	PESO	10.5	N	N	1.	Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			200.1	
	45678						M	Pab		TALLA	76.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	AIS CRED menor de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99382	
							D			Hb	12.0	R	R	3.	Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			96110	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
							A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.19
							M			TALLA		C	C	2.	Consejería nutricional Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01	
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Medición de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
							A	M	PC		PESO		N	N	1.	Estudio parasitológico de Heces por 3	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			87177.01
							M			TALLA		C	C	2.	Test de Graham	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			87178	
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				



Cuando se haya comprobado el consumo de la última entrega se registrará "TA" en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

### 7.2.3 REGISTRO EN LA NIÑA Y NIÑO DE CINCO A ONCE AÑOS

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

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

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

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



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

El IMC se calcula de la siguiente forma:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{talla}^2 \text{ (m)}}$$

#### EJEMPLO 1:

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



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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
	98452631	2	Lince	5	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO 18.6	N	N	1. Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia	P	<input checked="" type="checkbox"/> R				200.2	
	48562				<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA 100.0	C	C	2. AIS CRED menor de 5 a 11 años	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1			99383	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC			E669	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M PC	PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1			99403.01	
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1			85018	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R				87177	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M PC	PESO	N	N	1. Test de Graham	P	<input checked="" type="checkbox"/> R				87178	
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	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				

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



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

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

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

**En el ítem: Tipo de diagnóstico**

Marque “R” para todos los casos: por ser un diagnóstico del mes anterior del mismo niño o niña.

**En el ítem LAB anote:**

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



**EJEMPLO 1:**

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

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el resultado del Estado Nutricional, **Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado; diagnóstico del mes anterior.**
- En el 4º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el resultado de la Evaluación del Desarrollo, **Retardo del desarrollo; diagnóstico del mes anterior.**
- En el 6º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 7º casillero Consejería correspondiente: Consejería nutricional: Alimentación saludable

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente **“11”**
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional: **PE =** Peso para la Edad en el 1º Lab más **“PR”** en el 2º Lab, debido a que es un niño o niña que se ha Recuperado.
- En el 5º casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada afectada **“Motor (MOT)”** en el 1º Lab más **“PR”** en el 2º Lab, debido a que es un niño o niña que se ha Recuperado.
- En el 6º casillero el número de Administración de Micronutrientes **“SF6”**
- En el 7º casillero el número de consejería correspondiente **“2”**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/ PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	98452631	2	Lince	11	M	PC	PESO 11.0	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	D	R				200.1			
	48562				M	Pab	TALLA 75.0	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	11			99381			
					D		Hb 12.0	R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	PE	PR		E669			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110			
					M		TALLA	C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	MOT	PR		R620			
					D	Pab	Hb	R	R	3. Suplementación con hierro	P	D	R	SF6						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					M	PC	PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R	2			99403.01			
					M		TALLA	C	C	2.	P	D	R							
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R							



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



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

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

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Atención de Enfermería; según corresponda (1,2,3...).
- En el 2º casillero la sigla de **acuerdo con el diagnóstico nutricional o de desarrollo:**  
Lenguaje (LEN ), Motor(M OT), S ocial (SOC), Coordinación (COO), Cognitivo(C OG)  
Evaluación Nutricional  
**PE** = Peso para la Edad  
**TP** = Peso para la Talla  
**TE** = Talla para la Edad
- En el 3º casillero el número de consejería correspondiente (1,2,3...).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / / (*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	97526341	2	Lince	6	A	PC	40	PESO	7.0	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z00.1
	57412				M			TALLA	66.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Otras faltas del desarrollo fisiológico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PE		R62.8
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403



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

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

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

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

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

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

En el ítem: **LAB** registre:

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

### EJEMPLO:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC		PESO	4.0	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R				Z00.1
	45678				M	F	Pab		TALLA	54.0	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1			99381
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	P/E			R62.8
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de desarrollo	P	D	R				96110
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R	N			Z010
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Problema no especificado de la alimentación del recién nacido/Suspensión de la LME en el neonato y niño	P	D	R				P929
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1			99401.03
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

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

## IX. SESIONES DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

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



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

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

### EJEMPLO:

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC			PESO 4.0	N	N	1. Atención temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social)/Sesión. En menor de 1 año.	P	D	R	1			99411.01
	45678				M	F	Pab			TALLA 54.0	X	X	2. Consejería en higiene de manos	P	D	R	1			99401.24
					D					Hb	R	R	3.	P	D	R				



NOTA: En el LAB se anotará el número de sesión correspondiente pudiendo ser 1,2,3...



