

# Manual de Registro y Codificación de la Prevención y Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en el Niño y Niña, Adolescente, Mujeres en Edad Fértil, Gestantes y Puérperas 2024



Sistema de Información HIS 2024



# MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN EL NIÑO Y LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJERES EN EDAD FÉRTIL, GESTANTES Y PUÉRPERAS 2024

**Sistema de Información HIS**

2024

### Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescente y mujeres en edad fértil, gestantes puérperas. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable. Oficina General de Tecnologías de la Información Lima: Ministerio de Salud; 2024.  
127 p.; ilus.

ANEMIA / DEFICIENCIA DE HIERRO / ANEMIAS NUTRICIONALES / TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL HIERRO / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-13627

### Manual de Registro y Codificación de la Prevención y Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en el Niño y Niña, Adolescente, Mujeres en Edad Fértil, Gestantes y Puérperas. Sistema de información HIS.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable / Oficina General de Tecnologías de la Información (MINSAL/ DGIESP/ Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable – OGTI)

#### Equipo de Trabajo:

Mg. Jhon Anderson Ortiz Carhuapoma, Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición, DGIESP.

Dr. Yensey Barranzuela Montoya, Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición, DGIESP.

#### Revisores:

Dr. Alexander Kostadinov Tarev, Coordinador Técnico de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición, DGIESP.

Lic. Enf. Josefina Pomachagua Paucar, Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición, DGIESP

Obst. Isabel Eugenia Pacheco Cantalicio, Etapa de Vida Adolescente y Joven, DGIESP

Lic. Enf. Blanca Sofía Távara Campos, Etapa de Vida Niño, DGIESP

Lic. Nut. Nancy Meza Quispe, Coordinadora Esans Cusco.

Lic. Nut. Julio Cesar García, Coordinador Esans Callao.

Ing. Patricia Vásquez Reyes, Gestión de la Información, Diris Lima Norte.

Lic. Nut. Rosalinda Chavez Ramirez, Coordinadora Esans Diris Lima Centro.

Lic. Nut. Jose Tordoya Razza, Coordinador Esans Diris Lima Sur.

Lic. Nut. Cristina Ríos Huamán, Coordinadora Esans Diris Lima Este.

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

Adhemir Bellido Delgado, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

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

#### Diseño:

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

© MINSAL, diciembre, 2024

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

<https://www.gob.pe/minsa/>

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

1ª. Edición, diciembre 2024

Versión Digital: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSAL/7570.pdf>



PERÚ

Ministerio de Salud

**CESAR HENRY VÁSQUEZ**

**SÁNCHEZ**

Ministro de Salud

**ERIC RICARDO PEÑA**

**SÁNCHEZ**

Viceministro de Salud

Pública

**MOISÉS IVÁN GUILLEN**

**CÁRDENAS**

Secretario General

**JOSE ENRIQUE PÉREZ LU**

Director General de la  
Dirección General de  
Tecnologías de la Información

**CRISTIAN DIAZ VÉLEZ**

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

## PRESENTACIÓN

El presente Manual del registro y codificación de la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y niña, adolescente, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, está elaborado bajo la Norma Técnica Nro. 213-MINSA/DGIESP-2024 “Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas” aprobado el 08 de abril del 2024 y su modificatoria con Resolución Ministerial N° 429-2024/MINSA aprobada el 18 de junio del 2024; lo cual se elaboró la estructura del presente manual para poder aplicar en los diversos grupos etarios que están relacionados con la prevención y tratamiento de la anemia.

Una de las características previo a la administración de hierro es la medición de hemoglobina, en función de los resultados obtenidos se determinará iniciar una suplementación preventiva o tratamiento de anemia.

Es necesario que se aplique el ajuste de hemoglobina según la altitud del centro poblado de procedencia del paciente, esta acción permite en que se pueda contar con el correcto valor de hemoglobina y brindar un adecuado esquema de administración de hierro. Por otra parte, es necesario monitorear la cantidad de producto de hierro que se brinda a los pacientes, para evitar el uso innecesario de frascos de hierro.

Así mismo, el correcto registro de las prestaciones en HIS MINSA asegura la calidad de la información y así poder hacer seguimiento de los diversos indicadores que se generan desde el MINSA, así como mejorar las coberturas sanitarias.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y DIAGNOSTICO MÁS FRECUENTES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO .....</b>	<b>9</b>
<b>CONSIDERACIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>ACTIVIDAD DE MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA.....</b>	<b>17</b>
a) Metodos para la medicion de hemoglobina .....	17
b) Dosaje de hemoglobina de prevención y control de paciente sano .....	18
c) Dosaje de Hemoglobina de control de paciente con anemia .....	18
d) Valores normales de concentración de hemoglobina.....	19
<b>FACTOR DE CORRECCIÓN A LA HEMOGLOBINA .....</b>	<b>20</b>
<b>CÁLCULO DE CANTIDAD DE ENTREGA DE HIERRO .....</b>	<b>21</b>
<b>SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA.....</b>	<b>22</b>
<b>TRATAMIENTO DE ANEMIA .....</b>	<b>22</b>
<b>ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL .....</b>	<b>23</b>
<b>CONSEJERÍA NUTRICIONAL .....</b>	<b>23</b>
<b>REGISTRO HIS DE LA SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA.....</b>	<b>24</b>
a) RN con bajo peso al nacer o prematuro, sin anemia – Suplementación Preventiva.....	24
Primer mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro) .....	24
Segundo mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro).....	26
Tercer mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro).....	27
Cuarto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro) .....	28
Quinto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro) .....	29
Sexto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro).....	30
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (RN con bajo peso al nacer o prematuro) .....	31
b) Niño y niña a término y con buen peso al nacer, sin anemia – Suplementación Preventiva.....	32
Cuarto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer) .....	32
Quinto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer) .....	33
Sexto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer).....	34
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (Niño y niña a término y con buen peso al nacer) .....	35
c) Niño o niña de 6 a 11 meses de edad – Suplementación Preventiva .....	36
Primer mes (6 a 11 meses de edad) .....	36
Segundo mes (6 a 11 meses de edad).....	37
Tercer mes (6 a 11 meses de edad).....	38
Cuarto mes (6 a 11 meses de edad) .....	39
Quinto mes (6 a 11 meses de edad) .....	40
Sexto mes (6 a 11 meses de edad).....	40
Séptimo mes (6 a 11 meses de edad).....	41
Atención en nutrición / Consulta Nutricional (6 a 11 meses de edad) .....	42
d) Niño o niña de 12 a 23 meses de edad – Suplementación Preventiva .....	43

Primer mes (12 a 23 meses de edad) .....	43
Segundo mes (12 a 23 meses de edad).....	44
Tercer mes (12 a 23 meses de edad).....	45
Cuarto mes (12 a 23 meses de edad) .....	46
Quinto mes (12 a 23 meses de edad) .....	47
Sexto mes (12 a 23 meses de edad).....	47
Séptimo mes (12 a 23 meses de edad).....	48
Atención en nutrición / Consulta Nutricional (12 a 23 meses de edad) .....	48
e) Niño o niña de 24 a 35 meses de edad – Suplementación Preventiva .....	49
Primer mes (24 a 35 meses de edad) .....	49
Segundo mes (24 a 35 meses de edad).....	50
Tercer mes (24 a 35 meses de edad).....	50
Cuarto mes (24 a 35 meses de edad) .....	51
Quinto mes (24 a 35 meses de edad) .....	52
Sexto mes (24 a 35 meses de edad).....	52
Séptimo mes (24 a 35 meses de edad).....	53
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (24 a 35 meses de edad).....	54
f) Niño o niña de 36 a 59 meses de edad – Suplementación Preventiva .....	55
Primer mes (36 a 59 meses de edad) .....	55
Segundo mes (36 a 59 meses de edad).....	56
Tercer mes (36 a 59 meses de edad).....	56
Cuarto mes (36 a 59 meses de edad) .....	57
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (36 a 59 meses de edad).....	58
g) Niño o niña de 5 a 11 años de edad – Suplementación Preventiva.....	59
Primer mes (5 a 11 años de edad) .....	59
Segundo mes (5 a 11 años de edad) .....	60
Tercer mes (5 a 11 años de edad) .....	60
Cuarto mes (5 a 11 años de edad) .....	61
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (5 a 11 años de edad).....	61
h) Adolescentes mujeres de 12 a 17 años de edad – Suplementación Preventiva.....	62
Primer mes (12 a 17 años de edad) .....	62
Segundo mes (12 a 17 años de edad) .....	63
Tercer mes (12 a 17 años de edad) .....	64
Cuarto mes (12 a 17 años de edad) .....	64
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (12 a 17 años de edad).....	65
i) Mujer en Edad Fértil – Suplementación Preventiva .....	66
Primer mes (Mujer en Edad Fértil).....	66
Segundo mes (Mujer en Edad Fértil).....	67
Tercer mes (Mujer en Edad Fértil).....	67
Cuarto mes (Mujer en Edad Fértil) .....	68
Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (Mujer en Edad Fértil).....	68

j) Gestante / PUERPERA – Suplementación Preventiva .....	69
Primer Trimestre (Gestante) .....	69
Cuarto mes (Gestante) .....	70
Quinto mes (Gestante) .....	71
Sexto mes (Gestante).....	72
Séptimo mes (Gestante).....	73
Octavo mes (Gestante).....	74
Noveno mes (Gestante).....	75
Décimo mes (Gestante-Puerperio) .....	75
Onceavo mes (Gestante-Puerperio).....	76
k) Actividades Extramurales.....	77
Sesión Demostrativa a Niños .....	77
Sesión Demostrativa a Gestantes .....	77
<b>REGISTRO HIS DEL TRATAMIENTO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO .....</b>	<b>78</b>
a) Niños menores de 36 meses – Tratamiento de Anemia .....	78
Primer mes (Niños menores de 36 meses) .....	78
Segundo mes (Niños menores de 36 meses).....	81
Tercer mes (Niños menores de 36 meses).....	83
Quinto mes (Niños menores de 36 meses) .....	87
Sexto mes (Niños menores de 36 meses).....	88
Séptimo mes (Niños menores de 36 meses).....	90
b) Niños de 36 meses a 11 años – Tratamiento de Anemia.....	91
Primer mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	91
Segundo mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	93
Tercer mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	95
Cuarto mes (Niños de 36 meses a 11 años) .....	97
Quinto mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	98
Sexto mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	99
Séptimo mes (Niños de 36 meses a 11 años).....	101
c) Adolescente / Puerpera / Mujer en edad fértil – Tratamiento de Anemia.....	102
Primer mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	102
Segundo mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	104
Tercer mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	106
Cuarto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil).....	108
Quinto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	109
Sexto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	110
Séptimo mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil) .....	112
d) Gestante – Tratamiento de Anemia .....	113
Primer mes (Gestante) .....	113
Segundo mes (Gestante).....	115
Tercer mes (Gestante).....	118

Cuarto mes (Gestante) .....	119
Quinto mes (Gestante) .....	121
Sexto mes (Gestante).....	122
Séptimo mes (Gestante / Puérpera) .....	123
<b>ANEXOS .....</b>	<b>125</b>
a) Anexo N° 01: Pertenencia Étnica.....	125
b) Anexo N° 02: Ejemplo de suplementacion preventiva por Nutricionista.....	126
c) Anexo N° 03: Ejemplo de suplementacion preventiva por Enfermera.....	127

## ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y DIAGNOSTICO MÁS FRECUENTES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

### Registro de Información:

Los códigos frecuentemente usados son:

Código CIEX / CPMS	Diagnóstico / Actividad
<b>a) Diagnóstico:</b>	
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones. Lab: LEV / MOD / SEV / PR <i>(Se usará LEV, MOD, SEV, para indicar el grado de anemia por deficiencia de hierro. En caso de PR se usará cuando el paciente se haya recuperado del tratamiento recibido)</i>
O990	Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio Lab: LEV / MOD / SEV / PR / RF <i>(Se usará LEV, MOD, SEV, para indicar el grado de anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio. En caso de PR se usará cuando el paciente se haya recuperado al tratamiento recibido. Se usará RF cuando al paciente se refiera al segundo nivel y se compruebe que no es anemia por deficiencia de hierro)</i>
D649	Anemia de tipo no especificado Lab: PR / RF <i>(En caso de PR se usará cuando el paciente se haya recuperado al tratamiento recibido. Se usará RF cuando al paciente se refiera al segundo nivel y se compruebe que no es anemia por deficiencia de hierro)</i>
E660	Obesidad debido a exceso de calorías
P0711	RN de Bajo Peso al Nacer (< 2500 Gramos)
P073	Recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completos, pero menos de 259 días completos)
R628	Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado <i>(Se usará cuando exista falla en el aumento de peso, talla o no hubo incremento peso o talla en dos controles seguidos. Así mismo, el paciente debe de estar dentro de un estado nutricional adecuado.)</i>
Z001	Control de salud de rutina del niño <i>(Comprende pruebas del desarrollo del lactante o del niño)</i>
Z002	Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia
Z003	Examen del estado de desarrollo del adolescente <i>(Comprende evaluar el estado del desarrollo puberal)</i>

- Z132 Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición  
*(Se refiere a los procedimientos realizados para identificar trastornos de nutrición que podrían no tener síntomas evidentes en sus etapas tempranas. Estos exámenes son preventivos y están destinados a detectar posibles problemas nutricionales antes de que se desarrollen complicaciones más serias.)*
- Z713 Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta  
*(Se refiere cuando un paciente acude a un nutricionista para recibir atención en nutrición / consulta nutricional, consejería nutricional, supervisión en lo que respecta a su dieta. Esto puede incluir el desarrollo de planes de alimentación personalizados, educación sobre nutrición y manejo de dieta para condiciones específicas de salud, o seguimiento de programas dietéticos ya establecidos.)*
- Z724 Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados  
*(Se refiere en aquellas situaciones en las que el modo en que una persona consume alimentos, ya sea por su elección de alimentos, la manera en la que los consume, o la cantidad y frecuencia de estos, se desvía de las normas o recomendaciones nutricionales y puede causar efectos negativos para la salud, como obesidad, desnutrición, trastornos alimenticios, entre otros problemas de salud.)*
- Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado
- Z3491 Gestante normal control 1er. Trimestre (12 semanas)
- Z3492 Gestante normal control 2do. Trimestre (24 semanas)
- Z3493 Gestante normal control 3er. Trimestre (36 semanas)
- Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación
- Z3591 Gestante con factor de riesgo control 1er. Trimestre (12 semanas)
- Z3592 Gestante con factor de riesgo control 2do. Trimestre (24 semanas)
- Z3593 Gestante con factor de riesgo control 3er. Trimestre (36 semanas)

**b) Pruebas de Laboratorio:**

- 85018 Dosaje de hemoglobina  
*(Se usará el código 85018 cuando se determina con analizadores hematológicos)*
- 85018.01 Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro  
*(Se usará el código 85018.01 cuando se determina con Hemoglobinómetro)*
- 82728 Dosaje de Ferritina
- 85031 Hemograma completo, 3era generación

85022	Recuento sanguíneo; hemograma automatizado, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)
85023	Hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)
85024	Recuento sanguíneo; hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento automatizado parcial diferencial de leucocitos (CBC)
85044	Recuento manual de reticulocitos
85045	Recuento automatizado de reticulocitos
83655	Dosaje de Plomo
86140	Proteína C-reactiva - PCR
87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3
87207	Frotis de fuente primaria con interpretación, con tinción especial para cuerpos de inclusión o parásitos (p ej malaria, coccidios, microsporidios, tripanosomas, virus de herpes)

### c) Suplementación Preventiva / Tratamiento de Anemia

99199.17	Suplementación con hierro (Sulfato Ferroso / Hierro Polimaltosado) Lab: 1,2,3,4,5,6 / TA <i>(En cada entrega de sulfato ferroso o hierro polimaltosado se usará los Lab: 1,2,3,4,5,6; según secuencia de entrega y necesidad del paciente, el tipo de producto entregado queda registrado en la historia clínica. Se usará el Lab: TA cuando haya concluido un esquema de entrega de hierro)</i>
99199.19	Suplementación de Multimicronutrientes Lab: 1,2,3,4,5,6 / TA <i>(En cada entrega de Multimicronutrientes, se usará los Lab: 1,2,3,4,5,6; según secuencia de entrega y necesidad del paciente, el tipo de producto entregado queda registrado en la historia clínica. Se usará el Lab: TA cuando haya concluido un esquema de entrega de hierro. Los componentes que incluyen en 1 sobre por día son: Hierro (12.5 mg Hierro elemental) + Zinc (5 mg) + Vitamina A (300 ug retinol equivalente) + Vitamina C (30 mg))</i>
99199.26	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico Lab: 1,2,3,4,5,6 / TA <i>(En cada entrega de sulfato ferroso y ácido fólico se usará los Lab: 1,2,3,4,5,6; según secuencia de entrega y necesidad del paciente. Solamente, se usará el Lab: TA cuando haya concluido un esquema de entrega de hierro)</i>

#### d) Atención en Nutrición / Consulta Nutricional

- 99209                    Atención en Nutrición / Consulta Nutricional  
Lab: vacío o en blanco  
*(Este código aplica cuando el Nutricionista realiza una Atención en Nutrición/Consulta Nutricional en un tiempo mínimo de 45 minutos, donde realizara una valoración nutricional, diagnóstico nutricional, intervención nutricional, seguimiento y evaluación; al finalizar el proceso hare entrega de una prescripción nutricional o plan de alimentación<sup>1</sup>.  
El tiempo de las siguientes atenciones en nutrición / consulta nutricional, dependerá del avance que haya logrado el paciente)*

#### e) Consejerías

- 99403                    Consejería Nutricional  
Lab: vacío o en blanco  
*(Se aplica cuando el Nutricionista realiza la Consejería Nutricional siguiendo la secuencia de 5 momentos de consejería<sup>2</sup> en un tiempo aproximado de 45 minutos, brindando mensajes claves para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición, generando acuerdos y compromisos<sup>3</sup>.  
El tiempo de las siguientes consejerías nutricionales, dependerá del avance que haya logrado el paciente)*
- 99403.01                Consejería Nutricional en alimentación saludable  
Lab: vacío o en blanco  
*(Se aplica cuando el profesional de salud debidamente capacitado en consejería, realiza la Consejería Nutricional en alimentación saludable siguiendo la secuencia de 5 momentos de consejería en un tiempo aproximado de 45 minutos, brindando mensajes claves para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición, generando acuerdos y compromisos. El tiempo de las siguientes consejerías nutricionales en alimentación saludable dependerá del avance que haya logrado el paciente)*
- 99401                    Consejería Integral  
Lab: vacío o en blanco

#### f) Actividades Extramurales

- C0010                    Sesión Demostrativa  
Lab: vacío o en blanco
- C0011                    Visita Familiar Integral  
Lab: vacío o en blanco  
*(Se aplica cuando se realice visita domiciliaria para el seguimiento de la suplementación preventiva y evaluar los acuerdos y compromisos asumidos)*

<sup>1</sup> La prescripción nutricional o plan de alimentación, tiene que estar descrita en la historia clínica y una copia tendrá el paciente o apoderado.

<sup>2</sup> Consejería Nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. 2010 – Pág. 17-22

<sup>3</sup> Los acuerdos y compromisos tienen que estar plasmados en la historia clínica y firmados tanto por el profesional de la salud y el paciente o apoderado.

**g) Atención integral de salud del niño CRED**

99381.01	Atención integral de salud del niño: CRED neonato
99381	Atención integral de salud del niño: CRED menor de 1 año
99382	Atención Integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años
99383	Atención Integral de salud del niño: CRED de 5 a 11 años

**h) Atención integral del adolescente**

99384	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adolescente (12 a 17 años)
-------	---

**i) Atención integral de la puérpera**

59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado) atención de puerperio
-------	---

**j) Atenciones de telemedicina**

99499.08	Teleorientación sincrónica Lab: Vacío / Blanco <i>(Es aquella actividad que realiza el Profesional de salud; mediante el uso de Tecnologías de Información (TIC) para brindar asesoría con fines de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación de enfermedades)</i>
99499.10	Telemonitoreo Lab: Vacío / Blanco <i>(Es aquella actividad que realiza el Profesional de la salud; mediante el uso de Tecnologías de Información (TIC) para transmitir información clínica del paciente o informar sobre la evolución del paciente. Se puede prescribir medicamentos de acuerdo al acto médico y según competencias del profesional de la salud)</i>
99499.11	Teleinterconsulta sincrónica Lab: 1 (Teleinterconsultante) / Lab: 2 (Teleinterconsultora) <i>(Es aquella actividad que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de un paciente con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso)</i>

### **k) Otras Actividades**

99246	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos
99246.01	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Pediatría
99246.02	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Gineco-Obstetricia
99209.04	Evaluación nutricional antropométrica

### **l) Uso de los Lab de manera específica**

TA	Termino de Administración ó Tratamiento (Aplica a los CPMS)
PR	Paciente Recuperado (Aplica a los CIE-X)
RF	Referencia

## CONSIDERACIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

En el Campo de **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** (DNI/Carné de Extranjería), se deberá registrar el número de Documento nacional de Identidad (DNI) del paciente en el caso de que sea PERUANO y Número de Carné de Extranjería etc. en el caso de que sea EXTRANJERO, pasaporte, Documento de identidad Extranjero, Sin documento y CNV.

En caso de que se ingrese información del paciente con información diferente al DNI PERUANO (Sin documento, CNV, etc), y se constata que ya cuenta con DNI vigente, se deberá actualizar todo el sistema de información en el menor tiempo posible para asegurar que no se pierda las diversas actividades del paciente tuvo antes de contar con su DNI vigente.

En el Campo de **PERTENENCIA ÉTNICA**, considerar a las personas que se reconocen como tal, respetando sus características socioeconómicas y culturales, tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes. (Anexo N° 01)

En el Campo de **DISTRITO DE PROCEDENCIA**, en una Atención: El distrito del domicilio actual del paciente en el momento de la atención, si el distrito no corresponde al ámbito geográfico del Departamento, registre el distrito y el nombre del departamento para una adecuada ubicación.

En el Campo de **CENTRO POBLADO**, se define como una concentración de viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio. Aquí se registra el centro poblado de su residencia habitual.

En el campo **HB**, se completará cuando se disponga del resultado de Hemoglobina, la información registrada corresponderá **al valor observado** al momento de realizar el procedimiento.

En el campo **DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD**, considerar en la *primera Fila*, el motivo de la consulta o atención por lo que acude el usuario. 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.

En las siguientes filas considerar actividades y procedimientos.

En el Campo **TIPO DE DIAGNÓSTICO** puede ser:

**Presuntivo (P):** Se usa cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

**Definitivo (D):** Es el caso en el que existe la certeza de diagnóstico por clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo proceso de la misma morbilidad en un mismo paciente.

**Repetido (R):** se marca cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Recordar que solo puede marcar una posibilidad por cada Fila, una vez que se conozca el Diagnóstico en la visita de Lectura de Resultado, marcar **D** y luego en las siguientes consultas marcar **R**, esto aplica para cada código CIE-X.

En el campo **LAB**, considerar que el valor dependerá del tipo de diagnóstico empleado y/o tipo de diagnóstico, existiendo casos donde el campo LAB necesite estar vacío, con información numérica o alfanumérica. Es posible que se requiera hacer uso hasta de 3 tipos de LAB por cada tipo de diagnóstico

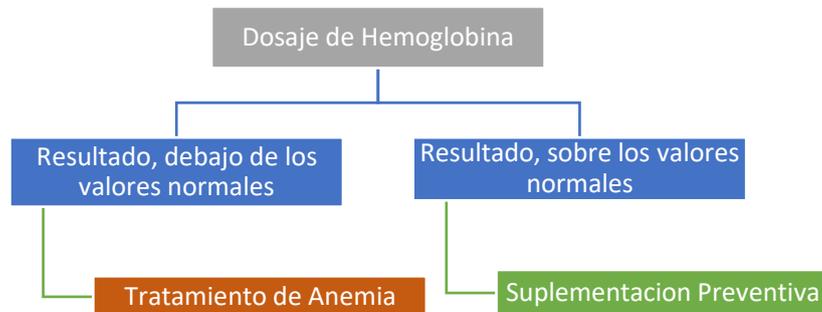
En cuanto a la definición:

**CIE-X:** Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión. OPS 2018

**CPMS:** Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud (Listado de procedimientos médicos y sanitarios del Sector Salud)

## ACTIVIDAD DE MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA

La medición de Hb se realiza a todo niño ó niña, adolescente, mujer en edad fértil, gestante y puérpera en el primer contacto con el establecimiento de salud, considerando los valores de concentración de Hemoglobina para iniciar la suplementación preventiva ó tratamiento de anemia. Solo existe una excepción en caso de niños con adecuado peso al nacer a los 4 meses de edad, solamente en ese caso se inicia la suplementación sin dosaje de hemoglobina.



### A) METODOS PARA LA MEDICION DE HEMOGLOBINA

#### Hemoglobinometría

Es la medición de la concentración de hemoglobina en un individuo, se basa en el método de la cianometahemoglobina, es el método recomendado por el Comité Internacional de Estandarización en Hematología (ICSH) (gold estándar/patrón de referencia) , abarca la medición de la mayoría de las hemoglobinas presentes en la sangre, se basan en técnicas que comparan la intensidad de la luz o del color y que miden también, en grado variable, cualquier cantidad de metahemoglobina que pueda haber presente en una solución, puede calcularse por medición de su color, de su poder de combinación con el oxígeno o con el monóxido de carbono o por su contenido en hierro.

#### Hemoglobinometro

El hemoglobinómetro (fotómetro) que utiliza microcubetas que contiene reactivos y mide hemoglobina por el método azida-metahemoglobina; las mediciones deben ser comparables con el patrón de referencia cianometahemoglobina y estandarizado por el comité internacional ICSH.

El método del hemoglobinómetro portátil requiere lisis de los glóbulos rojos. El sistema utiliza una cubeta desechable que se trata con productos químicos que rompen la pared de los glóbulos rojos y se combinan con la hemoglobina para formar un compuesto (azidametahemoglobina) que se puede medir fotométricamente. El resultado se muestra en forma digital

## B) DOSAJE DE HEMOGLOBINA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PACIENTE SANO

Condición/Grupo de edad	Medición de hemoglobina
RN con bajo peso al nacer o prematuro	<u>2 mediciones</u> - A los 30 días de nacido - Al tercer mes de iniciada la suplementación
6 a 11 meses de edad	<u>3 mediciones:</u> - A partir de los 6 meses de edad - Al tercer mes de iniciada la suplementación (control) - Al término de la suplementación (control)
12 a 23 meses de edad	<u>3 mediciones:</u> - Antes de iniciar la suplementación - Al tercer mes de iniciada la suplementación (control) - Al término de la suplementación (control)
24 a 35 meses de edad	<u>2 mediciones al año:</u> - Antes de iniciar la suplementación - Al término de la suplementación (control)
36-59 meses de edad	
5 a 11 años de edad	1 medición al año
Adolescentes mujeres 12-17 años, 11 meses y 29 días	<u>2 mediciones al año:</u> - Antes de iniciar la suplementación - Al término de la suplementación (control)
Gestante	<u>3 mediciones:</u> - En el 1er control prenatal - En la semana 25 al 28 de gestación - En la semana 37 a 40 de gestación antes del parto
Puérpera	A los 30 días post parto.
Mujer en edad fértil	1 medición al año

Fuente: Tabla N° 04 de NTS 213-MINSA-DGIESP-2024 / RM 429-2024/MINSA

## C) DOSAJE DE HEMOGLOBINA DE CONTROL DE PACIENTE CON ANEMIA

Grupo de edad/ Condición	Control de hemoglobina
Recién nacido con bajo peso al nacer/Prematuro	Manejo hospitalario
Niño < 6 meses nacido a término con adecuado peso al nacer	Al mes de iniciado tratamiento Al segundo, tercer y sexto mes de iniciado tratamiento
6 meses a 35 meses	
36 meses a 11 años	Al mes de iniciado el tratamiento. Al tercer y sexto mes del tratamiento
Adolescente, mujer en edad fértil	
Gestante	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance el valor normal.

Fuente: Tabla N° 20 de NTS 213-MINSA-DGIESP-2024/ RM 429-2024/MINSA

## D) VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA

Población	Con Anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin Anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL)
<b>Prematuros/as</b>				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
<b>Nacidos/as a Término</b>				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 5 meses	< 9.5			9.5-13.5
<b>Niños/as</b>	<b>Severa</b>	<b>Moderada</b>	<b>Leve</b>	
De 6 a 23 meses	< 7.0	7.0 - 9.4	9.5 - 10.4	≥ 10.5
De 24 a 59 meses	<7.0	7.0—9.9	10.0 -10.9	≥11.0
De 5 a 11 años	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
<b>Adolescentes</b>				
Mujeres de 12 - 14 años no embarazadas	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 12 a 14 años	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes (15 años a más)	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
<b>Gestantes y Puérperas</b>				
Primer Trimestre	< 7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9	≥11.0
Segundo Trimestre	< 7.0	7.0 – 9.4	9.5 – 10.4	≥ 10.5
Tercer trimestre	< 7.0	7.0 -9.9	10.0 – 10.9	≥11.0
Puérpera	< 8.0	8.0 – 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Tabla N° 13 de NTS 213-MINSA-DGIESP-2024/ RM 429-2024/MINSA

## FACTOR DE CORRECCIÓN A LA HEMOGLOBINA

Según refieren los estudios, permiten reconocer el hecho de que a mayor altitud hay un incremento de la hipoxia y como respuesta adaptativa se observa un aumento de los glóbulos rojos y por ende de la hemoglobina, con la finalidad de poder llevar más oxígeno a los diferentes tejidos.

Por ello, se aplicará el ajuste de corrección a la hemoglobina cuando la muestra se ha realizado en lugares mayores a los 500 msnm y el paciente tenga una residencia habitual mayor de 4 meses en el centro poblado de su jurisdicción. (Usar como referencia la Tabla 1 de NTS 213/MINSA/DGIESP-2024 y listado de altitudes de centros poblados Registro N° 12506-2022-INEI)

*Ejemplo: Paciente del Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Characato, Centro Poblado de Chujal, realiza sus atenciones en el CS Characato.*

- Centro Poblado Chujal:
  - Altitud: 3610 msnm
  - Factor de corrección de Hemoglobina: - 2.5
  
- Distrito de Characato:
  - Altitud: 2506 msnm
  - Factor de corrección de hemoglobina: - 1.8
  
- Valor de Hemoglobina obtenida:
  - CS Characato: 12.9 g/dl (Valor observado, colocar en el Formato His)
  
- Debido a que la residencia habitual del paciente es en el centro poblado Chujal y la muestra tomada se realizó en el CS Characato que está ubicado en el centro poblado de Characato.
  
- Valor Corregido sería:  $12.9 - 2.5 = 10.4$  g/dl (Resultado a colocar en la Historia Clínica)

### Link Ajuste de Altitud según Centro Poblado (INEI 2022 / OMS 2024)

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1NPsXYydWsdcdlu5SxA2YjazMlnnGeGif/edit?usp=sharing&ouid=100844477224819265791&rtpof=true&sd=true>

## CÁLCULO DE CANTIDAD DE ENTREGA DE HIERRO

En caso de la **suplementación preventiva** en niños menores de 24 meses, la dosificación es de 2 mg/kg; por lo que en muchos de los casos la cantidad de unidades a entregar en el proceso de suplementación dependerá del peso del niño, por lo que se recomienda tener en cuenta la concentración de los productos y el volumen de las presentaciones.

En caso de los niños mayores de 2 años su dosificación está en función del requerimiento siendo esto de 30 mg de hierro elemental para niños de 24 a 59 meses y de 60 mg de hierro elemental para niños de 5 a 11 años.

En caso de las adolescentes y mujeres en edad fértil es de 60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico, por un periodo de 3 meses por año.

En caso de las gestantes, es de 60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico, por un periodo de 6 meses durante el embarazo y en caso de la puérpera es de 30 días.

En caso de **tratamiento de anemia ferropénica**, la dosificación es de 3 mg/kg; pero tener en cuenta en la dosis máxima por grupo de edad, como es de 40 mg/día en menores de 6 meses, 70 mg/día en niños de 6 a 35 meses, 90 mg/día en niños de 36 a 59 meses, 120 mg/día en niños de 5 a 11 años.

*Ejemplo: niño de 6 meses con 7.5 kg de peso y se le brindara hierro polimaltosado.*

- Dosificación: 2 mg/kg/día
- Peso del Niño: 7500gr = 7.5 kg
- Cantidad de Hierro a requerir por día:  $2 \times 7.5 = 15$  mg/hierro elemental
- Convertir a gotas de Hierro Polimaltosado:  $15 \text{ mg} / 2.5 \text{ mg} = 6$  gotas por día
- Cantidad de gotas por mes a necesitar:  $6 \text{ gotas} \times 30 \text{ días} = 180$  gotas
- Convertir de gotas a ml:  $180 \text{ gotas} / 20 = 9.0$
- Cantidad de frasco de 30 ml:  $9.0 / 30 = 0.30$  frasco  
(Redondear a 1 frasco de 30 ml)
- Tiempo estimado de duración:  $30 / 0.30 = 100$  días
- Conclusión: Entrega de 1 frasco de 30 ml que duraría hasta 100 días

Considerar en brindar las pautas adecuadas para la conservación correcta de los medicamentos, en un lugar seguro, alejado de la luz solar, etc.

## SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

La suplementación preventiva es una estrategia que tiene como finalidad el brindar sales de hierro y/o combinaciones con otras vitaminas y minerales para la prevención de la anemia. El tiempo de suplementación preventivo es por un periodo de 6 meses continuos.

El inicio de la suplementación preventiva, se llevará a cabo posterior al dosaje de hemoglobina; cuyos resultados deberán estar dentro de los valores normales (esto incluye el ajuste de altura). El valor observado se colocará en el registro his, el valor ajustado se colocará en la historia clínica, etc.

El proceso de suplementación preventiva considera dosajes de hemoglobina control, consejería nutricional, atención en nutrición / consulta nutricional, visitas domiciliarias o teleorientación.

En caso los dosajes de hemoglobina control, presenten valores por debajo de lo normal pese a la suplementación preventiva, obligatoriamente tiene que pasar por una evaluación médica.

## TRATAMIENTO DE ANEMIA

El tratamiento de anemia es una estrategia que tiene como finalidad el reponer los niveles adecuados de hierro en el organismo, hasta llegar a la normalidad. El tiempo de tratamiento es de 6 meses de consumo continuo.

El inicio del Tratamiento de anemia contempla 3 actividades:

1.- El dosaje de hemoglobina debajo de los valores normales (esto incluye el ajuste de altura). El valor ajustado se colocará en la historia clínica, el valor observado se colocará en el registro his, etc.

2.- El personal de salud deberá solicitar los exámenes de apoyo para determinar si el paciente tiene anemia por deficiencia de hierro, si por diversas razones los resultados de las pruebas solicitadas demorarían más de lo normal, se deberá iniciar el tratamiento de anemia con el diagnóstico de **anemia sin especificación** y se manejará conforme el tratamiento establecido y citar al siguiente mes. Se espera que al mes siguiente se deba de contar con los resultados de las pruebas auxiliares solicitadas más el primer dosaje de hemoglobina control y en función de los resultados será evaluado por el médico cirujano y si se confirma que es **anemia por deficiencia de hierro** se continua el tratamiento iniciado como anemia sin especificación. Si los resultados de las pruebas auxiliares solicitadas más el primer dosaje de hemoglobina control se confirma que no presenta anemia por deficiencia de hierro, el médico cirujano hará referencia al paciente al segundo nivel de atención (II-1, II-2, II-3) para su tratamiento respectivo.

3.- Iniciar la administración de hierro, según condición, peso, edad.

El proceso de Tratamiento de anemia considera dosajes de hemoglobina control, consultas médicas, atención en nutrición / consulta nutricional, visitas domiciliarias o telemonitoreo.

Al finalizar el Tratamiento de anemia, se deberá evaluar que el paciente haya consumido las sales de hierro por 6 meses, con el control de dosaje de hemoglobina final y la evaluación médica respectiva, se podrá determinar si el paciente se ha recuperado o no de la anemia por deficiencia de hierro.

## **ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL**

Es realizada por el/la profesional en nutrición en el establecimiento de salud que incluye la evaluación nutricional, diagnóstico del estado nutricional y elaboración de indicaciones nutricionales a la madre, padre o cuidador/a de la/del niño/niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. El tiempo mínimo de la atención es de 45 minutos. El tiempo de las siguientes atenciones en nutrición / consulta nutricional, dependerá del avance que haya logrado el paciente

## **CONSEJERÍA NUTRICIONAL**

Es el proceso educativo comunicacional entre el/la profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado/a en consejería nutricional y la madre, padre o cuidador/a de la/de la niña/niño, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas con el propósito de mejorar las prácticas de alimentación y nutrición para asegurar el adecuado estado nutricional. Incluye mensajes claves sobre lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación saludable de la gestante y de la puérpera. El tiempo aproximado para la consejería es de 45 minutos. El tiempo de las siguientes consejerías nutricionales, dependerá del avance que haya logrado el paciente

## REGISTRO HIS DE LA SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

### A) RN CON BAJO PESO AL NACER O PREMATURO, SIN ANEMIA – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	EDAD EN MESES							
		0	1	2	3	4	5	6	
RECIENTE NACIDO CON BAJO PESO AL NACER O PREMATURO	DOSAJE DE HEMOGLOBINA		DHx			DHc1		DHc2	
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)		1			2		TA	
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION		VD - 1	VD/TO - 2		VD/TO - 3			
	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA		CLM	CLM	CLM	CLM	CLM		
	CONSEJERIA NUTRICIONAL								CN
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL		AN (**)						

(\*) Como producto de Primera elección es el Sulfato Ferroso (gotas) y segunda elección el Hierro Polimaltosado (gotas). La cantidad mínima de entrega serán 2 entregas, se podrá brindar más entregas dependiendo de la necesidad del paciente y se registrará los Lab. de forma consecutiva.

(\*\*) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia prácticas inadecuadas de alimentación.

#### Primer mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)

##### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1 y Suplementación con hierro - 1

Entre los 30 a 59 días, se tiene que constatar que el paciente deba de contar con la condición de bajo peso o prematuridad. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

*Ejemplo: Paciente continuador de 30 días de edad con condición de prematuridad y/o bajo peso asiste a la UPS Enfermería, donde le brindan la atención respectiva. Se brindará la suplementación con hierro siempre y cuando el resultado del dosaje de hemoglobina sea igual o mayor a los valores normales; caso contrario, el tratamiento es de manejo hospitalario<sup>4</sup>.*

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

- En la Fila 1°: Control de salud de rutina del niño
- En la Fila 2°: RN Bajo peso al nacer
- En la Fila 3°: Atención integral de salud del niño
- En la Fila 4°: Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro
- En la Fila 5°: Suplementación con hierro
- En la Fila 6°: Consejería en lactancia materna

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la Fila 1° a la Fila 6°: marque "D"

En el ítem LAB:

<sup>4</sup> NTS 213/MINSA-DGIESP-2024, Pagina 15

- En la Fila 1º: Vacío o en blanco
- En la Fila 2º: Vacío o en blanco
- En la Fila 3º: 1
- En la Fila 4º: Vacío o en blanco
- En la Fila 5º: 1
- En la Fila 6º: Vacío o en blanco
- En el Código CIE/CPMS:
- En la Fila 1º: Z001
- En la Fila 2º: P0712
- En la Fila 3º: 99381
- En la Fila 4º: 85018.01<sup>5</sup>
- En la Fila 5º: 99199.17
- En la Fila 6º: 99401.03

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Abril	LOS CEDROS											ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 8/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 07/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
7	94351683	2	CAYMA	1	A	PC	31.4	PESO	2000 gr	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		Z001			
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		D	F	Ppreg	Hb	12.2	R	R	2. RN de Bajo Peso al Nacer (<2500 Gramos)			P	X	R		P0712			
	-													3. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	1	99381	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R		85018.01			
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Suplementación con hierro			P	X	R	1	99199.17			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 06 meses			P	X	R		99401.03			

**Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:**

Centro Poblado: Charcani Grande / Altitud: 3,026 msnm / Ajuste de Hb: 2.1  
 Calculo de Valor Hb corregido: 12.2 – 2.1 = 10.1 g/dl (Valor normal)

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria - 1.**

A los 7 días de iniciado la suplementación preventiva, se debe de iniciar con una visita domiciliaria y monitorear como está la aceptación al suplemento de hierro, brindar pautas para la continuidad al consumo de hierro, verificación de las condiciones de conservación del suplemento de hierro.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Abril	LOS CEDROS											ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 8/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
17	94351683	2	CAYMA	1	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17			
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		D	F	Pab	TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R		C0011			
	-																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						

<sup>5</sup> Si en caso se use Hemoglobímetro, se usará el 85018.01, si usa otro método se usará el código 85018.

## Segundo mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)

### a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en los siguientes meses de atención. Se recomienda llevar a cabo dicha actividad cuando el paciente reciba cualquier atención por parte de cualquier personal de salud capacitado. Si en caso se necesite brindar un producto de hierro en este mes, se brindará previa evaluación, considerando el peso actual.

Si en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

### b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación - 2.

Entre el segundo o tercer mes, le corresponde que se realice visita domiciliaria o teleorientación por cualquier personal de salud capacitado para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Mayo	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
20	94351683	2	CAYMA	2	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro		P	X	R		99199.17
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	F	Pab	TALLA	X	X	2. Teleorientación		P	X	R		99499.08
	-				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.		P	D	R		

### c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, practicas saludables, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Mayo	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
20	94351683	2	CAYMA	2	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro		P	X	R		99199.17
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	F	Pab	TALLA	X	X	2. Visita familiar integral		P	X	R		C0011
	-				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería Integral		P	X	R		99401

### Tercer mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)

#### a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en los siguientes meses de atención. Se recomienda llevar a cabo dicha actividad cuando el paciente reciba cualquier atención por parte de cualquier personal de salud capacitado. Si en caso se necesite brindar un producto de hierro en este mes, se brindará previa evaluación, considerando el peso actual.