## X. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN NIÑAS Y NIÑOS DE ESTABLECIMIENTOS SALUD QUE NO CUENTEN CON PROFESIONALES DE ENFERMERÍA/MÉDICO.

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

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

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

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

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

### EJEMPLO:

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/ PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	98726530	2	Comas	1	A	PC	36	PESO	4.0	N	N	1. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador.	P	D	R	1			99211
	45678				M			TALLA	54.0			2. Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.	P	D	R				96110
					F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## XI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA VISITA DOMICILIARIA

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

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

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

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

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

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud	Códigos
Suplementación con Hierro	99199.17
Suplementación con Micronutrientes	99199.19
Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado ( <i>Inadecuado Peso/Talla</i> ).	R62.8
Anemia por deficiencia de hierro	D509

- En el 2º casillero se podrá colocar:
  - Consejería realizada, según corresponda
  - Suplementación con hierro ó micronutriente
  - Finalmente se anotará **Visita familiar integral** que precisara que las intervenciones se están realizando en el domicilio.

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

En el ítem **LAB** anote:

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

### EJEMPLO:

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

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA:								
78754651	2	Lince	6	A	M	PC	PESO	4.0	N	N	1. Suplementación con Hierro	P	X	R			99199.17
48759				X			TALLA	54.0	X	X	2. Visita familiar integral	P	X	R	1		C0011
				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

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



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



## XII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA PROFILAXIS ANTIPARASITARIA Y SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA "A"

### 12.1 ADMINISTRACIÓN DE ANTIPARASITARIOS

Actividad desarrollada de acuerdo a la normatividad vigente.

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

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	98726530	2	Comas	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	40	PESO	10.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			200.1
	45678				<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	90.0	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. AIS CRED del niño de 1 a 4 años			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1		99382
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	12.0	R	R	3. Administración de Antiparasitario			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1		99199.28

### 12.2 SUPLEMENTO CON VITAMINA A

Esta actividad será desarrollada de acuerdo a la normatividad vigente.

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

- En el 1º casillero Control de salud de rutina del niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años.
- En el 3º casillero Suplementación de Vitamina "A"

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

En el ítem **Lab** anote:

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

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	98726530	2	Comas	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	40	PESO	10.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			200.1
	45678				<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	90.0	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. AIS CRED del niño de 1 a 4 años			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6		99382
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	12.0	R	R	3. Suplementación de vitamina "A"			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VA		99199.27



### XIII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LOS SERVICIOS DE LA TELEMEDICINA DURANTE EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

#### Telemonitoreo

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

#### Teleorientación

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

#### Teleconsulta

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

#### Teleinterconsulta

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

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

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

#### 13.1 TELECONSULTA

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

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición de nacimiento del RN SÓLO si presenta antecedentes de bajo peso, pretérmino, postérmino; en este ejemplo se colocaría RN bajo peso al nacer.
- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedaran el blanco



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
	98251652		ATE	4	A	M	PC			N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED neonato	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381.01	
	56975				M						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. RN bajo peso al nacer.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				P07.1
					D			Pab			R	R	3. Teleconsulta en Línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.01

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- Todos los casilleros quedarán en blanco.

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



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

### 13.2 TELEORIENTACIÓN:

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020																						
	98152635		2	ATE		3	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99381
	54324		59			3	M	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03
							D		Hb		R	R	3.	Teleorientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	98251652		2	ATE		3	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención Temprana del Desarrollo, Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99411.01
	54324		59			3	M	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.03
							D		Hb		R	R	3.	Teleorientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

### 13.3 TELEINTERCONSULTA

Ejemplo: teleinterconsulta – IPRESS interconsultante

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

- En la 1° Fila: Motivo de consulta (Ejem: Anemia)
- En la 2° Fila: Teleinterconsulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En la 1° Fila: Marque tipo “R”
- En la 2° Fila: Marque tipo “D”

En el ítem LAB anote:

- En la 1° Fila: “ ” (vacío)
- En la 2° Fila: “1” (por ser interconsultante)

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
							P	D	R	1º	2º	3º		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020 FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
7	A	M	PC		N	1. Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					D509
	M	F	Pab		C	2. Teleinterconsulta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99499.11
	D				R	3	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					



**Ejemplo: teleinterconsulta – IPRESS Interconsultora**

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

- En la 1° Fila: Motivo de consulta (Ejem: Anemia)
- En la 2° Fila: Teleinterconsulta.

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

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

En el ítem **LAB** anote:

- En la 1° Fila: “ ” (vacío)
- En la 2° Fila: “2” (por ser Interconsultora)

EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
							P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/2019						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/03/2020			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
7	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia	P	D	R				D509
						2. Teleinterconsulta	P	D	R	2			99499.11
						Hb	R	R	3				

**13.4 TELEMONITOREO:**

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

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

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

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

En el ítem **LAB** anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
	98251652			ATE	7	M	PC	PESO	N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	D	R				99381			
	56975						Pab	TALLA			2. Telemonitoreo	P	D	R				99499.10			
								Hb	R	R	3.	P	D	R							

#### XIV. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda sin complicaciones y con complicaciones, en niñas y niños, atendidos de manera ambulatoria.

Tenga en cuenta lo siguiente:

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.



Los casos nuevos sólo se registran con diagnóstico DEFINITIVO "D" LA PRIMERA VEZ que se diagnostican; los controles por el mismo episodio de la enfermedad se registran con tipo de diagnóstico "R"

#### DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
<b>INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA NO COMPLICADA</b>	J00.X Rinofaringitis aguda J04.0 Laringitis Aguda J04.1 Traqueítis Aguda J04.2 Laringotraqueítis aguda J06.0 Laringofaringitis aguda J06.8 Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores J06.9 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada J20.9 Bronquitis Aguda, no especificada.
<b>FARINGOAMIGDALITIS AGUDA</b>	J02.0 Faringitis estreptocócica. J02.9 Faringitis aguda, no especificada J03.0 Amigdalitis estreptocócica. J03.8 Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada
<b>OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)</b>	H65.0 Otitis media aguda serosa H65.1 Otitis media aguda, no supurativa H66.0 Otitis media supurativa aguda H66.9 Otitis media, no especificada
<b>SINUSITIS AGUDA</b>	J01.0 Sinusitis maxilar aguda J01.1 Sinusitis frontal aguda



DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES	
DESCRIPCIÓN	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
	<p>J01.2 Sinusitis etmoidal aguda                      J01.3 Sinusitis esfenoidal aguda                      J01.4 Pansinusitis aguda                      J01.9 Sinusitis aguda, no especificada</p>
<b>NEUMONÍA NO COMPLICADA</b>	<p>J12.9 Neumonía viral, no especificada                      J15.9 Neumonía bacteriana, no especificada                      J18.9 Neumonía no especificada</p>
<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES</b>	<p>A36.9 Difteria, no especificada                      A37.0 Tos Ferina debida a Bordetella Pertussis                      A37.1 Tos Ferina debida a Bordetella Parapertussis                      A37.8 Tos Ferina debida a otras Especies de Bordetella                      A37.9 Tos ferina, no especificada                      J12.0 Neumonía debida a adenovirus                      J12.1 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio                      J12.2 Neumonía debida a virus parainfluenza                      J12.3 Neumonía debida a metaneumovirus humano                      J12.8 Neumonía debida a otros virus                      J13.X Neumonía debida a Streptococcus Pneumoniae.                      J14.X Neumonía debida a Haemophilus Influenzae.                      J15.0 Neumonía debida a Klebsiella Pneumoniae                      J15.1 Neumonía debida a Pseudomonas                      J15.2 Neumonía debida a estafilococos                      J15.3 Neumonía debida a Streptococcus grupo B                      J15.4 Neumonía debida a otros estreptococos                      J15.7 Neumonía debida al Mycoplasma Pneumoniae                      J15.8 Otras neumonías bacterianas                      J16.0 Neumonía debida a clamidias                      J16.8 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados</p>
<b>NEUMONÍA Y ENFERMEDAD MUY GRAVE EN:</b> Niños menores de 2 meses.	<p>J05.0 Laringitis obstructiva, aguda (Crup)                      J05.1 Epiglotitis aguda                      J85.1 Absceso del pulmón con neumonía                      J86.0 Pio tórax con fistula                      J86.9 Pio tórax sin fistula                      J90.X Pleuresía no tuberculosa</p>
<b>NEUMONÍA Y ENFERMEDAD MUY GRAVE EN:</b> Niños de 2 meses a 4 años	<p>J93.9 Neumotórax no especificado                      J10.0 Influenza con neumonía, debida a otro virus de la influenza identificado                      J11.0 Influenza con neumonía, virus no identificado                      J15.5 Neumonía debida a Escherichia Coli                      J15.6 Neumonía debida a otras bacterias aeróbicas gramnegativas                      J18.0 Bronconeumonía, no especificada</p>



## DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
	J18.1 Neumonía lobar, no especificada J18.2 Neumonía hipostática, no especificada J18.8 Otras neumonías, de microorganismo no especificado
	99700 Referencia a EE.SS con capacidad resolutive 99401.08 Consejería en identificación de signos de alarma C0011 Visita familiar integral 94664 Nebulización o Inhaloterapia 94799.02 Oxigenoterapia.

### 14.1 REGISTRO DE LA ATENCION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORAS AGUDAS (IRAS):

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

- En el 1º casillero, el tipo de diagnóstico según la CIE10

**En el ítem:** Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero, marcar "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
26 / 03	78645511	2	Coracora	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	10.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Neumonía, no especificada			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			J189
	53230				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	76	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.			P	D	R			

### 14.2 REGISTRO DE LAS CONSEJERIAS

#### 14.2.1 REALIZADAS DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

- En el 1º casillero, el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero, la consejería

**En el ítem:** Tipo de diagnóstico

- En el 1º y 2º casillero marque "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
01 / 03	84521475	2	Comas	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	10.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Faringoamigdalitis Estreptococica			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			J020
	97245				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Consejería en identificación de signos de alarma			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.08
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.			P	D	R			

#### 14.2.2 REALIZADAS FUERA DEL CONSULTORIO MEDICO

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

- En el 1º casillero, el tipo de diagnóstico según CIE 10
- En el 2º casillero, la consejería



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

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
26 / 03	81240004	2	La Punta	5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	18.9	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			J209		
	3570				M			TALLA	110	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.08		
					D			Hb		R	R	3.	P	D	R					

## 14.3 REGISTRO DEL MONITOREO DEL TRATAMIENTO

### 14.3.1 EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

La evolución del tratamiento será realizada por el médico tratante, con el apoyo del personal de salud capacitado, de acuerdo a la valoración clínica individual de cada niña/ niño.

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

- En el 1º casillero, el tipo de diagnóstico según la CIE10.
- En el 2º casillero la consejería

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

- En el 1º casillero, SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero, SIEMPRE “D”

**En el ítem:** LAB, anote

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
26 / 03	78645511	2	Coracora	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	10	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			J189		
	53230				M			TALLA	78	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99401.08		
					D			Hb		R	R	3.	P	D	R					

### 14.3.2 EN LA COMUNIDAD

Se realizará como mínimo 1 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento, donde se debe desarrollar las actividades según la guía de práctica clínica vigente.

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

- En el 1º casillero, registrar el tipo de diagnóstico según la CIE10, que motiva la visita.
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”



En el ítem LAB, anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
26 / 03	78645511	2	Coracora	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	10.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Neumonía, no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			J189		
	53230				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	78	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Domiciliaria integral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1			C0011	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

#### 14.4 REGISTRO DE LA REFERENCIA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD

Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutive de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10.
- En el 2º casillero referencia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero, marcar SIEMPRE "P"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
26 / 03	78645511	2	Coracora	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	10.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			J121		
	53230				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	78	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Referencia a EE.SS con capacidad resolutive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				99700	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10.
- En el 2º casillero oximetría
- En el 3º casillero Referencia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero, marcar SIEMPRE "P"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"
- En el 3º casillero SIEMPRE "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
26 / 03	78645511	2	Coracora	8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	9.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Neumonía no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			J189		
	53230				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	73	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Oximetría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				94760	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Referencia a EE.SS con capacidad resolutive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					99700



## XV. INSTRUCCIÓN PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL SINDROME DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL (SOB)-ASMA

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de SOB/ASMA en niñas y niños, atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.

Tenga en cuenta lo siguiente:

**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.



Los casos nuevos sólo se registran con diagnóstico **DEFINITIVO "D" LA PRIMERA VEZ** que se diagnostican; los controles por el mismo episodio de la enfermedad se registran con tipo de diagnóstico **"R"**.

### DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
<b>SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL(SOB) - ASMA</b>	J21.0 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio.
	J21.1 Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
	J21.8 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
	J21.9 Bronquiolitis aguda, no especificada
	J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
	J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
	J44.8 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas
	J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
	J45.0 Asma predominantemente alérgica
	J45.1 Asma no alérgica
	J45.9 Asma, no especificada
	J46.X Estado asmático (Asma aguda severa)
	99700 Referencia a EE.SS con capacidad resolutive
	99401.08 Consejería en identificación de signos de alarma
	C0011 Visita familiar integral
94664 Nebulización	
94799.02 Oxigenoterapia	



Para el registro tenga en consideración lo siguiente:

**En los diagnósticos con código CIE 10: J440, J441, J448, J449, J450, J451, J458, J459, J46X considerar en Lab., el grado de severidad: LEV = Leve, MOD = Moderado, SEV = Severo.**

## 15.1 REGISTRO DE LA ATENCION DEL SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL(SOB) –ASMA

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10.

**En el ítem:** Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero, marcar SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
23 / 03	81240004	2	Cañete	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	10.3	N	N	1. Bronquiolitis aguda, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				J219
	97245				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	76	<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 ítem:** Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anotar claramente

- En el 1º casillero registrar el tipo de diagnóstico según la CIE10.

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

**En el ítem:** LAB anote el grado de severidad de la Crisis.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
23 / 03	46284620	2	Cañete	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	10.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD			J448
	97245				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	76	C	C	2.	P	D	R					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R					

## 15.2 REGISTRO DE LAS CONSEJERIAS

### 15.2.1 REALIZADA DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según CIE 10
- En el 2º casillero Consejería

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “D”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”



**En el ítem:** LAB anote:

- En el 1º casillero el grado de severidad de la Crisis.
- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA			ETNIA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
23 / 03	46284620		2	Cañete		1	M	PC	PESO	10.3	N	N	1. Asma, no especificada			P	D	R	SEV		J459
	97245			TALLA	76				C	C	2. Consejería en identificación de signos de alarma			P	D	R	1			99401.08	
				Hb					R	R	3.			P	D	R					

### 15.2.2 REALIZADAS FUERA DEL CONSULTORIO MEDICO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según CIE 10
- En el 2º casillero Consejería

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

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

**En el ítem:** LAB anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA			ETNIA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
26 / 03	81240004		2	La Punta		5	M	PC	PESO	19	N	N	1. Asma, no especificada			P	D	R			J459
	3570			TALLA	111				C	C	2. Consejería en identificación de signos de alarma			P	D	R	1			99401.08	
				Hb					R	R	3.			P	D	R					

### 15.2.3 REGISTRO DE NEBULIZACIÓN U OXIGENOTERAPIA

Estos procedimientos son prescritos por el médico y lo registra el personal que realiza el procedimiento.

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

- En el 1º casillero, el diagnóstico según CIE 10 que requiere la Nebulización
- En el 2º casillero, Nebulización

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

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA			ETNIA									NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
23 / 03	46284620		2	San Juan de Miraflores		4	A	M	PC	PESO	7.1	N	N	1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	P	D	R				J449					
	97245			D	F						Pab				TALLA	64	C	C	2. Nebulización	P	D	R				94664
																D				F	Pab	Hb		R	R	3.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según CIE 10.
- En el 2º casillero oxigenoterapia

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

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA			ETNIA									NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
23 / 03	46284620		2	San Juan de Miraflores		4	A	M	PC	PESO	7.3	N	N	1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	P	D	R				J449					
	97245			D	F						Pab				TALLA	65	C	C	2. Oxigenoterapia	P	D	R				94799.02
																D				F	Pab	Hb		R	R	3.

## 15.2.4 REGISTRO DEL MONITOREO DEL TRATAMIENTO

### 16.2.4.1 EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Se evaluará la evolución del tratamiento por el médico tratante, con el apoyo del personal de salud capacitado, de acuerdo a la valoración clínica individual de cada niña/ niño.

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

- En el 1º casillero, registrar el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero, Consejería

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

- En el 1º casillero marcar SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero marcar SIEMPRE "D"

**En el ítem** LAB, anote:

- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2... Según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA			CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA			ETNIA									NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
26 / 03	78645511		2	Coracora		1	A	M	PC	PESO	9.8	N	N	1. Bronquiolitis aguda debido a virus sin	P	D	R				J210					
	53230			D	F						Pab				TALLA	75	C	C	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	D	R	2			99401.08
																D				F	Pab	Hb		R	R	3.