#### b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación - 2.

Entre el segundo o tercer mes, le corresponde que se realice visita domiciliaria o teleorientación por cualquier personal de salud capacitado para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024		Junio		LOS CEDROS						ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD													
														D.N.I.													
														FINANC. DISTRITO DE PROCEDENCIA													
DIA		HISTORIA CLINICA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC VICIO		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA CENTRO POBLADO												P D R			1º 2º 3º										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																											
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___)																											
20	94351683	2	CAYMA	3	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17								
	459-23										58	CHARCANI GRANDE	D	F	Ppreg	Hb	R	R	2. Teleorientación			P	X	R			99499.08
	-																		3.			P	D	R			

#### c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, practicas saludables, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024		Junio		LOS CEDROS						ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD													
														D.N.I.													
														FINANC. DISTRITO DE PROCEDENCIA													
DIA		HISTORIA CLINICA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC VICIO		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA CENTRO POBLADO												P D R			1º 2º 3º										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																											
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___)																											
20	94351683	2	CAYMA	3	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17								
	459-23										58	CHARCANI GRANDE	D	F	Ppreg	Hb	R	R	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011
	-																		3. Consejería Integral			P	X	R			99401

### Cuarto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 2 (control) y Suplementación con hierro – 2

A partir de los 4 meses, se debe brindar un segundo frasco de hierro y segundo dosaje de hemoglobina. Así mismo, se deberá evaluar el incremento de hemoglobina entre el dosaje de hemoglobina inicial y el dosaje de hemoglobina control, si el valor alcanzado no indica un incremento del valor de hemoglobina, se deberá profundizar en las causas y si es necesario realizar la interconsulta con el servicio de medicina.

En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Julio	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º		2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
10	94351683	2	CAYMA	4	A	M	PC	34	PESO	4.9	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	F	Pab	TALLA	52	C	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	4			99381
					D	F	Ppreg	Hb	12.7	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R				85018.01
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	X	R	2		99199.17
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 06 meses			P	X	R				99401.03
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 10/07/2024: 12.7 gr/dl

Valor Hb del 07/04/2024: 12.2 gr/dl

Diferencia de Hb: 12.7 – 12.2 = 0.5 g/dl (Hubo incremento)

#### b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación – 3

Entre el cuarto o quinto mes le corresponde que se realice visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Julio	LOS CEDROS				NUTRICION				DNI	43983361	MARIELA PALOMINO									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º		2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
20	94351683	2	CAYMA	4	A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	F	Pab	TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R				C0011
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															

**c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, practicas saludables, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Julio	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
20	94351683	2	CAYMA	4	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	99199.17	
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	Pab	TALLA	X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R	C0011	
	-				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería Integral			P	X	R	99401

**Quinto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)**

**a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.**

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en este mes de atención. Se recomienda llevar a cabo dicha actividad cuando el paciente reciba cualquier atención por parte de cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación – 3**

Entre el cuarto o quinto mes le corresponde que se realice visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Agosto	LOS CEDROS				NUTRICION				DNI	43985361	MARIELA PALOMINO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
20	94351683	2	CAYMA	5	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	99199.17	
	459-23	58	CHARCANI GRANDE		M	Pab	TALLA	X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R	C0011	
	-				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R	

**c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, practicas saludables, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Agosto	LOS CEDROS				NUTRICIÓN				DNI: 43985361 MARIELA PALOMINO						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12			P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
20	94351683	2	CAYMA	5	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro		P	X	R	99199.17	
	459-23	58	CHARCANI GRANDE			X	Pab	TALLA	X	X	2. Visita familiar integral		P	X	R	C0011
	-					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería Integral		P	X	R

**Sexto mes (RN con bajo peso al nacer o prematuro)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 3 (6 meses), Termina de administración de hierro (TA), Inicio de suplementación de hierro - 1 (6-11 meses).**

En esta etapa se concluye el proceso de administración de hierro del niño prematuro o bajo peso al nacer e inicia una nueva etapa de suplementación con hierro; siempre y cuando el dosaje de hemoglobina este en valores normales. Se deberá de evaluar el incremento de hemoglobina entre el dosaje de hemoglobina de control y el dosaje de hemoglobina final, si el valor alcanzado no es lo esperado, realizar la interconsulta con el servicio de medicina. Sí en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Setiembre	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI: 42146246 SANDRA JIMENEZ								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12			P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SAUL HERNANDEZ LLOSA																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 12/09/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
12	94351683	2	CAYMA	6	A	PC	36	PESO	7.1	N	N	1. Control de salud de rutina del niño		P	X	R	Z001	
	459-23	58	CHARCANI GRANDE			X	Pab	TALLA	54.5	X	X	2. Atencion Integral de salud del niño: CRED menor 1 año		P	X	R	6	99381
	-					D	F	Ppreg	Hb	12.9	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro		P	X	R	85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro		P	X	R	TA 1	99199.17
						M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable		P	X	R		99403.01
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R	

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 12/09/2024: 12.9 gr/dl / Valor Hb del 10/07/2024: 12.7 gr/dl  
 Diferencia de Hb: 12.9 – 12.7 = 0.2 g/dl (Hubo incremento)

## Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (RN con bajo peso al nacer o prematuro)

### a) **Actividad opcional:** Atención en Nutrición / Consulta Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, solamente cuando no exista un incremento de peso según la edad entre cada mes de evaluación o no exista un incremento de la hemoglobina en el primer control de hemoglobina; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Julio	LOS CEDROS				NUTRICION				DNI	43985361	MARIELA PALOMINO									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SALU HERNANDEZ LLOSA																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/2024				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/07/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
10	94351683	2	CAYMA	4	A	PC	34	PESO	3.9	N	X	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			2132	
	459-23				M	Pab	TALLA	51			X	C	2. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional			P	X	R			99209
		58	CHARCANI GRANDE		D	F	Ppreg	Hb	12.1	R	R			3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R		
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	X	R	2		99199.17	
					M	Pab	TALLA			C	C	2. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 06 meses			P	X	R			99401.03	
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

## B) NIÑO Y NIÑA A TÉRMINO Y CON BUEN PESO AL NACER, SIN ANEMIA – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	EDAD EN MESES							
		0	1	2	3	4	5	6	
NIÑO/A A TÉRMINO Y CON BUEN PESO AL NACER	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)						1		TA
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION						VD-1	VD/TO-2	
	DOSAJE DE HEMOGLOBINA								DH
	CONSEJERIA NUTRICIONAL								CN
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL							AN (**)	

(\*) Como producto de Primera eleccion es el Sulfato Ferroso (gotas) y segunda eleccion el Hierro Polimaltosado (gotas).

(\*\*) Aplica cuando la suplementacion preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia practicas inadecuadas de alimentacion.

### Cuarto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro - 1

En esta etapa se inicia la suplementación preventiva del niño de 4 meses con adecuado peso al nacer. Es importante que se brinde la consejería apropiadamente, haciendo énfasis en los beneficios del suplemento de hierro y la forma que se debe de sobrellevar los efectos adversos.

AÑO	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024	Abril		LOS CEDROS						ENFERMERIA						DNI	42146246 SANDRA JIMENEZ				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISPE																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
10	94351698	2	CAYMA	4	A	M	PC	35.2	PESO	6.2	N	X	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		2001
	459-789	58	CHARCANI CHICO		M	Pab	TALLA	61	X	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	4		99381	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3. Suplementación con hierro			P	X	R	1		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 lactancia materna exclusiva hasta los 06 meses			P	X	R		99401.03
					M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R			

#### b) Actividad principal: Visita domiciliaria – 1

A partir de los 7 días de iniciada la suplementación, se debe de iniciar con una Visita domiciliaria<sup>6</sup> para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024	Abril		LOS CEDROS						NUTRICION						DNI	43985361 MARIELA PALOMINO				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISPE																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
20	94351698	2	CAYMA	4	A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17
	459-789	58	CHARCANI CHICO		M	Pab	TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				

<sup>6</sup> Si en caso se requiera, se puede adicionar consejería integral siempre y cuando se realice actividades complementarias a la suplementación preventiva.

**c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Abril	LOS CEDROS											ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11			13	14	15			16	17	18	19			20	21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISPE																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:											FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
20	94351698	2	CAYMA			4	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17		
	459-789	58	CHARCANI CHICO				X	X	Pab	TALLA	X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R		C0011		
	-						D	X	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería Integral			P	X	R		99401		

**Quinto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer)**

**a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.**

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en este mes de atención. Se recomienda llevar a cabo dicha actividad cuando el paciente reciba cualquier atención por parte de cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la lactancia materna y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición.

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación – 2**

En el 5to mes de edad y el paciente ha iniciado la suplementación a los 4 meses, se debe de realizar una visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Mayo	LOS CEDROS											ENFERMERIA						DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11			13	14	15			16	17	18	19			20	21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISPE																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:											FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
20	94351698	2	CAYMA			5	A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17		
	459-789	58	CHARCANI CHICO				X	X	Pab	TALLA	X	X	2. Teleorientación			P	X	R		99499.08		
	-						D	X	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R				

**c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Mayo	LOS CEDROS											ENFERMERIA					DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12													P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISEP																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
20	94351698	2	CAYMA	5	A	M	PC	PESO	7.1	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17	
	459-789	58	CHARCANI CHICO		X		Pab	TALLA	62.5	X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011	
	-				D		Ppreg	Hb	12.8	R	R	3. Consejería Integral			P	X	R			99401	

**Sexto mes (Niño y niña a término y con buen peso al nacer)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1 (6 meses), Termina de administración de hierro (TA), Inicio de Suplementación con hierro - 1**

En esta etapa se concluye el proceso de administración de hierro del niño de 4 meses de edad. Así mismo, inicia una nueva etapa de suplementación con hierro; siempre y cuando el dosaje de hemoglobina este en valores normales.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024	Junio	LOS CEDROS											ENFERMERIA					DNI	42146246	SANDRA JIMENEZ	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12													P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISEP																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 15/06/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
15	94351698	2	CAYMA	6	A	M	PC	PESO	35.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			Z001	
	459-789	58	CHARCANI CHICO		X		Pab	TALLA	62.5	X	C	2. Atención integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	6		99381	
	-				D		Ppreg	Hb	12.8	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R			85018.01	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISEP																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
					A	M	PC	PESO	7.1	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	TA	1	99199.17	
					X		Pab	TALLA	62.5	C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01	
					D		Ppreg	Hb	12.8	R	R	3.			P	D	R				

**Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:**

Centro Poblado: Charcani Chico / Altitud: 2,590 msnm / Ajuste de Hb: 1.8

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.8 - 1.8 = 11$  g/dl (Valor normal) – (Colocar este valor en la historia clinica)

## Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (Niño y niña a término y con buen peso al nacer)

### a) **Actividad opcional:** Atención en Nutrición / Consulta Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, solamente cuando no exista un incremento de peso según la edad entre cada mes de evaluación o haya problemas con la lactancia materna o haya iniciado el consumo de alimentos; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Mayo	LOS CEDROS				NUTRICION				DNI	43985361	MARIELA PALOMINO										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NANCY VARGAS QUISEP																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
15	94351698	2	CAYMA	5	A	M	PC	35.8	PESO	6.2	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			Z132	
	459-789	58	CHARCANI CHICO		D	X	Ppreg		TALLA	61.2	X	X	2. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado			P	X	R	P/E			R628
										Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional			P	X	R			99209	
					M				TALLA	C	C	2.			P	D	R					
					D	F			Hb		R	R	3.			P	D	R				

### C) NIÑO O NIÑA DE 6 A 11 MESES DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	EDAD EN MESES						
		6	7	8	9	10	11	12
6 A 11 MESES DE EDAD	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx			DHc1			DHc2
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)	1		2		3		TA
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1		CN2		CN3		CN4
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN (**)						
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION	VD-1	VD/TO - 2	VD/TO - 3				

(\*) Como producto de Primera eleccion es el Sulfato Ferroso (gotas / jarabe) ó Multimicronutrientes (polvo) y segunda eleccion el Hierro Polimaltosado (gotas / jarabe).

La cantidad minima de entrega seran 3 entregas, se podra brindar mas entregas dependiendo de la necesidad del paciente y se registrara los Lab. de forma consecutiva.

(\*\*) Aplica cuando la suplementacion preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia practicas inadecuadas de alimentacion.

#### Primer mes (6 a 11 meses de edad)

##### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1 y Suplementación con hierro - 1

A los 6 meses de edad se debe de iniciar con un dosaje de hemoglobina para poder conocer su estado actual respecto a la hemoglobina. Si se comprueba que los valores de hemoglobina están dentro de los valores normales, se debe de iniciar la suplementación preventiva por un periodo de 6 meses y programar los controles de hemoglobina, visita domiciliaria o teleorientación en los momentos que corresponda. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5					6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Abril	CS QUEROCOTO	ENFERMERIA					DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
6	97569470	2	CHARACATO	6	M	PC	36.7	PESO	7.3	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		2001
	56789	2	CHUJAL		M	Pab		TALLA	63	X	X	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	6	99381
						F	Ppreg	Hb	13.1	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro			P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
					M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	1	99199.17
					M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		99403.01
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R		

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Chujal / Altitud: 3,610 msnm / Ajuste de Hb: 2.5

Calculo de Valor Hb corregido:  $13.1 - 2.5 = 10.6$  g/dl (Valor normal) – (Colocar este valor en la historia clinica)

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria - 1**

A los 7 días de iniciado la suplementación preventiva, se debe de iniciar con una visita domiciliaria y monitorear como está la aceptación al suplemento de hierro, brindar pautas para la continuidad al consumo de hierro, verificación de las condiciones de conservación del suplemento de hierro y reforzar los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024		Abril	CS QUEROCOTO				NUTRICION				DNI	27373345	JOSE MORI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
20	97569470	2	CHARACATO	6	A	X	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17
	56789				X		Pab		TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

**c) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria que involucre actividades adicionales al seguimiento a la suplementación con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

2	3	MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024		Abril	CS QUEROCOTO				NUTRICION				DNI	27373345	JOSE MORI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
20	97569470	2	CHARACATO	6	A	X	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17
	56789				X		Pab		TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería Integral			P	X	R			99401

**Segundo mes (6 a 11 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.**

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en este mes de atención. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Se deberá de monitorear el consumo del suplemento de hierro, consumo de alimentos ricos en hierro y monitorear el consumo de lactancia materna con una distancia prudencial de las comidas de tal manera que no interfiera en el consumo de los alimentos. Si en caso se necesite brindar un producto de hierro en este mes, se brindará previa evaluación, considerando el peso actual.

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación – 2**

Siendo el segundo mes y el paciente haya iniciado el mes anterior la suplementación preventiva, se debe de realizar una visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro y fortalecer los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	4	5			6			7			8												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Mayo	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI: 27373345			JOSE MORI													
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º		3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																								
20	97569470	2	CHARACATO		7	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R				99199.17						
	56789	2	CHUJAL									D	F	Ppreg	TALLA	R	R	2. Teleorientación	P	X	R			99499.08
		2																						

**Tercer mes (6 a 11 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 2**

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le correspondería la suplementación con hierro y consejería nutricional en el tercer mes del esquema de suplementación. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7			8															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2024	Junio	CS QUEROCOTO			ENFERMERIA			DNI: 82768809			ERNESTO SANDOVAL																
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º		3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																											
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																											
6	97569470	2	CHARACATO		8	A	PC	37.9	PESO	8.9	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			Z001								
	56789	2	CHUJAL											D	F	Ppreg	TALLA	64	R	R	2. Atención integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	8		99381
		2																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																											
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																											
						A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01								
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R											
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R											

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación - 3**

En el tercer mes, se debe de realizar una visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro y fortalecer los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	4	5					6											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Junio	CS QUEROCOTO					NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
20	97569470	2	CHARACATO	8	A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17
	56789				M	F	Pab	TALLA		X	X	2. Visita familiar integral			P	X	R		C0011
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R		

**Cuarto mes (6 a 11 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (Control)**

En el cuarto mes, al paciente le corresponde el dosaje de hemoglobina control, así mismo se deberá monitorear el consumo de hierro y monitorear los cambios en los valores de hemoglobina, si hubo incremento es aceptable, pero si el resultado es igual o menor; profundizar en la indagación de las causas y si es necesario realizar la interconsulta al servicio de medicina.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5					6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Julio	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
6	97569470	2	CHARACATO	9	A	M	PC	38.3	PESO	9.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		2001
	56789				M	F	Pab	TALLA	65.1	X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	9	99381	
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg	Hb	13.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro			P	X	R		85018.01	

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 06/07/2024: 13.5 gr/dl

Valor Hb del 06/04/2024: 13.1 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.5 – 13.1 = 0.45 g/dl (Hubo incremento)

### Quinto mes (6 a 11 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 3

En el quinto mes, al paciente le correspondería la suplementación con hierro, así mismo se deberá monitorear el consumo de hierro que le correspondería según edad.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación y/o efectos adversos al suplemento de hierro se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5					6			6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Agosto	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R			1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
6	97569470	2	CHARACATO	10	A	M	PC	38.5	PESO	10.1	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			Z001
	56789				M	F	Pab		TALLA	65.8	X	X	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	X	R	10		99381
		2	CHUJAL		D	F	Ppreg		Hb			R	R	3. Suplementación con hierro			P	X	R	3	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentacion saludable			P	X	R			99403.01
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.			P	D	R			
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

### Sexto mes (6 a 11 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Seguimiento a la adherencia.

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en este mes de atención. Si en caso se necesite brindar un producto de hierro en este mes, se brindará previa evaluación, considerando el peso, talla. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

### Séptimo mes (6 a 11 meses de edad)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 3 (Control final), Terminación de administración de hierro (TA).**

En el séptimo mes, luego de haber transcurrido más de 6 meses o 180 días de haber iniciado la suplementación con hierro, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de hierro. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 209 días desde haber iniciado la suplementación con hierro. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

2	3	4	5					6			7										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Octubre	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
15	94569478	2	CHARACATO	1	M	PC	39.5	PESO	11.4	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001	
	234-711	2	CHUJAL		M	Pab	TALLA	67		X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	1			99382
	-				D	Ppreg	Hb	13.8	R	R	3. Suplementación con hierro			P	X	R	TA				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. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R			85018.01
					M	Pab	TALLA			C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R				99403.01
					D	Ppreg	Hb			R	R	3.			P	D	R				

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 15/10/2024: 13.8 gr/dl

Valor Hb del 06/07/2024: 13.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.8 – 13.5 = 0.5 g/dl (Hubo incremento)

## Atención en nutrición / Consulta Nutricional (6 a 11 meses de edad)

### a) Actividad opcional: Atención en Nutrición / Consulta Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, cuando no exista un incremento de peso o talla entre cada mes de evaluación o haya problemas con el incremento de hemoglobina en cada control o exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

2	3	4	5			6			7												
ANO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2024	Julio	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI:	27373345	JOSE MORI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	20		21	22							
	HISTORIA CLINICA	10	12								TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS								
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/07/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
6	97569470	2	CHARACATO	9	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	38.3	PESO	9.0	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z132	
	56789	2	CHUIAL		<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	64.5	TALLA	13.0	R	R	2.	Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P/E		R628
					D	Ppreg	Hb	13.0	Hb		R	R	3.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
					A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1.	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209.04	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		TALLA		C	C	2.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018.01
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb		Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 06/07/2024: 13.0 gr/dl

Valor Hb del 06/04/2024: 13.1 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.0 – 13.1 = -0.1 g/dl (Hubo disminución)

## D) NIÑO O NIÑA DE 12 A 23 MESES DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	EDAD EN MESES											
		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
12 A 23 MESES DE EDAD	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHc2			DHx			DHc1			DHc2		
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)	TA			1	2	3	4	5	6	TA		
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN4			CN1	CN2	CN3	CN4	CN5	CN6	CN7		
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN (**)											
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION	Periodo de descanso de 3 meses. Solo aplica si el paciente es continuador de los 6 a 11 meses.											
					VD-1	VD/TO - 2	VD/TO - 3						

(\*) Como producto de Primera eleccion es el Sulfato Ferroso (gotas / jarabe) ó Multiminocronutrientes (polvo) y segunda eleccion el Hierro Polimaltosado (gotas / jarabe).

(\*\*) Aplica cuando la suplementacion preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina ó se evidencia practicas inadecuadas de alimentacion.