### 15.2.4.2 EN LA COMUNIDAD

Se realizará como mínimo 1 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento, donde se debe desarrollar las actividades según la guía de práctica clínica vigente.

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

- En el 1º casillero, registrar el tipo de diagnóstico según la CIE10, que motiva la visita.
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria Integral

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

- En el 1º casillero marcar SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero marcar SIEMPRE “D”

**En el ítem** LAB, anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
26 / 03	78645511		2	San Juan de Lurigancho	1	M	PC		PESO	9.8	N	N	1. Asma, no especificada	P	D	R				J459
	53230																2	C0011		

### 15.2.5 REGISTRO DE LA REFERENCIA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD

Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutoria de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero Referencia

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “P”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
26 / 03	78645511		2	Acobamba	1	M	PC		PESO	10.3	N	N	1. Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	P	D	R				J449
	53230																99700			

## XVI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDADE DIARREICA AGUDA

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda, atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Grado de Deshidratación
<b>Acuosa, Disentérica o Persistente</b>	EDA Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA (Acuosa, Disentérica o Persistente)
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + E86X Deshidratación (Depleción de volumen)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + R571 Shock (Shock Hipovolémico)

### Para el registro de las EDA se deberá tener en cuenta lo siguiente:

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.



Los casos nuevos sólo se registran con diagnóstico **DEFINITIVO "D" LA PRIMERA VEZ** que se diagnostican; los controles por el mismo episodio de la enfermedad se registran con tipo de diagnóstico **"R"**



DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES	
DESCRIPCIÓN	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
<b>DIARREA AGUDA ACUOSA</b>	<p>A00.9 Cólera, no especificado</p> <p>A01.0 Fiebre tifoidea</p> <p>A01.1 Fiebre paratifoidea A.</p> <p>A01.2 Fiebre paratifoidea B.</p> <p>A01.3 Fiebre paratifoidea C.</p> <p>A01.4 Fiebre paratifoidea, no especificada.</p> <p>A02.0 Enteritis debido a Salmonella</p> <p>A04.0 Infección debida a Escherichia coli enteropatógena</p> <p>A04.1 Infección debida a Escherichia coli enterotoxígena</p> <p>A04.9 Infección intestinal bacteriana, no especificada</p> <p>A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada</p> <p>A06.2 Colitis Amebiana no disentérica</p> <p>A07.2: Criptosporidiosis</p> <p>A08.0 Enteritis por rotavirus.</p> <p>A08.2 Enteritis por Adenovirus.</p> <p>A08.3 Otras enteritis virales</p> <p>A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación</p> <p>A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso</p> <p>A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</p>
<b>DIARREA AGUDA DISENTÉRICA</b>	<p>A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae</p> <p>A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.</p> <p>A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva</p> <p>A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</p> <p>A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</p> <p>A06.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</p>
<b>DIARREA PERSISTENTE</b>	A09X EDA Persistente
<b>EDA CON COMPLICACIÓN</b>	<p><b>EDA con deshidratación:</b> Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disentérica o persistente + E86X Deshidratación / Depleción del volumen.</p> <p><b>EDA con deshidratación y Shock:</b> Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disentérica o persistente + E86X Deshidratación / Depleción del volumen + R571 Choque hipovolémico o K56.0 Íleo paralítico o E87.2 Acidosis.</p> <p>99401.08 Consejería de identificación de signos de alarma C0011 Visita familiar integral</p>



## 16.1. PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, SIN DESHIDRATACIÓN, REGISTRE:

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

- En el 1º casillero, el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero, la Administración de tratamiento (**Zinc o SRO si amerita la administración de sales de rehidratación Oral.**)
- En el 3º casillero, consejería para identificación de signos de alarma

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

**En el ítem:** Administración de tratamiento, coloque en LAB la sigla **“ZN”** para administración de sulfato de zinc o **“SRO”**, para administración de sales de rehidratación oral.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	97526341	2	San Martin de Porres	3	M	PC	PESO 15.2	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R				A084		
	57412				M		TALLA 100			2. Administración de tratamiento	P	D	R	ZN			99199.11		
					D	F Pab	Hb	R	R	3. Consejería para identificación de signos de alarma	P	D	R				99401.08		