### Primer mes (12 a 23 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Suplementación con hierro – 1.

A partir de los 12 meses, se debe de descansar por un periodo de 3 meses posterior al periodo de suplementación de 6 a 11 meses, siempre y cuando haya iniciado en ese periodo de tiempo, por lo tanto; se inicia el periodo de suplementación con hierro con un dosaje de hemoglobina. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2025	Enero		CS QUEROCOTO						ENFERMERIA						DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL				
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12																P	D	R
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
13	94569478	2	CHARACATO		1	M	PC	41.5	PESO	12.9	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001
	234-711					M	Pab		TALLA	68.5	C	C	2. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R			85018.01
	-	2	CHUJAL			D	Ppreg		Hb	13.1	X	X	3. Suplementación con hierro			P	X	R	1		99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
						A	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01
						M	Pab		TALLA		C	C	2.			P	D	R			
						D	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Chujal / Altitud: 3,610 msnm / Ajuste de Hb: 2.5

Calculo de Valor Hb corregido:  $13.1 - 2.5 = 10.6$  g/dl (Valor normal) – (Colocar este valor en la historia clinica)

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria - 1**

A los 7 días de iniciado la suplementación preventiva, se debe de iniciar con una visita domiciliaria y monitorear como está la aceptación al suplemento de hierro, brindar pautas para la continuidad al consumo de hierro, verificación de las condiciones de conservación del suplemento de hierro y reforzar los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	4	5				6																		
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2025	Enero	CS QUEROCOTO				NUTRICION				DNI	27373345	JOSE MORI													
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º									
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
23	94569478	2	CHARACATO		1	M	PC	PESO	TALLA	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17					
	234-711	2	CHUJIAL	D								F	Ppreg	Hb	R	R	2. Visita familiar integral			P	X	R			C0011
	-																3.			P	D	R			

**Segundo mes (12 a 23 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro - 2**

Estando en el segundo mes y según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde la suplementación con hierro. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5				6																				
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
2025	Febrero	CS QUEROCOTO				ENFERMERIA				DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL															
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22													
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS									
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º											
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
13	94569478	2	CHARACATO		1	M	PC	41.8	PESO	13.2	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001						
	234-711	2	CHUJIAL	D									F	Ppreg	Hb	R	R	2. Atención integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	3		99382	
	-																	3. Suplementación con hierro			P	X	R	2		99199.17	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
<del>13</del>	<del>94569478</del>	<del>2</del>	<del>CHARACATO</del>		<del>1</del>	<del>M</del>	<del>PC</del>	<del>41.8</del>	<del>PESO</del>	<del>13.2</del>	<del>N</del>	<del>N</del>	<del>1. Consejería nutricional: alimentación saludable</del>			<del>P</del>	<del>X</del>	<del>R</del>			<del>99403.01</del>						
			<del>CHUJIAL</del>										<del>D</del>	<del>F</del>	<del>Ppreg</del>	<del>Hb</del>	<del>R</del>	<del>R</del>	<del>2.</del>			<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>			
			<del>3.</del>																<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>						

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación - 2.**

Siendo el segundo mes y el paciente haya iniciado el mes anterior la suplementación preventiva, se debe de realizar una visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro y fortalecer los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2025	Febrero	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO DEFALUCCO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
23	94569478	2	CHARACATO	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.17	
	234-711	2	CHUJAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	69.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Teleorientación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08
	-	2	CHUJAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ppreg		Hb			R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	

**Tercer mes (12 a 23 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 3.**

En el tercer mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2025	Marzo	CS QUEROCOTO					NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO DEFALUCCO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
13	94569478	2	CHARACATO	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	42.4	PESO	13.7	N	N	1. Examen de pesquiza especial para trastornos de la nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2132	
	234-711	2	CHUJAL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	69.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99199.17
	-	2	CHUJAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ppreg		Hb			R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación – 3.**

En el tercer mes, se debe de realizar una visita domiciliaria o teleorientación para el monitoreo a la adherencia al hierro y fortalecer los mensajes brindados en la consejería nutricional.

2	3	4	5					6									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2025	Marzo	CS QUEROCOTO					NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA													
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
23	94569478	2	CHARACATO	1	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17
	234-711				M	Pab	TALLA	X	X	2. Teleorientacion			P	X	R		99499.08
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R	

**Cuarto mes (12 a 23 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (Control), Suplementación con hierro - 4.**

En el cuarto mes, se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control, suplementación con hierro. Así mismo verificar los cambios de hemoglobina. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5					6											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2025	Abril	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA															
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
13	94569478	2	CHARACATO	1	A	PC	43	PESO	14	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		2001
	234-711				M	Pab	TALLA	70.1	X	X	2. Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	4	99382	
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg	Hb	13.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R		85018.01
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
					A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	4	99199.17
					M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentacion saludable			P	X	R		99403.01
					D	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R		

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 13/04/2025: 13.5 gr/dl

Valor Hb del 13/01/2025: 13.1 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.5 – 13.1 = 0.4 g/dl (Hubo incremento)

### Quinto mes (12 a 23 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 5.

En el quinto mes, al paciente le correspondería la suplementación con hierro, así mismo se deberá monitorear el consumo de hierro que le correspondería según edad. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consejería nutricional.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2025	Mayo	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
13	94569478	2	CHARACATO	1	M	PC	43.5	PESO	14.5	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R		2132	
	234-711				M		Pab		TALLA	70.6	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	5	99199.17
		2	CHUJIAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		99403.01

### Sexto mes (12 a 23 meses de edad)

Según el cálculo de peso y dosificación del hierro, le corresponde realizar el seguimiento a la adherencia del hierro en este mes de atención. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 6.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2025	Junio	CS QUEROCOTO			ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
13	94569478	2	CHARACATO	1	M	PC	44	PESO	14.9	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		Z001	
	234-711				M		Pab		TALLA	70.9	X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	5	99382
		2	CHUJIAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Suplementación con hierro			P	X	R	6	99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		99403.01	
					M		Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R			

### Séptimo mes (12 a 23 meses de edad)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 3 (Control final), Termina de administración de hierro (TA).**

En el séptimo mes, luego de haber transcurrido más de 6 meses o 180 días de haber iniciado la suplementación con hierro, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de hierro. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 209 días desde haber iniciado la suplementación con hierro.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2025	Julio	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA			DNI	82768809	ERNESTO SANDOVAL								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 20/07/2025					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
20	94569478	2	CHARACATO	1	A	PC	44.5	PESO	15.4	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001
	234-711				M	Pab	TALLA	71.4	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R			85018.01	
	-	D	Ppreg		Hb	13.7	R	R	3. Suplementación con hierro			P	X	R	TA			99199.17		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
					A	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R				
					D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 20/07/2024: 13.7 gr/dl

Valor Hb del 13/04/2024: 13.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.7 – 13.5 = 0.2 g/dl (Hubo incremento)

### Atención en nutrición / Consulta Nutricional (12 a 23 meses de edad)

**a) Actividad opcional: Atención en nutrición / Consulta Nutricional**

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, cuando no exista un incremento de peso o talla entre cada mes de evaluación o haya problemas con el incremento de hemoglobina en cada control o exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2025	Abril	CS QUEROCOTO					NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/04/2025					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
13	94569478	2	CHARACATO	1	A	PC	43	PESO	13.7	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			Z132
	234-711				M	Pab	TALLA	69.8	X	X	2. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado			P	X	R	P/T		R628	
	-	D	Ppreg		Hb	13.0	R	R	3. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R			99209			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
					A	PC		PESO		N	N	1. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R			99209.04
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R			85018.01	
					D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

## E) NIÑO O NIÑA DE 24 A 35 MESES DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	EDAD EN MESES												
		24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
24 A 35 MESES DE EDAD	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx						DHc1						
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)	1	2	3	4	5	6	TA						
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1	CN2	CN3	CN4	CN5	CN6	CN7						
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN (**)												
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION	VD / TO - 1					VD / TO - 2							

(\*) Como producto de Primera elección es el Sulfato Ferroso (jarabe) o Multimicronutrientes (polvo) y segunda elección el Hierro Polimaltosado (jarabe).

(\*\*) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia prácticas inadecuadas de alimentación.

### Primer mes (24 a 35 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Suplementación con hierro - 1.

A partir de los 24 meses, se inicia el siguiente periodo de suplementación con hierro con un dosaje de hemoglobina previo. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención nutricional.

2	3	4	5					6					7						
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2025	Octubre	CS QUEROCOTO					ENFERMERIA					DNI	51440673	MARIELA MUNAYCO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/11/2025					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
5	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	46	PESO	16.5	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			Z001	
	234-711	2	CHUJAL	2	M	Pab		TALLA	72.5	X	X	2. Atención integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años	P	X	R	7		99382	
		2	CHUJAL	2	F	Ppreg		Hb	13.6	R	R	3. Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R			85018.01	
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	X	R	1		99199.17
					M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01	
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Chujal / Altitud: 3,610 msnm / Ajuste de Hb: 2.5

Calculo de Valor Hb corregido:  $13.6 - 2.5 = 11.1$  g/dl (Valor normal)

#### b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación – 1.

En el primer mes, es importante que se evalúe la adherencia al consumo de hierro y se realice una visita domiciliaria o Teleorientación

2	3	4	5					6					7					
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2025	Octubre	CS QUEROCOTO					NUTRICION					DNI	27373345	JOSE MORI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
15	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17
	234-711	2	CHUJAL	2	M	Pab		TALLA		X	X	2. Visita familiar integral	P	X	R			C0011
		2	CHUJAL	2	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## Segundo mes (24 a 35 meses de edad)

### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 2.

En el segundo mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2025	Noviembre	CS QUEROCOTO			ENFERMERIA			DNI	51440673	MARIELA MUNAYCO											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__													
8	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	47	PESO	16.7	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			2001	
	234-711				M		Pab		TALLA	72.7	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	2		99199.17
	-	2	CHUJAL		F		Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01

## Tercer mes (24 a 35 meses de edad)

### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 3.

En el tercer mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2025	Diciembre	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__													
5	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	47.5	PESO	16.8	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			Z132	
	234-711				M		Pab		TALLA	72.7	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	3		99199.17
	-	2	CHUJAL		F		Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación – 2.**

En el tercer mes, es importante que se evalué la adherencia al consumo de hierro y se realice una visita domiciliaria o teleorientación.

2	3	4	5			6			7										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2025	Diciembre	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
15	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R			99199.17	
	234-711	2	CHUIJAL		M	Pab	TALLA		X	X	2. Teleorientacion			P	X	R			99499.08
	-				D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R		

**Cuarto mes (24 a 35 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 4.**

En el cuarto mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2026	Enero	CS QUEROCOTO			ENFERMERIA			DNI	51440673	MARIELA MUNAYCO										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
8	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	48	PESO	17.2	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			Z001
	234-711	2	CHUIJAL		M	Pab	TALLA	72.9		C	C	2. Atencion Integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	8		99382
	-				D	F	Ppreg	Hb		X	X	3. Suplementación con hierro			P	X	R	4		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 nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01
					M	Pab	TALLA			C	C	2.			P	D	R			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R			

### Quinto mes (24 a 35 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 5.

En el quinto mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / atención nutricional.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2026	Febrero	CS QUEROCOTO			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
8	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	48	PESO	17.5	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			2132
	234-711	2	CHUJAL		M	Pab		TALLA	73.2	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	5		99199.17
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		

### Sexto mes (24 a 35 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 6

En el sexto mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / atención nutricional.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2026	Marzo	CS QUEROCOTO			ENFERMERIA			DNI	51440673	MARIELA MUNAYCO										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
8	94569478	2	CHARACATO	2	M	PC	48	PESO	17.8	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R			Z001
	234-711	2	CHUJAL		M	Pab		TALLA	73.8	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	6		99199.17
	-	2	CHUJAL		D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		

### Séptimo mes (24 a 35 meses de edad)

**a) Actividad principal:** *Dosaje de hemoglobina – 2 (Control final), Termina de administración de hierro (TA).*

En el séptimo mes, luego de haber transcurrido más de 6 meses o 180 días de haber iniciado la suplementación con hierro, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de hierro. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 209 días desde haber iniciado la suplementación con hierro.

2	3	4	5				6				7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2026	Abril	CS QUEROCOTO				ENFERMERIA				DNI	51440673	MARIELA MUNAYCO								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/11/2025						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
10	94569478	2	CHARACATO		2	M	PC	48	PESO	18.1	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		Z001
	234-711	2				M	Pab		TALLA	74.1	X	X	2. Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	X	R	9	99382
		2	CHUJAL			D	F	Ppreg		Hb	14.1	R	R	3. Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro			P	X	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
						A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	X	R	TA	99199.17
						M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		99403.01
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R	

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 10/04/2026: 14.1 gr/dl

Valor Hb del 05/10/2025: 13.6 gr/dl

Diferencia de Hb: 14.1 – 13.6 = 0.5 g/dl (Hubo incremento)

## Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (24 a 35 meses de edad)

### a) Actividad opcional: Atención en nutrición / Consulta nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, cuando no exista un incremento de peso o talla entre cada mes de evaluación o haya problemas con el incremento de hemoglobina en cada control o exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

2	3	4	5						6			6									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2026	Enero	CS QUEROCOTO						NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ-VILCA																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
8	94569478	2	CHARACATO	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	48	PESO	17.2	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2132
	234-711	2	CHUJAL		M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	72.9	C	C	C	2. Otras fallas del desarrollo fisiológico normal esperado			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P/T		R628
	-				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209		
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	4			99199.17	
					M		Pab	TALLA	C	C	2. Evaluación nutricional antropométrica			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209.04	
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R					

## F) NIÑO O NIÑA DE 36 A 59 MESES DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	ANUAL											
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
36 A 59 MESES DE EDAD	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx			DHc1								
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)	1	2	3	TA								
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1	CN2	CN3	CN4								
	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION	AN (**)											
		VD / TO a +											

(\*) Como producto de Primera elección es el Sulfato Ferroso (jarabe) ó Multimicronutrientes (polvo) y segunda elección el Hierro Polimaltosado (jarabe).

(\*\*) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia practicas inadecuadas de alimentación.

### Primer mes (36 a 59 meses de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Suplementación con hierro – 1.

A partir de los 36 meses, la suplementación preventiva es anual; previo al inicio de la suplementación se debe de realizar el dosaje de hemoglobina. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención nutricional.

2	3	4	5				6				7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Marzo	AMBO				ENFERMERIA				DNI	MARISOL GUERRA									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL.-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ															
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/01/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
14	93489644	2	AMBO		3	M	PC	49.5	PESO	13.5	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	R			2001
	FG-3664	58	PUCASINIEGA			M	Pab	TALLA	94.2	C	C	2. Atención integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	R		10		99382
	-					D	F	Ppreg	Hb	13.7			3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
						A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro			P	R	1		99199.17
						M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	D	R			99403.01
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R		

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Pucasiniega / Altitud: 3,885 msnm / Ajuste de Hb: 2.5

Calculo de Valor Hb corregido:  $13.7 - 2.5 = 11.2$  g/dl (Valor normal)

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o Teleorientación**

En todo el proceso de suplementación preventiva se debe de realizar mínimo una visita domiciliaria o teleorientación para evaluar la adherencia al consumo de hierro.

2	3	4	5			6			7					
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Marzo	AMBO			NUTRICION			DNI	34689654	CESAR QUISPE				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ										
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
24	93489644	2	AMBO	3	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R	99199.17
	FG-3664	58	PUCASINIEGA		M	Pab	TALLA	X	X	2. Teleorientación	P	X	R	99499.08
	-				D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R	

**Segundo mes (36 a 59 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro – 2.**

En el segundo mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7							
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Abril	AMBO			NUTRICION			DNI	34689654	CESAR QUISPE						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ												
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
14	93489644	2	AMBO	3	M	PC	50	PESO	14.1	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R	Z132
	FG-3664	58	PUCASINIEGA		M	Pab	TALLA	94.4	X	X	2. Suplementación con hierro	P	X	R	2	99199.17
	-				D	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R		99403.01	

**Tercer mes (36 a 59 meses de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación con hierro - 3.**

En el tercer mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7							
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Mayo	AMBO			NUTRICION			DNI	34689654	CESAR QUISPE						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ												
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
14	93489644	2	AMBO	3	M	PC	50	PESO	14.3	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R	Z132
	FG-3664	58	PUCASINIEGA		M	Pab	TALLA	94.5	X	X	2. Suplementación con hierro	P	X	R	3	99199.17
	-				D	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R		99403.01	

### Cuarto mes (36 a 59 meses de edad)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (Control final), Terminación de administración de hierro (TA).**

En el cuarto mes, luego de haber transcurrido más de 3 meses o 90 días de haber iniciado la suplementación con hierro, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de hierro. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 119 días desde haber iniciado la suplementación con hierro. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

2	3	4	5					6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Junio	AMBO					ENFERMERIA			DNI	44689600	MARISOL GUERRA										
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMS							
HISTORIA CLINICA		10	12										1º	2º		3º						
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ																						
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 25/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
25	93489644	2	AMBO		3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	51.5	PESO	14.8	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2001	
	FG-3664	58	PUCASINIEGA			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA	95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11		99382
	-					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	13.8	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				85018.01
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		C	C	2.	Consejería nutricional: alimentación saludable	P	D	R		99403.01	
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 25/06/2024: 13.8 gr/dl

Valor Hb del 14/03/2024: 13.7 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.8 – 13.7 = 0.1 g/dl (Hubo incremento)

## Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (36 a 59 meses de edad)

### a) Actividad opcional: Atención en Nutrición / Consulta Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, cuando no exista un incremento de peso o talla entre cada mes de evaluación o exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso; producto de una interconsulta por parte de otros servicios.

2	3	4	5					6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Abril	AMBO					NUTRICION					DNI	27373345	JOSE MORI				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JOSE SANCHEZ JIMENEZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/2021			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
14	93489644	2	AMBO	3	M	PC	50	PESO	13.6	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	FG-3664	58	PUCASINIEGA		M	Pab	TALLA	94.2	X	X	2. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado		P	X	R	P/T		R628
					D	Ppreg	Hb		R	R			3. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R	2		99199.17
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Evaluación nutricional antropométrica		P	X	R			99209.04
					D	Ppreg	Hb		R	R			3.	P	D	R		

## G) NIÑO O NIÑA DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	ANUAL											
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
5 A 11 AÑOS DE EDAD	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx											
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (*)	1	2	3	TA								
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1	CN2	CN3	CN4								
	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL	AN (**)											

(\*) La entrega de producto es el Sulfato Ferroso (jarabe / tableta).

(\*\*) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia prácticas inadecuadas de alimentación.

### Primer mes (5 a 11 años de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina, Suplementación con hierro - 1.

A partir de los 5 años, la suplementación preventiva es anual; previo al inicio de la suplementación se debe de realizar el dosaje de hemoglobina. En este periodo la actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención nutricional.

2 AÑO	3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Abril	PS LA GOLONDRINA				ENFERMERIA				DNI	34600654 SANDRA PINEDA									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUEL MORI SALDAÑA																				
(**)FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2019				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
5	82643269	2	AMBO	5	M	PC	52.5	PESO	21.5	N	N	1. Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia			P	X	R			2002
	HP-22434	58	CHINCHO		M	Pab		TALLA	112	C	C	2. Obesidad debido a exceso de calorías			P	X	R	IMC		E660
	-				D	Ppreg	Hb	13.4	X	X	3. Atención Integral de Salud del Niño: CRED de 5 a 11 años			P	X	R	1		99383	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(**)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R			85018.01
					M	Pab		TALLA		C	C	2. Suplementación con hierro			P	X	R	1		99199.17
					D	Ppreg	Hb			R	R	3. Consejería Nutricional en alimentación saludable			P	X	R			99403.01

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Chincho / Altitud: 2,910 msnm / Ajuste de Hb: 1.8

Calculo de Valor Hb corregido:  $13.4 - 1.8 = 11.6$  g/dl (Valor normal)

## Segundo mes (5 a 11 años de edad)

### a) Actividad principal: Suplementación con hierro - 2.

En el segundo mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención nutricional.

2	3	4	5				6																		
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Mayo	PS LA GOLONDRINA				NUTRICION				DNI	27373345	JOSE MORI													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS								
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º									
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUEL MORI SALDAÑA													FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2019				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
5	82643269	2	AMBO	5	M	PC	52.6	PESO	21.5	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R		Z132						
	HP-22434	58	CHINCHO									M	Pab	TALLA	112	X	X	2. Obesidad debido a exceso de calorías			P	D	X	HMC	E660
	-																	D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
												1. Suplementación con hierro			P	X	R	2		99199.17					
												2. Consejería Nutricional en alimentación saludable			P	X	R			99403.01					
												3.			P	D	R								

## Tercer mes (5 a 11 años de edad)

### a) Actividad principal: Suplementación con hierro - 3.

En el tercer mes, se debe de continuar con la suplementación con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5				6																		
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Junio	PS LA GOLONDRINA				ENFERMERIA				DNI	34600654	SANDRA PINEDA													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS								
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º									
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUEL MORI SALDAÑA													FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2019				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
5	82643269	2	AMBO	5	M	PC	52.6	PESO	21	N	N	1. Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia			P	X	R		2002						
	HP-22434	58	CHINCHO									M	Pab	TALLA	112	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	3	99199.17
	-																	D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable	

### Cuarto mes (5 a 11 años de edad)

#### a) Actividad principal: Terminación de administración de hierro (TA).

En el cuarto mes, luego de haber transcurrido más de 3 meses o 90 días de haber iniciado la suplementación con hierro, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de hierro. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 119 días desde haber iniciado la suplementación con hierro. Dicha actividad lo puede realizar cualquier personal de salud capacitado.

2	3	4	5			6			7																								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																									
2024	Julio	PS LA GOLONDRINA			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI																							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22																			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS																
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º																	
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUEL MORI SALDAÑA																																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2019)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
15	82643269	2	AMBO	5	M	PC	52.9	PESO	20.8	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	D	R			Z132														
	HP-22434	58	CHINCHO																	M	Pab	TALLA	112.5	C	C	2.	Obesidad debido a exceso de calorías	P	D	R	IMC		E660
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	Pab	TALLA	C	C	2.	Consejería Nutricional en alimentación saludable	P	D	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																																	

### Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (5 a 11 años de edad)

#### a) Actividad opcional: Atención en nutrición / Consulta Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, cuando no exista un incremento de peso o talla entre cada mes de evaluación o exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso.

2	3	4	5			6			7																								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																									
2024	Abril	PS LA GOLONDRINA			NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI																							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22																			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS																
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º																	
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MANUEL MORI SALDAÑA																																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2019)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
5	82643269	2	AMBO	5	M	PC	52.5	PESO	21.5	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	D	R			Z132														
	HP-22434	58	CHINCHO																	M	Pab	TALLA	112	C	C	2.	Obesidad debido a exceso de calorías	P	D	R	IMC		E660
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
						A	M	PC	PESO	N	N	1.	Atención en Nutrición / Consulta Nutricional	P	D	R				99209													
																					M	Pab	TALLA	C	C	2.		P	D	R			
																																	D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																																	

## H) ADOLESCENTES MUJERES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	ANUAL											
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
ADOLESCENTES MUJERES (12 A 17 AÑOS)	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx			DHc1								
	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO	1(*)	2(*)	3(*)	TA								
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1	CN2	CN3	CN4								
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN (**)											
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION	VD / TO a +											

(\*) La entrega debe ser mensual, pero puede hacer entrega una sola vez mientras se adecuen a la NTS 213/MINSA-2024.