## 16.2. PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, CON COMPLICACIONES REGISTRE:



**EDA CON COMPLICACIÓN:** Es decir con Deshidratación o Shock, para lo cual registre el diagnóstico de la EDA, seguido del tipo de deshidratación y administración de tratamiento.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero registrar: Deshidratación/depleción de volumen (E86X) o Choque Hipovolémico (R571)
- En el 3º casillero la Administración de tratamiento (Zinc o SRO)

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

**En el ítem:** Administración de tratamiento, coloque en LAB la sigla **“ZN”** para administración de sulfato de zinc o **“SRO”**, para administración de sales de rehidratación oral.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	46284620	2	Lince	4	M	PC	PESO 17.300	N	N	1. Shigelosis de tipo no especificado	P	D	R				A309		
	3570				M		TALLA 115			2. Deshidratación	P	D	R				E86X		
					D	F Pab	Hb	R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	SRO			99199.11		



No se utilizará el código de Suplementación, para el Zinc, por ser administrado como tratamiento para la EDA y no como Suplemento Nutricional.



### 16.3. PARA EL REGISTRO DE LAS CONSEJERÍAS

#### Cuando se realiza la consejería fuera de la consulta medica

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Consejería para la identificación de signos de alarma

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	46284620	2	Lince	5	M	PC	PESO 19.200	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R				A084
	3570				M		TALLA 110	X	X	2. Consejería para la identificación de signos de alarma	P	D	R	1			99401.08
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				



Se recomienda que la primera dosis del Zinc como coadyuvante en el manejo de todas las EDAs en niños y niñas mayores de 06 meses a 59 meses, sea brindada, por un personal de salud capacitado, dentro del establecimiento de salud (triaje, consultorio, u otro espacio identificado para tal fin), acompañada de una consejería.

### 16.4. MONITOREO DEL TRATAMIENTO

#### EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Se evaluará la evolución del tratamiento por el médico tratante, con el apoyo del personal de salud capacitado, de acuerdo a la valoración individual de cada paciente.

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

- En el 1º casillero, registrar el código CIE 10 utilizado para diagnosticar la EDA de la niña o niño.
- En el 2º casillero Consejería para la identificación de signos de alarma

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem LAB, anote:

- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2... Según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	78645511	2	Coracora	1	M	PC	PESO 10.500	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R				A084
	53230				M		TALLA 76	X	X	2. Consejería para la identificación de signos de alarma	P	D	R	2			99401.08
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				



## EN LA COMUNIDAD

Se realizará como mínimo 01 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento y se realizará actividades según normativa vigente.

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

- En el 1º casillero, registrar el código CIE 10 utilizado para diagnosticar la de EDA de la niña o niño.
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

En el ítem Lab, anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	46284620		2	Lince	5	M	PC		PESO 19.000	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R				A084	
	3570					M			TALLA 110			2. Visita Familiar Integral	P	D	R	1			C0011	
						D	F Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R					

## 16.5. EN CASO DE REFERENCIA

*El profesional médico es el responsable de brindar el tratamiento, excepcionalmente donde no se disponga de médico, otro profesional de salud consultara al médico del establecimiento más cercano, por los medios de comunicación disponibles, para asegurar el tratamiento oportuno y el monitoreo según esquema correspondiente, para luego referir.*

**Cuando se realiza una referencia a un EE. SS de mayor complejidad:** Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutoria de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero derivación/Referencia a EESS con capacidad resolutoria 99700

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE “P”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	78645511		2	Acora	3	M	PC		PESO 15.400	N	N	1. Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	P	D	R				A09.9	
	53230					M			TALLA 95			2. Derivación/Referencia a EESS con capacidad resolutoria	P	D	R				99700	
						D	F Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R					



## XVII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE PARASITOSIS INTESTINAL

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de infecciones causadas por diversos parásitos intestinales, en la población infantil y son atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.

### Para el registro de las parasitosis intestinales, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

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.

**D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y por exámenes auxiliares, debe ser escrito una sola vez para el mismo evento 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.

### DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
A06	Amebiasis.
A07.0	Balantidiasis.
A07.1	Giardiasis.
B66.3	Fasciolosis.
B66.4	Paragonimiosis
B68.0	Teniasis por T. Solium
B68.1	Infección debida a Taenia Sagitana
B68.9	Teniasis no especificada
B70	Difilobotriasis
B71	Infección debida a Céstodes, no especificada.
B71.0	Himenolepiasis.
B76.0	Anquilostomiasis.
B76.1	Necatoriasis.
B76.9	Enfermedad debido a Anquilostomas, no especificada.
B77.9	Ascariasis, no especificada.
B78.0	Estrongiloidiasis intestinal.
B79	Trichuriasis (Trichuris trichura)
B80	Enterobiasis (Enterobios vermicularis, oxiuros)
B82.0	Helmintiasis intestinal, sin otra especificación.
B82.9	Parasitosis intestinal, sin otra especificación.



## 17.1 PARA LA ATENCIÓN DE PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS Y NIÑAS, REGISTRE:

### En las Atenciones de Parasitosis intestinal registre:

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

- En el 1º casillero, registra el tipo de diagnóstico según la CIE10

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
	78645511		2	Lince	3	M	PC	PESO 15.300	N	N	1. Giardiasis	P	D	R				A07.1		
	53230					M		TALLA 96	X	X	2.	P	D	R						
						D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R						

## 17.2. PARA LAS CONSEJERIAS

### 18.2.1 DURANTE LA ATENCIÓN, REGISTRE:

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

- En el 1º casillero, registra el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero, registra la consejería

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “D”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

**En el ítem:** LAB, anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____	
	78645511		2	Lince	3	M	PC	PESO 15.3	N	N	1. Giardiasis	P	D	R				A07.1		
	53230					M		TALLA 96	X	X	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	D	R	1			99401.08		
						D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R						

### 17.2.2. FUERA DEL CONSULTORIO MEDICO

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

- En el 1º casillero, registra el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero, registra la consejería

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

**En el ítem:** LAB, anote:

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



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	78645511	2	Lince	3	M	PC	PESO	15.300	N	N	1. Giardiasis	P	D	R				A07.1	
	53230				M		TALLA	96	R	R	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	D	R	1			99401.08	
					D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R					

### 17.3 REGISTRO DE LA PROFILAXIS ANTIPARASITARIA EN NIÑOS Y NIÑAS:

En zonas de alto riesgo, con alta prevalencia de parasitosis intestinal, se recomienda la desparasitación masiva cada 6 meses, según normativa vigente.

**Para la profilaxis antiparasitaria registre:**

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

- En el 1º casillero, registra el código de la actividad de profilaxis antiparasitaria
- En el 2º casillero, registra la consejería

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

- En el 1º casillero SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

**En el ítem LAB,** anote:

- En el 1º casillero, registre el número de profilaxis 1, 2 .....según corresponda
- En el 2º casillero, registre el número de Consejería 1, 2 .....según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	76845911	2	Nauta	4	M	PC	PESO	16.5	N	N	1. Profilaxis antiparasitaria	P	D	R	1			99199.28	
	34830				M		TALLA	110	R	R	2. Consejería en identificación de signos de alarma	P	D	R	1			99401.08	
					D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R					



*"En los establecimientos de salud de I y II nivel de atención, si existe un profesional médico puede tratarse todas las parasitosis no complicadas y complicaciones moderadas como la anemia y desnutrición."*

### 17.4 VISITA DOMICILIARIA

Se realizará como mínimo 01 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento y se realizará actividades enmarcadas en la normativa vigente.

**Para la visita domiciliaria registre:**

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

- En el 1º casillero, registrar el código CIE 10 utilizado para diagnosticar la Parasitosis intestinal
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria



En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

En el ítem LAB, anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	46284620	2	Lince	5	M	PC	PESO 18.8	N	N	1. Teniasis	P	D	R				B68.0		
	3570				M		TALLA 111	R	R	2. Visita Familiar Integral	P	D	R	1			C0011		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R						

## 17.5 REFERENCIA

Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutive de cada Establecimiento de Salud.

**Registre:**

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero derivación/Referencia a EESS con capacidad resolutive

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

- En el 1º casillero SIEMPRE “P”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	74545511	2	Coracora	3	M	PC	PESO 18.8	N	N	1. Teniasis no especificada	P	D	R				B689		
	55830				M		TALLA 111	R	R	2. Referencia a EESS con capacidad resolutive	P	D	R				99700		
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R						



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