La entrega de producto es Sulfato Ferroso + Acido Folico (tableta)

(\*\*) Aplica cuando la suplementacion preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina ó se evidencia practicas inadecuadas de alimentación.

### Primer mes (12 a 17 años de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 1.

A partir de los 12 años, la suplementación preventiva es anual; previo al inicio de la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico se debe de realizar el dosaje de hemoglobina. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Abril		CG NIÑO DE JESUS					302304					DNI	46687878	SANDRA CAMPOS													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22											
											D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
											HISTORIA CLINICA			ETNIA			CENTRO POBLADO			P			D			R		
											GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO			1º			2º			3º		
DIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTA-BLEC			SER-VICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011																												
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024																												
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																												
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	X	R			Z003									
	57899				M	Pab	TALLA	155	C	C	2. Evaluacion Integral del Adolescente			P	X	R	1		99384									
		58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	12.5	X	X	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	X	R			85018.01									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /																												
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																												
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																												
					A	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	1		99199.26									
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional en alimentación saludable			P	X	R			99403.01									
					F	Ppreg	Hb		R	R	3. Plan de atención integral de salud			P	X	R	1	2	1	C8002								
					D																							

Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Buenavista / Altitud: 554 msnm / Ajuste de Hb: 0.4

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.5 - 0.4 = 12.1$  g/dl (Valor normal)

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación**

En todo el proceso de suplementación preventiva se debe de realizar mínimo una visita domiciliaria o teleorientación para evaluar la adherencia al consumo de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5			6			7												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2024	Abril	CG NIÑO DE JESUS			ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			DNI	46687878	SANDRA CAMPOS											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22							
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: _/ _/ _													
20	7548966	2	CARABAYLLO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.26
	57899				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011
		58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

**Segundo mes (12 a 17 años de edad)**

**a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico – 2.**

En el segundo mes, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	5			6			7												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2024	Mayo	CG NIÑO DE JESUS			ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			DNI	46687878	SANDRA CAMPOS											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22							
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: _/ _/ _													
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z003
	57899				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA	155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
		58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería Nutricional en alimentacion saludable			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01

**Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO**

### Tercer mes (12 a 17 años de edad)

#### a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico – 3.

En el tercer mes, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024	Junio		CG NIÑO DE JESUS					302304					DNI	46687878	SANDRA CAMPOS		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTALEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12							GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1ª	2ª
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	R		Z003
	57899				M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Evaluacion Integral del Adolescente			P	R	3	99384
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentacion saludable			P	R		99403.01
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 sulfato ferroso y acido folico			P	R	3	99199.26
				M		Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R	
				D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R	

Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO

### Cuarto mes (12 a 17 años de edad)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (Control final), Termino de administración de sulfato ferroso y ácido fólico (TA).

En el cuarto mes, luego de haber transcurrido más de 3 meses o 90 días de haber iniciado la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de realizar el dosaje de hemoglobina control y terminar la administración de sulfato ferroso y ácido fólico. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico o 119 días desde haber iniciado la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024	Julio		CG NIÑO DE JESUS					ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE					DNI	46687878	SANDRA CAMPOS		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTALEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12							GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1ª	2ª
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	R		Z003
	57899				M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Evaluacion Integral del Adolescente			P	R	4	99384
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	13.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro			P	R		85018.01
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 sulfato ferroso y acido folico			P	R	TA	99199.26
				M		Pab	TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional en alimentacion saludable			P	R		99403.01
				D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R	

Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 05/07/2024: 13.5 gr/dl

Valor Hb del 05/04/2024: 12.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.5 – 12.5 = 1 g/dl (Hubo incremento)

## Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (12 a 17 años de edad)

### a) Actividad opcional: Atención en nutrición / Consejería Nutricional

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Mayo	CG NIÑO DE JESUS					NUTRICION					DNI	27373345	JOSE MORI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2011				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		2132
	57899	58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación nutricional antropométrica			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99209.04
	-				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb		R	R	3. Atención en Nutrición			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99209

## Mujer en Edad Fértil – Suplementación Preventiva

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	ANUAL											
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
MUJER EN EDAD FÉRTIL	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx											
	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO (*)	1	2	3	TA								
	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CN1	CN2	CN3	CN4								
	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL	AN(**)											

(\*) La entrega de producto es Sulfato Ferroso + Acido Fólico (tableta)

(\*\*) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina ó se evidencia practicas inadecuadas de alimentación.

### Primer mes (Mujer en Edad Fértil)

a) **Actividad principal:** Dosaje de hemoglobina, Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 1.

Toda Mujer en edad fértil debe iniciar la suplementación preventiva de forma anual; previo dosaje de hemoglobina.

2	3	4	5					6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Abril	CS NUEVA ESPERANZA					OBSTETRICIA					DNI	46687866	MARIELA PANDURO				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SANDRA MUJICA CORRALES																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1989		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
5	4567899	2	CARABAYLLO	34	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Atencion en Planificacion Familiar	P	X	R			99208	
	YU-7588				M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	X	R	1			99199.26
		58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	12.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	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. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería en planificación familiar	P	X	R	1			99402.04
					D	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				
Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO																		

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Buenavista / Altitud: 554 msnm / Ajuste de Hb: 0.4

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.5 - 0.4 = 12.1$  g/dl (Valor normal)

## Segundo mes (Mujer en Edad Fértil)

### a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 2.

En el segundo mes, debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención en nutrición / consulta nutricional.

2	hÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Mayo		CS NUEVA ESPERANZA					OBSTETRICIA				DNI:	46687866		MARIELA PANDURO											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20		21		22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS												
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º											
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SANDRA MUJICA CORRALES																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1989						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
5	4567899	2	CARABAYLLO	34	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Atencion en Planificacion Familiar				P	X	R			99208							
	YU-7588										58	BUENA VISTA	D	Ppreg	Hb	R	R	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico				P	X	R	2		99199.26
																		3. Consejería nutricional: alimentacion saludable				P	X	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejeria en planificacion familiar				P	X	R	2		99402.04							
														M	Pab	TALLA	C	C	2.				P	D	R		
																			3.				P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO																											

## Tercer mes (Mujer en Edad Fértil)

### a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 3.

En el tercer mes, debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico con hierro y monitorear su consumo. Si en caso hubiera problemas con la alimentación se deberá realizar la interconsulta con el servicio de nutrición, para la atención nutricional.

2	hÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Junio		CS NUEVA ESPERANZA					OBSTETRICIA				DNI:	46687866		MARIELA PANDURO											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19				20		21		22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS												
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º											
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SANDRA MUJICA CORRALES																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1989						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
5	4567899	2	CARABAYLLO	34	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Atencion en Planificacion Familiar				P	X	R			99208							
	YU-7588										58	BUENA VISTA	D	Ppreg	Hb	R	R	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico				P	X	R	3		99199.26
																		3. Consejería nutricional: alimentacion saludable				P	X	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejeria en planificacion familiar				P	X	R	3		99402.04							
														M	Pab	TALLA	C	C	2.				P	D	R		
																			3.				P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																											
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO																											

### Cuarto mes (Mujer en Edad Fértil)

**a) Actividad principal: Terminación de administración de sulfato ferroso y ácido fólico (TA).**

En el cuarto mes, luego de haber transcurrido más de 3 meses o 90 días de haber iniciado la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico, le corresponde finalizar el proceso de suplementación preventiva, para ello se debe de terminar la administración de sulfato ferroso y ácido fólico. Considerar que se cuenta con un tiempo de 29 días desde la culminación de la suplementación con hierro o 119 días desde haber iniciado la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6			7													
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2024	Julio	CS NUEVA ESPERANZA					OBSTETRICIA			DNI	46687866	MARIELA PANDURO												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SANDRA MUJICA CORRALES																								
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1989      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																								
5	4567899	2	CARABAYLLO	35	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Atencion en Planificacion Familiar			P	X	R		99208						
	YU-7588	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	TA	99199.26
	-																D	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentación saludable	
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 planificación familiar			P	X	R	4	99402.04						
											M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R		
																	D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																								

OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO

### Atención en Nutrición / Consulta Nutricional (Mujer en Edad Fértil)

**a) Actividad opcional: Atención en Nutrición / Consulta Nutricional**

Esta actividad se habilita en cualquier mes dentro de la suplementación preventiva, exista problemas con la alimentación o problemas con la adherencia al sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6			7													
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2024	Mayo	CS NUEVA ESPERANZA					NUTRICION			DNI	27373345	JOSE MORI												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SANDRA MUJICA CORRALES																								
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1989      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																								
5	4567899	2	CARABAYLLO	34	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R		Z132						
	YU-7588	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04
	-																D	Ppreg	Hb		R	R	3. Atencion en Nutricion	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																								

## I) GESTANTE / PUERPERA – SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	PERIODO DE GESTACION									PERIODO DE PUERPERIO		
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 1	MES 2	
GESTANTE / PUERPERA	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx (*)				DHc1				DHc2			DH
	SUPLEMENTACION DE SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO (**)				1	2	3	4	5	6	1	TA	
	CONSEJERIA NUTRICIONAL				CN1	CN2	CN3	CN4	CN5	CN6	CN1		
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN1			AN2			AN3					
	VISITA DOMICILIARIA O TELEORIENTACION				VD/TO - 1			VD/TO - 2			VD/TO - 1	VD/TO - 2	

(\*) El Primer dosaje de hemoglobina, se realizara en el primer contacto ò atencion que tenga la paciente.

(\*\*) La entrega de producto es Sulfato Ferroso + Acido Folico (tableta)

### Primer Trimestre (Gestante)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 1

En el primer contacto que se tenga con una gestante, se debe de realizar dosaje de hemoglobina. Si en caso el dosaje de hemoglobina se realice antes de las 14 semanas y el valor de hemoglobina está dentro de los valores normales, se espera las 14 semanas de gestación para iniciar la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Abril	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS					
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024										
5	4579456	2	NAUTA	25	M	PC	PESO	61.8	N	N	1.	Supervision de embarazo con riesgo	P	X	R	1	8	Z3591
	7893-2				M	Pab	TALLA	159	X	X	2.	Desnutricion en el embarazo	P	X	R	1	IMC	025X
		45	LAS PALMAS		D	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3.	Suplementacion de acido folico	P	X	R	1	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	X	R	1		85018.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.	Plan de Parto	P	X	R	1		59401.06
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	Tamizaje de salud mental en violencia	P	X	R			96150.01
<b>Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO</b>																		

#### Determinacion de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la correccion:

Centro Poblado: Las Palmas / Altitud: 101 msnm / Ajuste de Hb: 0

Calculo de Valor Hb corregido:  $11.5 - 0 = 11.5$  g/dl (Valor normal)

**b) Actividad principal: Atención en Nutrición / Consulta Nutricional – 1**

En el primer trimestre, se debe de realizar la primera Atención Nutricional; para evaluar su estado nutricional, consumo alimentario y programar una prescripción dietética de acuerdo a la condición de la paciente.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Abril	CS LOS GIRASOLES					NUTRICION			DNI	74633654	ROSMERY SAAVEDRA								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024												
5	4579456	2	NAUTA	25	M	PC	PESO	62.1	N	N	1. Examen de pesquiza especial para trastornos de la nutrición			P	X	R		Z132		
	7893-2	45	LAS PALMAS				M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	X	R		O261
	GESTANTE						D	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3. Desnutrición en el embarazo			P	D	X	IMC
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
						PC	PESO		N	N	1. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04		
							M	Pab	TALLA		C	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R		99209
							D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R	

**Cuarto mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 1.**

Cuando la paciente tenga más de 14 semanas de gestación, y cuente con un dosaje de hemoglobina realizada en el primer trimestre, se debe de iniciar con suplementación preventiva con sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6			7										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Mayo	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024													
17	4579456	2	NAUTA	25	M	PC	PESO	62.4	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R	2	14	Z3592		
	7893-2	45	LAS PALMAS				M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	D	X			O261
							D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
						PC	PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	1		99199.26		
							M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R		99403.01	
							D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Tamizaje de bacteriuria asintomática			P	X	R	RN	81000.02
<b>Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO</b>																					

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación - 1**

Como parte del seguimiento de la suplementación preventiva, a partir de los 7 días posteriores al inicio de la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico, se debe de llevar a cabo de una visita domiciliaria o teleorientación.

2	3	4	5					6			6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Mayo	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1ª	2ª	3ª					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024									
27	4579456	2	NAUTA		25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervision de embarazo con riesgo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z359
	7893-2					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementacion de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.26
		45	LAS PALMAS			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb			R	R	3. Visita familiar integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

**Quinto mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico – 2.**

En el quinto mes de gestación, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6			6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Junio	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1ª	2ª	3ª					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024									
10	4579456	2	NAUTA		25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	63.2	N	N	1. Supervision de embarazo con riesgo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	18	Z3592
	7893-2					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			O261
			45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / )						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / )						FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )									
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementacion de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R			
<b>Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO</b>																					

**b) Actividad principal: Atención en Nutrición / Consulta Nutricional - 2**

En el segundo trimestre, se debe de realizar Atención en Nutrición / Consulta Nutricional; para evaluar su estado nutricional, consumo alimentario y programar una prescripción dietética de acuerdo a la condición de la paciente.

2	3	4	5					6																									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
2024	Junio	CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	74633654	ROSMERY SAAVEDRA																			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22																
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS												
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1º	2º	3º													
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024																							
10	4579456	2	NAUTA	25	M	PC	PESO	63.2	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición					P	X	R			Z132												
	7893-2	45	LAS PALMAS													M	Pab	TALLA	159	X	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo					P	D	X			O261
	GESTANTE															D	Ppreg	65.5	Hb		R	R						3. Desnutricion en el embarazo					P
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
						PC	PESO	N	N	1. Evaluación nutricional antropométrica					P	X	R			99209.04													
															M	Pab	TALLA	C	C	2. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional					P	X	R		99209				
															D	F	Ppreg	Hb	R						R	3.					P	D	R

**Sexto mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico – 3 y Dosaje de hemoglobina - 2 (control)**

En el sexto mes de gestación, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico y dosaje de hemoglobina control

2	3	4	5					6																								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																				
2024	Julio	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS																		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS											
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1º	2º	3º												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																																
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 15/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024																						
15	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	64.2	N	N	1. Supervision de embarazo con riesgo					P	X	R	4	23	23592											
	7893-2	45	LAS PALMAS													M	Pab	TALLA	159	X	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo					P	D	X		O261
	GESTANTE															D	Ppreg	65.5	Hb	12.3	R	R						3. Suplementacion de Calcio				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																																
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						PC	PESO	N	N	1. Suplementacion de sulfato ferroso y acido folico					P	X	R	3		99199.26												
															M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejeria nutricional: alimentacion saludable					P	X	R		99403.01			
															D	F	Ppreg	Hb	R						R	3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro					P	X

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 15/08/2024: 12.3 gr/dl  
 Valor Hb del 05/04/2024: 11.5 gr/dl  
 Diferencia de Hb: 12.3 – 11.5 = 0.8 gr/dl (Hubo incremento)

Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO

### Séptimo mes (Gestante)

#### a) Actividad principal: Suplementación con hierro y ácido fólico – 4.

En el séptimo mes de gestación, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Agosto		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R			1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO															
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024												
15	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	65	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R	5	27	23592
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	D	X			0261
					D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		
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 sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	4		99199.26
				M	Pab	TALLA			C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable			P	X	R			99403.01
				D	F	Ppreg	Hb			R	R	3. Suplementación de Calcio			P	X	R	2	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
Y OTRAS ACTIVIDADES SEGÚN EL CASO																			

#### b) Actividad principal: Atención Nutricional-3

En el tercer trimestre, se debe de realizar Atención Nutricional; para evaluar su estado nutricional, consumo alimentario y programar una prescripción dietética de acuerdo a la condición de la paciente.

2	3	4	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Agosto		CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	74633654	ROSMERY SAAVEDRA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R			1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO															
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024												
15	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	65	N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición			P	X	R			2132
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	D	X			0261
	GESTANTE				D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3. Desnutrición en el embarazo			P	D	X	IMC	025X
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____												
				A	M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R			99209.04
				M	Pab	TALLA			C	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R			99209
				D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.			P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			

## Octavo mes (Gestante)

### a) Actividad principal: Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 5.

En el octavo mes de gestación, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.

2	3	4	5					6			7						
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Setiembre	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024										
15	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	66	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	X	R	6	31	Z3592
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	X			O261
					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R			99209.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	X	R	5		99199.26
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01
					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Suplementación de Calcio	P	X	R	3		59401.05
Y OTRAS ACTIVIDADES SEGUN EL CASO																	

### b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación - 2.

Como parte del seguimiento de la suplementación preventiva, se debe de llevar a cabo de una visita domiciliaria o teleorientación.

2	3	4	5					6			7						
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Setiembre	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024										
27	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	X	R			Z359
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA		X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	X	R			99199.26
					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Teleorientación	P	X	R			99499.08

### Noveno mes (Gestante)

- a) **Actividad principal:** Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico – 6 y dosaje de hemoglobina - 3 (control).

En el noveno mes de gestación y estando próximo al nacimiento, se debe de continuar con la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico y el dosaje de hemoglobina control (37 a 40 semanas)

2	3	4	5					6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Octubre	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO															
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024												
22	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	67.5	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R	7	37	Z3592
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo			P	D	X			O261
					D	Ppreg	Hb	12.5	R	R	3. Suplementacion de Calcio			P	X	R	4		59401.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementacion de sulfato ferroso y acido folico			P	X	R	6		99199.26
					M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentacion saludable			P	X	R			99403.01
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro			P	X	R	3	

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 22/10/2024: 12.5 gr/dl  
 Valor Hb del 15/08/2024: 12.3 gr/dl  
 Diferencia de Hb: 12.5 – 12.3 = 0.2 gr/dl (Hubo incremento)

### Décimo mes (Puérpera)

- a) **Actividad principal:** Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico - 1

En este periodo, como puérpera; deberá iniciar la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico la cual será por un periodo de 1 mes.

2	3	4	5					6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Noviembre	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1ª	2ª	3ª			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO															
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:												
22	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	66.5	N	N	1. Control de Puerperio			P	X	R	1		59430
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	1		99199.26
					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería nutricional: alimentacion saludable			P	X	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												

**b) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación – 1.**

Como parte del seguimiento de la suplementación preventiva, se debe de llevar a cabo de una visita domiciliaria o teleorientación en el primer mes postparto.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Noviembre	CS LOS GIRASOLES			OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024												
30	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.26
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Teleorientación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99409.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.		P	D	R			

**Onceavo mes (Puérpera)**

**a) Actividad principal: Visita domiciliaria o teleorientación - 2**

Como parte del seguimiento se debe de llevar a cabo de una visita domiciliaria o teleorientación en el segundo mes postparto.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Diciembre	CS LOS GIRASOLES			OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:												
15	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.26
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Teleorientación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99409.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.		P	D	R			

**b) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 1, Termino de administración de sulfato ferroso y ácido fólico (TA)**

A partir de los 30 días postparto, le corresponde a la puérpera ser evaluada mediante dosaje de hemoglobina.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Diciembre	CS LOS GIRASOLES			OBSTETRICIA			DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 10/09/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA:												
10	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	66.5	N	N	1.	Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		59430
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb	12.5	R	R	3.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.26

**Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:**

Centro Poblado: Las Palmas / Altitud: 101 msnm / Ajuste de Hb: 0

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.5 - 0 = 12.5$  g/dl (Valor normal)

## J) ACTIVIDADES EXTRAMURALES

### Sesión Demostrativa a Niños

Esta actividad se llevará a cabo conforme a la directiva correspondiente a las sesiones demostrativas de alimentos. Se registrará por cada niño que asista a la sesión demostrativa de alimentos.

2	3	4	5				6				7										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Junio	AGUAJAL				NUTRICION				DNI	46992234	MIRIAN SANCHEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1ª	2ª	3ª			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
9	94339478	2	HUARAL	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010	
	234-711	58	CHANCA Y		M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R				
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R				

### Sesión Demostrativa a Gestantes

Esta actividad se llevará a cabo conforme a la directiva correspondiente a las sesiones demostrativas de alimentos. Se registrará por cada gestante que asista a la sesión demostrativa de alimentos.

2	3	4	5				6				7										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Junio	CS LOS GIRASOLES				NUTRICION				DNI	46992234	MIRIAN SANCHEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1ª	2ª	3ª			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: 05/02/2024													
5	4579456	2	NAUTA	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	65.8	N	N	1. Sesión demostrativa			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R			
	GESTANTE				D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3.			P	D	R		

## REGISTRO HIS DEL TRATAMIENTO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

### A) NIÑOS MENORES DE 36 MESES – TRATAMIENTO DE ANEMIA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	TRATAMIENTO						SUPLEMENTACION PREVENTIVA POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE ANEMIA							
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	
ANEMIA EN MENOR DE 36 MESES	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx	DHc1	DHc2	DHc3			DHc4				DH (7)			DH
	ANEMIA FERROPENICA (1)	D	R	R	R	R	R	PR (2)							
	TRATAMIENTO CON HIERRO (3)	1	2	2	4	5	6	TA							
	CONSULTA MEDICA	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5	CM6								
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	AN6	AN(4)							
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (5)							AH	AH (8)	AH	AH (8)	AH	AH (8)	TA	
	VISITA DOMICILIARIA (VD) O TELEMONITOREO (TM) O TELEORIENTACION (TO) (6)	VD - 1						VD	VD / TO (9)	VD / TO					
	CONSEJERIA NUTRICIONAL							CN	CN (8)	CN	CN (8)	CN	CN (8)		

(1) Si el valor de dosaje de hemoglobina está por debajo de lo normal y el personal de salud no cuenta con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico; iniciara el tratamiento con el diagnóstico (D649+D).  
 Cuando el Médico Cirujano cuente con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico y comprueba que es Anemia Ferropénica, usara (D509+D+Lev/Mod/Sev) y continuara el tratamiento iniciado.

(2) Se usará el PR, cuando el valor de la hemoglobina este por encima de los valores normales y el Médico Cirujano compruebe su recuperación.

(3) Si el tratamiento se inicia con Sulfato Ferroso y presenta efectos adversos que dificulta la continuidad del tratamiento, se recomienda cambiar a Hierro Polimaltosado, siempre y cuando exista disponibilidad.

(4) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia practicas inadecuadas de alimentación.

(5) La suplementación preventiva, posterior al tratamiento de anemia se realizará con Micronutrientes ó Sulfato Ferroso.

(6) La Teleorientación aplica solamente cuando este bajo la suplementación preventiva.

(7) El dosaje de hemoglobina de suplementacion preventiva aplica solamente para niños de 6 a 11 meses y 12 a 23 meses.

(8) La suplementacion preventiva en estos meses, dependera del peso del niño, evaluar su pertinencia. Lo mismo aplica para la consejeria nutricional.

(9) La Visita domiciliaria / Teleorientacion aplica solamente para niños de 6 a 11 meses y 12 a 23 meses.

#### Primer mes (Niños menores de 36 meses)

##### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Interconsulta al servicio de medicina.

En el primer contacto que tenga el paciente en los establecimientos de salud, se deberá de iniciar el dosaje de hemoglobina y si los valores están por debajo de lo normal se considerara como anemia no especificada.

2	3	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Junio		LOS CEDROS					ENFERMERIA					DNI	34600654	SANDRA PINEDA					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/06/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	6	A	M	PC	PESO	7.3	N	X	1.	Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	234-711				M	X		Pab	TALLA	63	X	C	2.	Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	1		99381
		58	CARHUAQUERO		D	X		Ppreg	Hb	12.6	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R			85018.01

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Carhuaquero / Altitud: 3,504 msnm / Ajuste de Hb: 2.5

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.6 - 2.5 = 10.1$  g/dl (Valor debajo de lo normal)

**b) Actividad principal: Diagnostico de anemia de tipo no especificado, Tratamiento de anemia - 1, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina recibirá como prioridad los pacientes que tengan valores de hemoglobina por debajo de lo normal. Así mismo, deberá solicitar las pruebas auxiliares para determinar la etiología de la anemia, y si los resultados de las pruebas auxiliares demoran más de 7 días, deberá de iniciar el tratamiento de anemia y usará como diagnostico anemia de tipo no especificada, hasta que se corrobore su etiología.

El Médico Cirujano, deberá de solicitar a laboratorio las pruebas auxiliares para el diagnóstico etiológico de la anemia.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Junio	LOS CEDROS			MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/06/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	6	A	M	PC	PESO	7.3	N	X	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X			D649
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63	X	C	2. Suplementación con hierro			P	D	X	1		99199.17
	-				D		Ppreg	Hb	12.6	R	R	3.			P	D	R			

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / Consulta nutricional - 1**

El servicio de nutrición deberá de priorizar la atención de niños con anemia y brindará una atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo aplicar una anamnesis alimentaria del paciente, explorando si tuvo episodios de alguna patología, preferencias alimentarias, preferencia religiosa, identificación étnica, uso de programas sociales e identificar su estado actual de inseguridad alimentaria.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Junio	LOS CEDROS			NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/06/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	6	A	M	PC	PESO	7.3	N	X	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X			D649
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63	X	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	D	X			99209
	-				D		Ppreg	Hb	12.6	R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	D	R			99209.04

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria - 1**

Posterior a los 7 días de iniciado el tratamiento de anemia se debe de iniciar una Visita domiciliaria.

2	3	4	5			6			7															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Junio	LOS CEDROS			NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES														
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS													(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	6	M	Pab	TALLA	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X				D649					
	234-711	58	CARHUAQUERO							D	Ppreg	Hb	R	R	2. Suplementación con hierro			P	X	R				99199.17
	-														3. Visita familiar integral			P	X	R				

**e) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria al paciente con anemia que involucre actividades adicionales al seguimiento al tratamiento con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

2	3	4	5			6			7															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Junio	LOS CEDROS			NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES														
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS													(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	6	M	Pab	TALLA	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X				D649					
	234-711	58	CARHUAQUERO							D	Ppreg	Hb	R	R	2. Suplementación con hierro			P	X	R				99199.17
	-														3. Visita familiar integral			P	X	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Integral			P	X	R			99401					
					M		Pab	TALLA	C	C	2.			P	D	R								
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R								

## Segundo mes (Niños menores de 36 meses)

### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (control), Interconsulta a medicina

Es necesario que los pacientes con anemia sean citados oportunamente al mes de haber iniciado su tratamiento de anemia, por haber transcurrido más de 1 mes desde el inicio al tratamiento de anemia, se deberá de realizar el dosaje de hemoglobina control, evaluar los cambios de los valores de hemoglobina y realizar interconsulta al servicio de medicina.

2	3	4	5					6													
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Julio	LOS CEDROS					ENFERMERIA			DNI	34600654	SANDRA PINEDA									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	7	A	M	PC	PESO	7.4	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	X	R		Z001			
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63.1	X	X	2.	Anemia de tipo no especificada	P	D	X		D649			
	-				D	X	Ppreg	Hb	13.7	R	R	3.	Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	2	99381			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R		85018.01			
					M		Pab	TALLA		C	C	2.	Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	P	X	R	1	99404.01			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R					

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 09/06/2024: 12.6 gr/dl

Valor Hb del 09/07/2024: 13.7 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.7 - 12.6 = 1.1 g/dl (Hubo incremento)

### b) Actividad principal: Diagnostico de anemia por deficiencia de hierro, Tratamiento de anemia - 2, Interconsulta al servicio de nutrición.

El servicio de medicina deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y pruebas auxiliares de laboratorio; para poder determinar si la anemia que se viene tratando es por deficiencia de hierro.

2	3	4	5					6													
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Julio	LOS CEDROS					MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ									
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	7	A	M	PC	PESO	7.4	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	X	R	LEV	D509			
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63.1	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	2	99199.17			
	-				D	X	Ppreg	Hb	13.7	R	R	3.	Hemograma completo, 3ra generación	P	X	R		85031			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Ferritina	P	X	R		82728			
					M		Pab	TALLA		C	C	2.	Proteica C-Reactiva –PCR	P	X	R		86140			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	Estudio parasitológico en heces por 3	P	X	R		87177.01			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Plomo (*)	P	X	R		83655 (*)			
					M		Pab	TALLA		C	C	2.	Frotis de fuente primaria (*)	P	X	R		87207 (*)			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R					

(\*) Las pruebas de dosaje de plomo, gota gruesa se realizará en regiones con alta incidencia de plomo o malaria.

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / Consulta nutricional - 2**

Siendo el segundo mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consejería nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el primer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5											6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Julio	LOS CEDROS											NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																										
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	7	M	Pab	TALLA	63.1	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV				D509					
	234-711	58	CARHUAQUERO								D	Ppreg	Hb	R	R	2. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional			P	X	R					99209
	-															3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R					99209.04

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 2**

En el segundo mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5											6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Julio	LOS CEDROS											NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																										
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	7	M	Pab	TALLA	63.1	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV				D509					
	234-711	58	CARHUAQUERO								D	Ppreg	Hb	R	R	2. Telemonitoreo			P	X	R					99499.10
	-															3.			P	D	R					

**e) Actividad opcional: Confirmación de anemia de tipo no especificado, Interconsulta al servicio de nutrición. (Resultado alternativo)**

Luego de la lectura de los resultados de laboratorio y se llegue a confirmar que no sea anemia por deficiencia de hierro, se deberá de referir al segundo nivel de atención para su atención correspondiente y realizar interconsulta al servicio de nutrición.

2	3	4	5											6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)											UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Julio	LOS CEDROS											MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS							
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R	1º	2º	3º	CIE/CPMSS							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																										
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 07/07/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	7	M	Pab	TALLA	63.1	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X	RF				D649					
	234-711	58	CARHUAQUERO								D	Ppreg	Hb	12.2	R	R	2.			P	D	R				
	-																3.			P	D	R				

### Tercer mes (Niños menores de 36 meses)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – (control), interconsulta al servicio de medicina**

En el tercer mes de tratamiento, es importante que se realice el dosaje de hemoglobina control para evaluar los avances o dificultades al tratamiento.

2	3	4	5					6																		
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Agosto	LOS CEDROS					ENFERMERIA			DNI	45477653	ROSARIO QUISEPÉ														
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12	P										D	R	1º	2º	3º								
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 9/08/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA		8	M	PC	PESO	7.5	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	D	R			2001						
	234-711		Pab	TALLA			63.2															D509				
	-	58	CARHUAQUERO				Ppreg	Hb	14.2	R	R	3. Atención integral de salud del niño: CRED menor 1 año			P	D	R			3			99381			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro			P	D	R				85018.01				
							M		Pab	TALLA	C	C	2.			P	D	R								
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R								

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 09/07/2024: 13.7 gr/dl

Valor Hb del 09/08/2024: 14.2 gr/dl

Diferencia de Hb: 14.2 – 13.7 = 0.5 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 3, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

2	3	4	5					6															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2024	Agosto	LOS CEDROS					MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ											
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	P										D	R	1º	2º	3º					
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGASANTOS																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA		8	M	PC	PESO	7.5	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	R			LEV			D509
	234-711		Pab	TALLA			63.2																
	-	58	CARHUAQUERO				Ppreg	Hb	14.2	R	R	3.			P	D	R						

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 3**

Siendo el tercer mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consejería nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el segundo mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5										6																
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Agosto	LOS CEDROS										NUTRICION		DNI	35464653	JUANA ROBLES													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS											
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																													
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																						
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	8	M	PC	PESO	7.5	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509												
	234-711	58	CARHUAQUERO															M	Pab	TALLA	63.2	X	X	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R	99209
	-																												

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo – 3**

Entre el tercer mes o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5										6															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2024	Agosto	LOS CEDROS										ENFERMERIA		DNI	34600654	SANDRA PINEDA												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS										
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º											
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	8	M	PC	PESO	TALLA	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509											
	234-711	58	CARHUAQUERO															M	Pab	TALLA	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	99199.17
	-																											

**e) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria al paciente con anemia que involucre actividades adicionales al seguimiento al tratamiento con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

2	3	4	5										6															
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2024	Agosto	LOS CEDROS										NUTRICION		DNI	35464653	JUANA ROBLES												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS										
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º											
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	8	M	PC	PESO	TALLA	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509											
	234-711	58	CARHUAQUERO															M	Pab	TALLA	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	99199.17
	-																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																												
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
					A	M	PC		N	N	1.	Consejería Integral	P	X	R		99401											
					M		Pab	TALLA	C	C	2.		P	D	R													
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.		P	D	R													

### Cuarto mes (Niños menores de 36 meses)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 4 (control), interconsulta a medicina.**

En el cuarto mes de tratamiento, es importante que se realice el dosaje de hemoglobina control para evaluar los avances o dificultades al tratamiento.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Setiembre	LOS CEDROS	ENFERMERIA					DNI	45477653	ROSARIO QUISEPE										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/09/2024      FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																				
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	9	A	M	PC	PESO	8.1	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	D	R			Z001	
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63.8	X	X		2.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	R	LEV		D509
	-				D		Ppreg	Hb	14.5	R	R		3.	Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	D	R	4		99381
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /      FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																				
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	D	R			85018.01	
					M		Pab	TALLA		C	C	2.		P	D	R				
					D		Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

**Evaluacion de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 09/09/2024: 14.5 gr/dl  
 Valor Hb del 09/08/2024: 14.2 gr/dl  
 Diferencia de Hb: 14.5 – 14.2 = 0.3 gr/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 4, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Setiembre	LOS CEDROS	MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/07/2024      FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																				
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	9	A	M	PC	PESO	8.1	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	R	LEV		D509	
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	63.8	X	X		2.	Suplementación con hierro	P	D	R	4		99199.17
	-				D		Ppreg	Hb	14.5	R	R		3.		P	D	R			

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 4**

Siendo el cuarto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consejería nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el tercer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Setiembre	LOS CEDROS			NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	9	A	M	PC	PESO	8.1	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509	
	234-711				M	X		Pab	TALLA	63.8	X	X	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R			99209
	-	58	CARHUAQUERO		D	X		Ppreg	Hb		R	R	3.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R			99209.04

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo – 3**

Entre el tercer mes o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Setiembre	LOS CEDROS			ENFERMERIA			DNI	34600654	SANDRA PINEDA										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	9	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509	
	234-711				M	X		Pab	TALLA		X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17
	-	58	CARHUAQUERO		D	X		Ppreg	Hb		R	R	3.	Visita familiar integral	P	X	R			C0011

**e) Actividad opcional: Visita domiciliaria más consejería integral**

En caso se realice una visita domiciliaria al paciente con anemia que involucre actividades adicionales al seguimiento al tratamiento con hierro como son consejerías domiciliarias sobre lavado de manos, lactancia materna, etc., se codificara de la siguiente manera.

2	3	4	5			6			7											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024	Setiembre	LOS CEDROS			NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	9	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509	
	234-711				M	X		Pab	TALLA		X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17
	-	58	CARHUAQUERO		D	X		Ppreg	Hb		R	R	3.	Visita familiar integral	P	X	R			C0011
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Integral	P	X	R			99401	
					M					C	C	2.		P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

### Quinto mes (Niños menores de 36 meses)

**a) Actividad principal: control de crecimiento y desarrollo.**

En el quinto mes de tratamiento de anemia, es importante que el paciente acceda a su control de crecimiento y desarrollo; para su seguimiento de su estado de salud, así mismo deber realizar la interconsulta a medicina.

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 5, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

2	3	4	5					6											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Octubre	LOS CEDROS					MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	10	A	M	PC	PESO	8.5	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509	
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	64.1	X	X	2. Suplementación con hierro	P	X	R	5		99199.17	
					D	X	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / Consulta nutricional - 5**

Siendo el quinto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el cuarto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5					6											
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Octubre	LOS CEDROS					NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	10	A	M	PC	PESO	8.5	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509	
	234-711	58	CARHUAQUERO		M		Pab	TALLA	64.1	X	X	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional	P	X	R			99209	
					D	X	Ppreg	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R			99209.04	

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

Entre el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5					6			6												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2024	Octubre	LOS CEDROS					ENFERMERIA			DNI	34600654	SANDRA PINEDA											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	10	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509					
	234-711	58	CARHUAQUERO							D	Pab	TALLA	64.8	X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R		99499.10
	-															Ppreg	Hb	R	R	3.			P

**Sexto mes (Niños menores de 36 meses)**

**a) Actividad principal: control de crecimiento y desarrollo.**

En el sexto mes de tratamiento de anemia, es importante que el paciente acceda a su control de crecimiento y desarrollo; para su seguimiento de su estado de salud, así mismo deber realizar la interconsulta a medicina.

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 6, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

2	3	4	5					6			6														
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Noviembre	LOS CEDROS					MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS								
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º									
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__																		
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	11	M	PC	PESO	8.8	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509						
	234-711	58	CARHUAQUERO								D	Pab	TALLA	64.8	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	6		99199.17
	-																Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional – 6**

Siendo el sexto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el quinto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5					6			6									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Noviembre	LOS CEDROS					NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
9	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	11	A	M	PC	PESO	8.8	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509
	234-711	58	CARHUAQUERO		M	Pab	TALLA	64.8	X	X	2. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional			P	X	R				99209
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R				99209.04

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

Entre el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5					6			6									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Noviembre	LOS CEDROS					ENFERMERIA			DNI	34600654	SANDRA PINEDA								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
18	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	11	A	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509
	234-711	58	CARHUAQUERO		M	Pab	TALLA		X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R				99499.10
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

### Séptimo mes (Niños menores de 36 meses)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 5 (final), interconsulta a medicina.

En el séptimo mes, ya habiendo finalizado la administración de hierro (Mas de 180 días desde el inicio del tratamiento), es necesario que se realice el dosaje de hemoglobina control final, es necesario que se compare el cambio de los valores de hemoglobina.

2	3	4	5					6			6							
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Diciembre	LOS CEDROS					ENFERMERIA			DNI	45477653	ROSARIO QUIISPE						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 20/12/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
20	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	1	M	PC	PESO	9	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001
	234-711	58	CARHUAQUERO		M	Pab	TALLA	65	X	X	2.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509
	-				D	Ppreg	Hb	14.6	R	R	3.	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	P	X	R	1		99382
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R			85018.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	D	R			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R		

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 20/12/2024: 14.6 gr/dl

Valor Hb del 09/06/2024: 12.6 gr/dl

Diferencia de Hb: 14.6 – 12.6 = 2.0 g/dl (Hubo incremento)

#### b) Actividad principal: Culminación de tratamiento de anemia, recuperación de anemia, inicio de suplementación preventiva<sup>7</sup>.

En el séptimo mes, el servicio de medicina deberá de evaluar; revisando que en todos los 6 meses de tratamiento haya recibido todas las prestaciones principales, así mismo evaluará su estado de salud en general.

2	3	4	5					6			6							
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Diciembre	LOS CEDROS					MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: MARISELA VEGA SANTOS																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/2023				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 20/12/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
20	94339478	2	BAÑOS DEL INCA	1	M	PC	PESO	9	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	PR		D509
	234-711	58	CARHUAQUERO		M	Pab	TALLA	65	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	TA		99199.17
	-				D	Ppreg	Hb	14.6	R	R	3.	Suplementación de Micronutrientes	P	X	R	1		99199.19

<sup>7</sup> El inicio de suplementación preventiva posterior al tratamiento de anemia, seguirá el mismo esquema como suplementación preventiva.

## Niños de 36 meses a 11 años – Tratamiento de Anemia

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	TRATAMIENTO						SUPLEMENTACION PREVENTIVA POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE ANEMIA				
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	
ANEMIA DE 36 MESES A 11 AÑOS	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx	DHc1		DHc2			DHc3				DH (7)
	ANEMIA FERROPENICA (1)	D	R	R	R	R	R	PR (2)				
	TRATAMIENTO CON HIERRO (3)	1	2	2	4	5	6	TA				
	CONSULTA MEDICA	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5	CM6					
	ATENCION EN NUTRICION / CONSULTA NUTRICIONAL	AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	AN6	AN (4)				
	SUPLEMENTACION CON HIERRO (5)							AH1	AH2	AH3	TA	
	VISITA DOMICILIARIA (VD) O TELEMONITOREO (TM) O TELEORIENTACION (TO) (6)	VD - 1						VD / TO a + (8)				
	CONSEJERIA NUTRICIONAL							CN1	CN2	CN3	CN4	

(1) Si el valor de dosaje de hemoglobina está por debajo de lo normal y el personal de salud no cuenta con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico; iniciara el tratamiento con el diagnóstico (D649+D).

(2) Se usará el PR, cuando el valor de la hemoglobina este por encima de los valores normales y el Médico Cirujano compruebe su recuperación.

(3) Si el tratamiento se inicia con Sulfato Ferroso y presenta efectos adversos que dificulta la continuidad del tratamiento, se recomienda cambiar a Hierro Polimaltosado, siempre y cuando exista disponibilidad.

(4) Aplica cuando la suplementación preventiva no tiene resultados favorables en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina o se evidencia practicas inadecuadas de alimentación.

(5) La suplementación preventiva, posterior al tratamiento de anemia se realizará con Micronutrientes o Sulfato Ferroso o Tableta (Aplica solamente de 5 a 11 años)

(6) La Teleorientación aplica solamente cuando este bajo la suplementación preventiva.

(7) El dosaje de hemoglobina en el esquema de suplementacion preventiva, aplica solamente para niños de 36 a 59 meses.

(8) La Visita domiciliaria o telemonitoreo, aplica solamente para niños de 36 a 59 meses.

### Primer mes (Niños de 36 meses a 11 años)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Interconsulta al servicio de medicina.

En el primer contacto que tenga el paciente en los establecimientos de salud, se deberá de iniciar el dosaje de hemoglobina y si los valores están por debajo de lo normal se considerara como anemia no especificada. Se deberá hacer interconsulta al servicio de medicina.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024	Abril	LOS CEDROS				ENFERMERIA				DNI	35464653	JUANA ROBLES						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: _/ _/ _										
6	84394256	2	AVACUCHO	4	M	PC	PESO	15.3	N	X	1.	Control de salud de rutina del niño	P	X	R		Z001	
	74596-2				M	Pab	TALLA	99.5	R	C	2.	Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años	P	X	R	11		99382
	-	58	SAN JOSE DE VIÑACA		D	Ppreg	Hb	12.1	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R			85018.01

#### Determinacion de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la correccion:

Centro Poblado: San Jose de Viñaca / Altitud: 2,480 msnm / Ajuste de Hb: 1.4

Calculo de Valor Hb corregido:  $12.1 - 1.4 = 10.7$  g/dl (Valor debajo de lo normal)

**b) Actividad principal: Diagnóstico de anemia de tipo no especificado, Tratamiento de anemia - 1, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina recibirá como prioridad los pacientes que tengan valores de hemoglobina por debajo de lo normal. Así mismo, deberá solicitar las pruebas auxiliares para determinar la etiología de la anemia, y si los resultados de las pruebas auxiliares demoran más de 7 días, deberá de iniciar el tratamiento de anemia y usará como diagnóstico anemia de tipo no especificada, hasta que se corrobore su etiología.

El Médico Cirujano, deberá de solicitar a laboratorio las pruebas auxiliares para el diagnóstico etiológico de la anemia.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024		Abril		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ									
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22								
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA		10	12											P D R			1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPORA		ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																									
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
6	84394256	2	AYACUCHO		4	M	PC	PESO	15.3	N	X	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	R			D649					
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA						M			Pab	TALLA	99.5	C	C	2. Suplementación con hierro			P	D	R	1		99199.17
	-													D			Ppreg	Hb	12.1	R	R	3.			P

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 1**

El servicio de nutrición deberá de priorizar la atención de niños con anemia y brindará una atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo aplicar una anamnesis alimentaria del paciente, explorando si tuvo episodios de alguna patología, preferencias alimentarias, preferencia religiosa, identificación étnica, uso de programas sociales e identificar su estado actual de inseguridad alimentaria.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024		Abril		LOS CEDROS					NUTRICION					DNI	35464653	JUANA ROBLES									
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22								
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA		10	12											P D R			1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPORA		ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																									
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 09/06/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
6	84394256	2	AYACUCHO		4	M	PC	PESO	15.3	N	X	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	R			D649					
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA						M			Pab	TALLA	99.5	C	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	D	R			99209
	-													D			Ppreg	Hb	12.1	R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria - 1**

Posterior a los 7 días de iniciado el tratamiento de anemia se debe de iniciar con una Visita domiciliaria.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024		Abril		LOS CEDROS						ENFERMERIA			DNI	35464653	JUANA ROBLES		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ													
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X		D649
	74596-2				M	Pab	TALLA	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17
	-	58	SAN JOSE DE VIÑACA		D	Ppreg	Hb	R	R	3. Visita familiar integral			P	X	R		C0011

**Segundo mes (Niños de 36 meses a 11 años)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2(control), Interconsulta a medicina**

Es necesario que los pacientes con anemia sean citados oportunamente al mes de haber iniciado su tratamiento de anemia, por haber transcurrido más de 1 mes desde el inicio al tratamiento de anemia, se deberá de realizar el dosaje de hemoglobina control, evaluar los cambios de los valores de hemoglobina y realizar interconsulta al servicio de medicina.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Mayo		LOS CEDROS						ENFERMERIA			DNI	45477653	ROSARIO QUISPE			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ														
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/05/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	15.8	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	X	R		Z001
	74596-2				M	Pab	TALLA	99.8	X	X	2. Anemia de tipo no especificada			P	D	X		D649
	-	58	SAN JOSE DE VIÑACA		D	Ppreg	Hb	13.1	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro			P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:									
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)			P	X	R		99404.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R		
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R		

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 06/04/2024: 12.1 gr/dl

Valor Hb del 13/05/2024: 13.1 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.1 - 12.1 = 1.0 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Diagnostico de anemia por deficiencia de hierro, Tratamiento de anemia - 2, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y pruebas auxiliares de laboratorio; para poder determinar si la anemia que se viene tratando es por deficiencia de hierro.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024		Mayo		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS												
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º													
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 07/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	15.8	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	R	LEV	D509											
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA								M	Pab	TALLA						99.8	C	C	2. Suplementación con hierro			P	D	R	2	99199.17
	-																					D	Ppreg	Hb					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
							PESO		N	N	1. Dosaje de Ferritina			P	D	R		82728											
											M	Pab	TALLA						C	C	2. Proteica C-Reactiva – PCR			P	D	R		86140	
																					D	Ppreg	Hb						R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
							PESO		N	N	1. Dosaje de Plomo (*)			P	D	R		83655 (*)											
											M	Pab	TALLA						C	C	2. Frotis de fuente primaria (*)			P	D	R		87207 (*)	
																					D	Ppreg	Hb						R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				

(\*) Las pruebas de dosaje de plomo, gota gruesa se realizará en regiones con alta incidencia de plomo o malaria.

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 2**

Siendo el segundo mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / atención nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el primer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024		Mayo		LOS CEDROS					NUTRICION					DNI	35464653	JUANA ROBLES													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS												
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º													
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	15.8	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	R	LEV	D509											
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA								M	Pab	TALLA						99.8	C	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	D	R		99209
	-																					D	Ppreg	Hb					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																													
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 2**

En el segundo mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024		Mayo		LOS CEDROS					NUTRICION					DNI	35464653	JUANA ROBLES		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD				
														TIPO DE DIAGNÓSTICO				
														VALOR LAB				
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS	
HISTORIA CLINICA		10	12							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPORA		ETNIA	CENTRO POBLADO							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R			99499.10
	-				D	Ppreg	Hb	R	R	3.			P	D	R			

**e) Actividad opcional: Confirmación de anemia de tipo no especificado, Interconsulta al servicio de nutrición. (Resultado alternativo)**

Luego de la lectura de los resultados de laboratorio y se llegue a confirmar que no sea anemia por deficiencia de hierro, se deberá de referir al segundo nivel de atención para su atención correspondiente y realizar interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Mayo		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					
														TIPO DE DIAGNÓSTICO					
														VALOR LAB					
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
HISTORIA CLINICA		10	12							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPORA		ETNIA	CENTRO POBLADO							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	15.8	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	X	RF		D649
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	99.8	X	X	2.			P	D	R			
	-				D	Ppreg	Hb	13.1	R	R	3.			P	D	R			

**Tercer mes (Niños de 36 meses a 11 años)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 3, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Junio		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					
														TIPO DE DIAGNÓSTICO					
														VALOR LAB					
D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
HISTORIA CLINICA		10	12							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPORA		ETNIA	CENTRO POBLADO							DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	16.3	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV		D509
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	100.3	X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R	3		99199.17
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R			

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 3**

Siendo el tercer mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el segundo mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Junio		LOS CEDROS					NUTRICION				DNI	35464653	JUANA ROBLES				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1ª	2ª	3ª	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	16.3	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA			M	Pab	TALLA	100.3	X	X	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R		99209
	-					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Junio		LOS CEDROS					ENFERMERIA				DNI	45477653	ROSARIO QUISPE				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21		22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1ª	2ª	3ª	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA			M	Pab	TALLA		X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17
	-					D	Ppreg	Hb		R	R	3. Visita familiar integral			P	X	R		C0011

### Cuarto mes (Niños de 36 meses a 11 años)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 3(control), interconsulta a medicina.**

En el cuarto mes de tratamiento, es importante que se realice el dosaje de hemoglobina control para evaluar los avances o dificultades al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Julio		LOS CEDROS					ENFERMERIA					DNI	45477653		ROSARIO QUIJSPE				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
6	84394256	2	AYACUCHO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	16.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2001	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	100.8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	LEV			D509
	-				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	13.3	R	R	3. Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12			99382
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018.01	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

**Evaluacion de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 13/07/2024: 13.3 gr/dl

Valor Hb del 13/05/2024: 13.1 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.3 – 13.1 = 0.3 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 4, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Julio		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693		MARCELO JIMENEZ				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
6	84394256	2	AYACUCHO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	16.6	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	LEV		D509	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	100.8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementación con hierro			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99199.17
	-				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	13.3	R	R	3.			P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional – 4**

Siendo el cuarto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el tercer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Julio		LOS CEDROS					NUTRICION					DNI	35464653	JUANA ROBLES			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	16.6	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509		
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	100.8	X	X	X	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R		99209	
	-				D	Ppreg	Hb	13.3	R	R	3.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04		

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Julio		LOS CEDROS					ENFERMERIA					DNI	45477653	ROSARIO QUISPE			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509		
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA		X	X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R		99499.10	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

**Quinto mes (Niños de 36 meses a 11 años)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 5, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	16.8	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509		
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	101.3	X	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	5	99199.17	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 5**

Siendo el quinto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el cuarto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		LOS CEDROS						NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	16.9	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	101.3	X	X	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R			99209
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R			99209.04

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		LOS CEDROS						ENFERMERIA			DNI	45477653	ROSARIO QUISEP			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA		X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R			99499.10
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R			

**Sexto mes (Niños de 36 meses a 11 años)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 6, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Setiembre		LOS CEDROS						MEDICINA			DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	17.3	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV		D509
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	101.8	X	X	2.	Suplementación con hierro	P	X	R	6		99199.17
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R			

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / Consulta nutricional - 6**

Siendo el sexto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el quinto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Setiembre		LOS CEDROS						NUTRICION				DNI	35464653	JUANA ROBLÉS			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
6	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO	17.3	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA	101.8	X	X	2. Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional			P	X	R		99209	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04	

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Setiembre		LOS CEDROS						ENFERMERIA				DNI	45477653	ROSARIO QUIISPE			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
15	84394256	2	AYACUCHO	4	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		M	Pab	TALLA		X	X	2. Suplementación con hierro			P	X	R		99199.17	
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3. Visita familiar integral			P	X	R		C0011	

### Séptimo mes (Niños de 36 meses a 11 años)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 4 (final), interconsulta a medicina.**

En el séptimo mes, ya habiendo finalizado la administración de hierro (Mas de 180 días desde el inicio del tratamiento), es necesario que se realice el dosaje de hemoglobina control final, es necesario que se compare el cambio de los valores de hemoglobina.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Octubre		LOS CEDROS					ENFERMERIA					DNI:	45477653	ROSARIO QUIJSE							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA		10	12													P	D	R	1º	2º		3º
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/10/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
6	84394256	2	AYACUCHO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	17.6	N	N	1.	Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z001				
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	102.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		D509				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	13.4	R	R	3.	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	13		99382				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018.01				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R							
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R							

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 13/10/2024: 13.4 gr/dl

Valor Hb del 13/07/2024: 13.3 gr/dl

Diferencia de Hb: 13.4 – 13.3 = 0.1 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Culminación de tratamiento de anemia, recuperación de anemia, inicio de suplementación preventiva.**

En el séptimo mes, el servicio de medicina deberá de evaluar; revisando que en todos los 6 meses de tratamiento haya recibido todas las prestaciones principales, así mismo evaluará su estado de salud en general.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Octubre		LOS CEDROS					MEDICINA					DNI:	10693693	MARCELO JIMENEZ							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA		10	12													P	D	R	1º	2º		3º
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/10/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
6	84394256	2	AYACUCHO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	17.6	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PR		D509				
	74596-2	58	SAN JOSE DE VIÑACA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	102.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Suplementación con hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.17				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	13.4	R	R	3.	Suplementación de Multivitaminas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.19				

## B) ADOLESCENTE / PUERPERA / MUJER EN EDAD FÉRTIL – TRATAMIENTO DE ANEMIA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	TRATAMIENTO					
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
ADOLESCENTE / MUJER EN EDAD FÉRTIL / PUERPERA	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	DHx	DHc1		DHc2		DHc3
	ANEMIA FERROPENICA (1)	D	R	R	R	R	PR (2)
	TRATAMIENTO CON HIERRO (3)	1	2	2	4	5	6
	CONSULTA MEDICA	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5	CM6
	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL	AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	AN6
	VISITA DOMICILIARIA (VD) Ó TELEMONITOREO (TM)	VD-1	VD / TM - 2		VD / TM - 3	VD / TM - 4	

(1) Si el valor de dosaje de hemoglobina está por debajo de lo normal y el personal de salud no cuenta con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico; iniciara el tratamiento con el diagnóstico (D649+D). Cuando el Médico Cirujano cuente con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico y comprueba que es Anemia Ferropénica, usara (D509+D+Lev/Mod/Sev) y continuara el tratamiento iniciado.

(2) Se usará el PR, cuando el valor de la hemoglobina este por encima de los valores normales y el Médico Cirujano compruebe su recuperación.

(3) En caso que el paciente sea Adolescente Mujer, Mujer en edad fértil, Puérpera, se le administrara Sulfato Ferroso + Acido Fólico (tableta). En caso que el paciente sea Adolescente Varón, se le administrara Sulfato Ferroso (tableta)

### Primer mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 1, Interconsulta al servicio de medicina.

En el primer contacto que tenga el paciente en los establecimientos de salud, se deberá de iniciar el dosaje de hemoglobina y si los valores están por debajo de lo normal se considerara como anemia no especificada.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				DIRECCION DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
2024		Abril		CSTUMPA				ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22						
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			2003	
	57899				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	155	C	C	2. Evaluación Integral del Adolescente			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99384	
		58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	10.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Plan de atención integral de salud			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2	1	C8002
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	D	R				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R				

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Buena Vista / Altitud: 554 msnm / Ajuste de Hb: 0.4

Calculo de Valor Hb corregido:  $10.2 - 0.4 = 9.8$  g/dl (Valor debajo de lo normal)

**b) Actividad principal: Diagnóstico de anemia de tipo no especificado, Tratamiento de anemia - 1, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina, recibirá como prioridad los pacientes que tengan valores de hemoglobina por debajo de lo normal. Así mismo, deberá solicitar las pruebas auxiliares para determinar la etiología de la anemia, y si los resultados de las pruebas auxiliares demoran más de 7 días, deberá de iniciar el tratamiento de anemia y usará como diagnóstico anemia de tipo no especificada, hasta que se corrobore su etiología.

El Médico Cirujano, deberá de solicitar a laboratorio las pruebas auxiliares para el diagnóstico etiológico de la anemia.

2	3	4	5					6			7														
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Abril	CS TUMPA					MEDICINA			DNI	39339218	MANUEL CABALLERO													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMS								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024      FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	R			D649						
	57899	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	155	X	C	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	D	R	1		99199.26
	-																D	Ppreg	Hb	10.2	R	X	3.		

**c) Actividad principal: Atención en nutrición/ consulta nutricional – 1**

El servicio de nutrición deberá de priorizar la atención de niños con anemia y brindará una atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo aplicar una anamnesis alimentaria del paciente, explorando si tuvo episodios de alguna patología, preferencias alimentarias, preferencia religiosa, identificación étnica, uso de programas sociales e identificar su estado actual de inseguridad alimentaria.

2	3	4	5					6			7														
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Abril	CS TUMPA					NUTRICION			DNI	35464653	JUANA ROBLES													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMS								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024      FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Anemia de tipo no especificada			P	D	R			D649						
	57899	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	155	X	C	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	D	R			99209
	-																D	Ppreg	Hb	10.2	R	X	3. Evaluación nutricional antropométrica		

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria – 1**

Posterior a los 7 días de iniciado el tratamiento de anemia, se debe de iniciar con una Visita domiciliaria.

1	2	3	4	5			6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Abril	CS TUMPA			ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO								
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DÍA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª	
	GESTANTE/PUÉRPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /										
15	7548966	2	CARABAYLLO		14	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia de tipo no especificada	P	D	X		D649		
	57899	58	BUENA VISTA			M	Pab	TALLA	X	C	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R		99199.26		
	-					D	Ppreg	Hb	R	X	3. Visita familiar integral	P	D	R		C0011		

**Segundo mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (control), Interconsulta a medicina**

Es necesario que los pacientes con anemia sean citados oportunamente al mes de haber iniciado su tratamiento de anemia, por haber transcurrido más de 1 mes desde el inicio al tratamiento de anemia, se deberá de realizar el dosaje de hemoglobina control, evaluar los cambios de los valores de hemoglobina y realizar interconsulta al servicio de medicina.

1	2	3	4	5			6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2024	Mayo	CS TUMPA			ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12									P	D	R	1ª	2ª	3ª		
	GESTANTE/PUÉRPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /											
5	7548966	2	CARABAYLLO		14	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	X	R		Z003		
	57899	58	BUENA VISTA			M	Pab	TALLA	155	X	C	2. Evaluación Integral del Adolescente	P	X	R	2	99384		
	-					D	Ppreg	Hb	11.2	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro	P	X	R		85018.01		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /											
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Plan de atención integral de salud	P	X	R	1	2	1	C8002
						M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 05/05/2024: 11.2 gr/dl

Valor Hb del 05/04/2024: 10.2 gr/dl

Diferencia de Hb: 11.2 - 10.2 = 1.0 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Diagnostico de anemia por deficiencia de hierro, Tratamiento de anemia - 2, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y pruebas auxiliares de laboratorio; para poder determinar si la anemia que se viene tratando es por deficiencia de hierro.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Mayo		CS TUMPA					MEDICINA					DNI	39339218	MANUEL CABALLERO							
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	R	LEV				D509				
	57899				M	Pab	TALLA	155			2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico	P	D	R	2				99199.26				
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	11.2		R	R	3. Hemograma completo, 3ra generación	P	D	R					85031			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
					A	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Ferritina	P	D	R					82728				
					M	Pab	TALLA			C	C	2. Proteica C-Reactiva –PCR	P	D	R					86140			
					D	Ppreg	Hb			R	R	3. Estudio parasitológico en heces por 3	P	D	R					87177.01			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
					A	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Plomo (*)	P	D	R					83655 (*)				
					M	Pab	TALLA			C	C	2. Frotis de fuente primaria (*)	P	D	R					87207 (*)			
					D	Ppreg	Hb			R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							

(\* Las pruebas de dosaje de plomo, gota gruesa se realizará en regiones con alta incidencia de plomo o malaria.

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 2**

Siendo el segundo mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el primer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Mayo		CS TUMPA					NUTRICION					DNI	34689654	CESAR QUISPE							
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																							
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	R	LEV				D509				
	57899				M	Pab	TALLA	155			2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional	P	D	R					99209				
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb			R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R					99209.04			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo – 2**

En el segundo mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Mayo		CS TUMPA					OBSTETRICIA					DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1ª		2ª	3ª
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
20	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro					P	D	X	LEV	D509		
	57899	58	BUENA VISTA		M	Pab	TALLA	X	X	2. Telemonitoreo					P	D	R		99499.10		
	-				D	Ppreg	Hb	R	R	3.					P	D	R				

**e) Actividad opcional: Confirmación de anemia de tipo no especificado, Interconsulta al servicio de nutrición. (Resultado alternativo)**

Luego de la lectura de los resultados de laboratorio y se llegue a confirmar que no sea anemia por deficiencia de hierro, se deberá de referir al segundo nivel de atención para su atención correspondiente y realizar interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Mayo		CS TUMPA					MEDICINA					DNI	39339218	MANUEL CABALLERO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1ª		2ª	3ª
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/04/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Anemia de tipo no especificada					P	D	X	RF	D649	
	57899	58	BUENA VISTA		M	Pab	TALLA	155	X	X	2.					P	D	R			
	-				D	Ppreg	Hb	11.2	R	R	3.					P	D	R			

**Tercer mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 3, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Junio		CS TUMPA					MEDICINA					DNI	39339218	MANUEL CABALLERO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19					20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1ª		2ª	3ª
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	53.2	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro					P	D	X	LEV	D509	
	57899	58	BUENA VISTA		M	Pab	TALLA	155	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico					P	D	R	3		99199.26
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.					P	D	R			

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 3**

Siendo el tercer mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el segundo mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024		Junio	CS TUMPA					NUTRICION					DNI	34689654		CESAR QUISEP									
7	8		9	11		13	14	15		16	17	18	19			20		21		22					
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA		10	12				14	M	Pab		TALLA	155	X	X	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV			
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO						D	X	Ppreg		Hb		R	R	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R		
			58	BUENA VISTA												3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R				99209.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2024		Junio	CS TUMPA					OBSTETRICIA					DNI	87446562		MARIELA MUNAYCO									
7	8		9	11		13	14	15		16	17	18	19			20		21		22					
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA		10	12				14	M	Pab		TALLA		X	X	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV			
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO						D	X	Ppreg		Hb		R	R	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	X	R		
			58	BUENA VISTA												3. Visita familiar integral			P	X	R				C0011
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															

### Cuarto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 3 (control), interconsulta a medicina.**

En el cuarto mes de tratamiento, es importante que se realice el dosaje de hemoglobina control para evaluar los avances o dificultades al tratamiento.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024	Julio	CS TUMPA						ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22			
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/_____										
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	54	N	N	1.	Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	X	R		2003	
	57899				M	Pab	TALLA	156	X	X	2.	Evaluación Integral del Adolescente	P	X	R	3	99384	
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	11.5	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro	P	X	R		85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/_____										
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R		99403.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	X	R			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	X	R		

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 05/07/2024: 11.5 gr/dl

Valor Hb del 05/05/2024: 11.2 gr/dl

Diferencia de Hb: 11.5 – 11.2 = 0.3 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 4, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024	Julio	CS TUMPA						MEDICINA			DNI	39339218	MANUEL CABALLERO				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/_____									
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	54	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	X	LEV	D509
	57899				M	Pab	TALLA	156	X	X	2.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	X	R	4	99199.26
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb	11.5	R	R	3.		P	D	R		

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 4**

Siendo el cuarto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el tercer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

2	3	4	5					6																
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Julio	CS TUMPA	NUTRICION					DNI	34689654			CESAR QUISEP												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R		1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																								
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
5	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	54	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509						
	57899	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	156	X	X	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R		99209
																	D	Ppreg	Hb	11.5	R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica	

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

2	3	4	5					6														
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2024	Julio	CS TUMPA	OBSTETRICIA					DNI	87446562			MARIELA MUNAYCO										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R		1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ANDREA SEDANO PAZ																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2020			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
20	7548966	2	CARABAYLLO	14	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509					
	57899	58	BUENA VISTA							M	Pab	TALLA	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	X	R		99199.26
															D	Ppreg	Hb	R	R	3. Visita familiar integral		

**Quinto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 5, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

2	3	4	5					6																
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
2024	Agosto	CS TUMPA	MEDICINA					DNI	10693693			MARCELO JIMENEZ												
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS								
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R		1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R		1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																								
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
5	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO	54	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509						
	57899	58	BUENA VISTA								M	Pab	TALLA	156	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	X	R	5	99199.26
																	D	Ppreg	Hb	R	R	3.		

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 5**

Siendo el quinto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el cuarto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		CSTUMPA					NUTRICION					DNI	35464653	JUANA ROBLES			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
5	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO	54	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	57899				M	Pab	TALLA	156	X	X	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R		99209	
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb			R	R	3. Evaluación nutricional antropométrica			P	X	R		99209.04

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		CSTUMPA					OBSTETRICIA					DNI	87446562	MARIELA MUNAYCO			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
15	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	57899				M	Pab	TALLA		X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R		99499.10	
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb			R	R	3.			P	D	R		

**Sexto mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 6, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Setiembre		CSTUMPA					MEDICINA					DNI	10693693	MARCELO JIMENEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
5	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO	54.5	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	X	LEV	D509	
	57899				M	Pab	TALLA	156	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	X	R	6	99199.26	
	-	58	BUENA VISTA		D	Ppreg	Hb			R	R	3.			P	D	R		

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 6**

Siendo el sexto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el quinto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Setiembre		CS TUMPA					NUTRICION					DNI	35464653		JUANA ROBLES						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22				
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA		10	12											P	D	R	1º	2º	3º	P		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO											D	R	1º	2º	3º	P			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																							
5	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO	54.5	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	LEV	D509							
	57899	58	BUENA VISTA		M	Pab	TALLA	156	X	X	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	X	R	99209							
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R	99209.04							

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024		Setiembre		CS TUMPA					OBSTETRICIA					DNI	87446562		MARIELA MUNAYCO						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22				
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA		10	12											P	D	R	1º	2º	3º	P		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO											D	R	1º	2º	3º	P			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																							
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																							
15	7548966	2	CARABAYLLO	15	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	LEV	D509							
	57899	58	BUENA VISTA		M	Pab	TALLA		X	X	2.	Telemonitoreo	P	X	R	99499.10							
	-				D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R								

**Séptimo mes (Adolescente/Puérpera/Mujer en edad fértil)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 4 (final), interconsulta a medicina.**

En el séptimo mes, ya habiendo finalizado la administración de hierro (Mas de 180 días desde el inicio del tratamiento), es necesario que se realice el dosaje de hemoglobina control final, es necesario que se compare el cambio de los valores de hemoglobina.

2	3	4	5					6			7									
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2024	Octubre	CS TUMPA					OBSTETRICIA			DNI	87446562	MARELA MUNAYCO								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
20	7548966	2	CARABAYLLO	15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	53.5	N	N	1.	Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z003	
	57899	58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4		99384	
	-				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	12.9	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Plan de atención integral de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2	1	C8002
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 20/10/2024: 12.9 gr/dl

Valor Hb del 05/07/2024: 11.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 12.9 – 11.5 = 1.4 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Culminación de tratamiento de anemia, recuperación de anemia, inicio de suplementación preventiva.**

En el séptimo mes, el servicio de medicina deberá de evaluar; revisando que en todos los 6 meses de tratamiento haya recibido todas las prestaciones principales, así mismo evaluará su estado de salud en general.

2	3	4	5					6			7								
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2024	Octubre	CS TUMPA					MEDICINA			DNI	39339218	MANUEL CABALLERO							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOELIA SANCHEZ JIMENEZ																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/2009		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
20	7548966	2	CARABAYLLO	15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	53.5	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D509
	57899	58	BUENA VISTA		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.26
	-				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	12.9	R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			

### C) GESTANTE – TRATAMIENTO DE ANEMIA

GRUPO DE EDAD	ACTIVIDAD	MES DE GESTACION									
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	
GESTANTES	DOSAJE DE HEMOGLOBINA (1)	DHx			DHc1	DHc2	DHc3	Hasta que valores normales			
	ANEMIA FERROPENICA (2)				D	R	R	R	R	PR (3)	
	TRATAMIENTO CON HIERRO (4)				1 (5)	2	3	4	5	6	TA
	TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO (6)							H. INV			
	CONSULTA MEDICA				CM1	CM2	CM3	CM4	CM5	CM6	
	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN / CONSULTA NUTRICIONAL				AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	AN6	
	VISITA DOMICILIARIA Ó TELEMONITOREO				VD-1	VD / TM - 2		VD / TM - 3	VD / TM - 4		

(1) Los dosajes de hemoglobina se realizarán cada 4 semanas, hasta que se obtengan los valores normales, pero el tratamiento sigue siendo de 6 meses.

(2) Si el valor de dosaje de hemoglobina está por debajo de lo normal y el personal de salud no cuenta con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico; iniciara el tratamiento con el diagnóstico (O990+D+ Lev/Mod/Sev). Cuando el Médico Cirujano cuente con los resultados de los análisis de apoyo al diagnóstico y comprueba que es Anemia Ferropénica, usara (D509+D+Lev/Mod/Sev) y continuara el tratamiento iniciado.

(3) Se usará el PR, cuando el valor de la hemoglobina este por encima de los valores normales y el Médico Cirujano compruebe su recuperación.

(4) La administración de hierro en caso de la gestante, será de Sulfato Ferroso + Acido Fólico. En caso de Anemia Severa, se maneja como Anemia Moderada y referir a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

(5) El Tratamiento de anemia puede iniciarse en cualquier mes de gestación; siempre y cuando los valores del dosaje de hemoglobina estén por debajo de lo normal y con diagnóstico de anemia.

(6) El Tratamiento con Hierro Intravenoso, lo realizara un Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia ó un Medico Cirujano capacitado en la administracion del tratamiento, ante problemas con el tratamiento con hierro.

#### Primer mes (Gestante)

a) **Actividad principal:** Dosaje de hemoglobina - 1, Interconsulta al servicio de medicina.

En el primer contacto que tenga el paciente en los establecimientos de salud, se deberá de iniciar el dosaje de hemoglobina. Se deberá hacer interconsulta al servicio de medicina.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024	Julio	CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 15/07/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024									
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	69.4	N	N	1.	Supervision de embarazo normal	P	R	3	16	Z349
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	R	R	2.	Evaluacion Nutricional y Antropometrica	P	R			99209.04
					D	Ppreg	Hb	9.9	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	R	1		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	Consejeria nutricional: alimentacion saludable	P	R			99403.01
					M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	D	R		
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R	

#### Determinación de Valor de Hemoglobina según Ajustes a la corrección:

Centro Poblado: Las Palmas / Altitud: 101 msnm / Ajuste de Hb: 0  
 Calculo de Valor Hb corregido: 9.9 – 0. = 9.9 g/dl (Valor debajo de lo normal)

**b) Actividad principal: Diagnóstico de anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio, Tratamiento de anemia – 1, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina, recibirá como prioridad los pacientes que tengan valores de hemoglobina por debajo de lo normal. Así mismo, deberá solicitar las pruebas auxiliares para determinar la etiología de la anemia, y si los resultados de las pruebas auxiliares demoran más de 7 días, deberá de iniciar el tratamiento de anemia y usará como diagnóstico anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio, hasta que se corrobore su etiología.

El Médico Cirujano, deberá de solicitar a laboratorio las pruebas auxiliares para el diagnóstico etiológico de la anemia.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024		Julio		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673	ANDREA CUTIPA						
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.			FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA			10	12											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPORA			ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																						
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 15/07/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024										
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	69.4	N	N	1.	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD			O990		
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99199.26		
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb	9.9	R	R	3.		P	D	R					

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 1**

El servicio de nutrición deberá de priorizar la atención de niños con anemia y brindará una atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo aplicar una anamnesis alimentaria del paciente, explorando si tuvo episodios de alguna patología, preferencias alimentarias, preferencia religiosa, identificación étnica, uso de programas sociales e identificar su estado actual de inseguridad alimentaria.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024		Julio		CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ						
7		8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.			FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA			10	12											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPORA			ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																						
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024										
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	71.4	N	N	1.	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD			O990		
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Atencion en Nutricion / Consulta Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209		
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3.		P	D	R					

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria – 1**

Posterior a los 7 días de iniciado el tratamiento de anemia, se debe de iniciar con una Visita domiciliaria.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024		Agosto		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO														
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024										
7	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R		Z359
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA		X	X	2. Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.			P	D	X	MOD	O990
					D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3. Visita familiar integral			P	X	R	

**Segundo mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina – 2 (control), Interconsulta a medicina**

Es necesario que los pacientes con anemia sean citados oportunamente al mes de haber iniciado su tratamiento de anemia, por haber transcurrido más de 1 mes desde el inicio al tratamiento de anemia, se deberá de realizar el dosaje de hemoglobina control, evaluar los cambios de los valores de hemoglobina y realizar interconsulta al servicio de medicina.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2024		Agosto		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º		2º	3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO															
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 17/08/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: 25/10/2023											
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	70.2	N	N	1. Supervisión de embarazo normal			P	X	R	4	20	Z349
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.			P	D	X	MOD		O990
					D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinómetro			P	X	R	2	
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
					A	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de Calcio			P	X	R	1		59401.05
					M	Pab	TALLA		C	C	2.			P	X	R			
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R		

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 25/07/2024: 9.9 gr/dl

Valor Hb del 25/08/2024: 10.9 gr/dl

Diferencia de Hb: 10.9 – 9.9 = 1.0 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Diagnostico de anemia por deficiencia de hierro, Tratamiento de anemia - 2, Interconsulta al servicio de nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y pruebas auxiliares de laboratorio; para poder determinar si la anemia que se viene tratando es por deficiencia de hierro.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Agosto		CS LOS GIRASOLES							MEDICINA			DNI	51440673	ANDREA CUTIPA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22	
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998																				
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	71.4	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3. Hemograma completo, 3ra generación			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /																				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Ferritina			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			82728
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2. Proteica C-Reactiva –PCR			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			86140
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Estudio parasitológico en heces por 3			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /																				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Plomo (*)			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			83655 (*)
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2. Frotis de fuente primaria (*)			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			87207 (*)
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				

(\*) Las pruebas de dosaje de plomo, gota gruesa se realizará en regiones con alta incidencia de plomo o malaria.

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 2**

Siendo el segundo mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el primer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Agosto		CS LOS GIRASOLES							NUTRICION			DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22	
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998																				
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	71.4	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 2**

En el segundo mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Setiembre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878		MAGDALENA RAMOS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12																P	D	R
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024												
5	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Telemonitoreo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10
		45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3. .			P	D	R			

**e) Actividad opcional: Confirmación de anemia de tipo no especificado, Interconsulta al servicio de nutrición. (Resultado alternativo)**

Luego de la lectura de los resultados de laboratorio y se llegue a confirmar que no sea anemia por deficiencia de hierro, se deberá de referir al segundo nivel de atención para su atención correspondiente y realizar interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Agosto		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673		ANDREA CUTIPA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12																P	D	R
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024												
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	71.4	N	N	1. Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RF		O990
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R			
			45		LAS PALMAS	<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3.			P	D	R		

### Tercer mes (Gestante)

#### a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina - 3, interconsulta a medicina

El servicio de medicina, deberá de evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

Ejemplo: Actividad realizada por UPS Obstetricia

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Setiembre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	P
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 17/08/2024					FECHA DE ULTIMA REGLA: 25/10/2023											
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	70.2	N	N	1.	Supervision de embarazo normal	P	D	R	4	24		2349	
	7893-2				M	Pab	TALLA	159			2.	Anemia por deficiencia de Hierro	P	D	R	MOD				D509
		45	LAS PALMAS		D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	D	R	3			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
					A	PC	PESO		N	N	1.	Suplementacion de Calcio	P	D	R	2			59401.05	
					M	Pab	TALLA		C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.		P	D	R				

#### Evaluación de los valores de hemoglobina:

Valor Hb del 25/09/2024: 10.9 gr/dl

Valor Hb del 25/08/2024: 10.9 gr/dl

Diferencia de Hb: 10.9 – 10.9 = 0 g/dl (No hubo incremento)

#### b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 3, interconsulta a nutrición.

El servicio de medicina, deberá de evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Setiembre		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673	ANDREA CUTIPA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	P
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024											
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	71.4	N	N	1.	Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	R	MOD			D509	
	7893-2				M	Pab	TALLA	159			2.	Suplementación de sulfato ferroso y acido folico	P	D	R	3				99199.26
		GESTANTE	45		LAS PALMAS	D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3.		P	D	R			

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 3**

Siendo el tercer mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el segundo mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Setiembre		CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024									
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	71.4	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD			D509	
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R					99209
	GESTANTE				D	Ppreg	65.5	Hb	10.9	R	R	3.			P	D	R				

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo – 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Octubre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024									
5	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD			D509	
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA		X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R					99499.10
					D	Ppreg	Hb		R	R	3.			P	D	R					

**Cuarto mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina control, interconsulta a medicina.**

En el cuarto mes de tratamiento, es importante que se realice el dosaje de hemoglobina control para evaluar los avances o dificultades al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2024		Octubre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	10	12																		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 17/08/2024						FECHA DE ULTIMA REGLA: 25/10/2023									
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	72.2	N	N	1. Supervisión de embarazo normal			P	X	R	4	28		Z349	
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD				D509
					D	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobímetro			P	X	R	3			85018.01

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 25/09/2024: 10.9 gr/dl

Valor Hb del 25/10/2024: 11.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 11.5 – 10.9 = 0.6 gr/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 4, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de contar con los últimos valores de hemoglobina y evaluar el estado de salud del paciente y continuar dando el tratamiento correspondiente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Octubre	CS LOS GIRASOLES				MEDICINA				DNI	51440673	ANDREA CUTIPA													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º										
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																	
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	72.2	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD			D509					
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	X	R	4			99199.26					
	GESTANTE				D	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3.			P	D	R								

**c) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 4**

Siendo el cuarto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el tercer mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Octubre	CS LOS GIRASOLES				NUTRICION				DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º										
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																	
25	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO	72.2	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD			D509					
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA	159	X	X	2. Atención en nutrición / Consulta Nutricional			P	X	R				99209					
	GESTANTE				D	Ppreg	65.5	Hb	11.5	R	R	3.			P	D	R								

**d) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo – 3**

En el tercer o cuarto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
2024	Octubre	CS LOS GIRASOLES				OBSTETRICIA				DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS													
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º										
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																					
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																	
5	4579456	2	NAUTA	26	M	PC	PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	X	MOD			D509					
	7893-2	45	LAS PALMAS		M	Pab	TALLA		X	X	2. Telemonitoreo			P	X	R				99499.10					
	GESTANTE				D	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R								

### Quinto mes (Gestante)

Se espera que, entre el tercer al quinto mes de tratamiento, los valores de hemoglobina se puedan haber normalizado, pero aquello no significa que la paciente se haya recuperado, por lo cual solo se deja de realizar los dosajes de hemoglobina control y se continua con el tratamiento por los 6 meses establecidos.

#### a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 5, interconsulta a nutrición.

El servicio de medicina, deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Noviembre		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673	ANDREA CUTIPA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024											
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	72.7	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5		99199.26
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3.			P	D	R		

#### b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional - 5

Siendo el quinto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el cuarto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2024		Octubre		CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024											
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	72.7	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209
	GESTANTE	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb		R	R	3.			P	D	R		

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
2024		Noviembre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS	
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
											TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	P	D	R	1º	2º	3º	CÓDIGO CIE/CPMSS
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																	
5	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z359
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anemia por deficiencia de Hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	GESTANTE				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011

**Sexto mes (Gestante)**

**a) Actividad principal: Tratamiento de anemia - 6, interconsulta a nutrición.**

El servicio de medicina, deberá de priorizar la atención de los pacientes con anemia, lo cual deberá evaluar su estado de salud y continuar dando el tratamiento correspondiente; y realizar la interconsulta al servicio de nutrición.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024		Diciembre		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673	ANDREA CUTIPA		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22	
											TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CIE/CPMSS
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	P	D	R	1º	2º	3º	CÓDIGO CIE/CPMSS	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																		
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	72.7	N	N	1. Anemia por Deficiencia de Hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		99199.26
	GESTANTE				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R			

**b) Actividad principal: Atención en nutrición / consulta nutricional – 6**

Siendo el sexto mes del tratamiento de anemia, se deberá de continuar con la atención en nutrición / consulta nutricional, debiendo evaluar los compromisos asumidos en el quinto mes y si está mejorando sus preferencias alimentarias y la adherencia al tratamiento.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2024		Diciembre		CS LOS GIRASOLES					NUTRICION					DNI	42965356	SANDRA SANCHEZ		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22	
											TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CIE/CPMSS
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	P	D	R	1º	2º	3º	CÓDIGO CIE/CPMSS	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024																		
25	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	72.7	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD		D509
	7893-2	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en Nutrición / Consulta Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209
	GESTANTE				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	65.5	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R			

**c) Actividad principal: Visita domiciliaria o telemonitoreo - 4**

En el quinto o sexto mes de tratamiento se debe de continuar en llevar a cabo una Visita domiciliaria o telemonitoreo.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2024		Diciembre		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12															P	D	R	1º	2º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																						
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA: 31/03/2024														
5	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1.	Supervision de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z359	
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Anemia por deficiencia de Hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD				D509
		45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

**Séptimo mes (Gestante / Puérpera)**

**a) Actividad principal: Dosaje de hemoglobina final, interconsulta a medicina.**

En el séptimo mes, ya habiendo finalizado la administración de hierro (Mas de 180 días desde el inicio del tratamiento), es necesario que se realice el dosaje de hemoglobina control final, es necesario que se compare el cambio de los valores de hemoglobina

*Ejemplo: Actividad realizada por UPS Obstetricia*

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2025		Enero		CS LOS GIRASOLES					OBSTETRICIA					DNI	26782878	MAGDALENA RAMOS						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20		21		22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
	HISTORIA CLINICA	10	12															P	D	R	1º	2º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																						
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025					FECHA DE ULTIMA REGLA:														
13	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	68.5	N	N	1.	Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				59430
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159		C	C	2.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD				D509
		45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	12.5			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			

**Evaluación de los valores de hemoglobina:**

Valor Hb del 13/01/2025: 12.5 gr/dl

Valor Hb del 25/10/2024: 11.5 gr/dl

Diferencia de Hb: 12.5 – 11.5 = 1 g/dl (Hubo incremento)

**b) Actividad principal: Culminación de tratamiento de anemia**

En el séptimo mes, el servicio de medicina deberá de evaluar; revisando que en todos los 6 meses de tratamiento haya recibido todas las prestaciones principales, así mismo evaluará su estado de salud en general.

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2025		Enero		CS LOS GIRASOLES					MEDICINA					DNI	51440673	ANDREA CUTIPA				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: STEFANY CORREA PANDURO																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/1998) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 13/01/2025 FECHA DE ULTIMA REGLA:																				
13	4579456	2	NAUTA	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	68.5	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR		D509
	7893-2				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	159	C	C	2. Suplementación de sulfato ferroso y acido folico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.26
	PUERPERA	45	LAS PALMAS		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg	Hb	12.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	D	R			

## ANEXOS

### A) ANEXO N° 01: PERTENENCIA ÉTNICA

CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE LA PERTENENCIA ÉTNICA EN EL HISMINSA		
CÓDIGO	GRUPO ÉTNICO	OTRA DENOMINACIÓN
1	Achuar	Achual, Achuale, Achuare
2	Aimara	Aru
3	Amahuaca	Amin w aka, Yora
4	Arabela	Chiripuno, Tapueyocuaca
5	Ashaninka	Campa ashaninka
6	Asheninka	Ashaninka del Gran Pajonal
7	Awajún	Aents, Aguaruna
8	Bora	Booraa, Mamuna, Miranha, Miranya
9	Capanahua	Buskipani, Nuquencalbo
10	Cashinahua	Caxinahua, Huni kuin, Kachinahua
11	Chamicuro	Camikódlo, Chamicolos
12	Chapra	Shapra
13	Chitonahua	Murunahua, Yora
14	Ese eja	Ese'eja, Huarayo, Tiatinagua
15	Harakbut	Amarakaeri, Arasaeri, Kisamberi, Pukirieri, Sapiteri, Toyoeri, Wachipaeri
16	Ititu	Amacacore, kquito, Quiturran
17	Iñapari	Inamari, Inapari, Kushitireni
18	Isconahua	Isconawa, Iskobakebo
19	Jaqaru	Aimara central, Aimara tupino, Aru, Cauqui
20	Jibaro	Jibaro del río Corrientes, Shiw iar, Siw aro
21	Kakataibo	Uhi, Uhibo
22	Kakinte	Poyenisati
23	Kandozi	Kandoshi
24	Kichwa	Inga, Quichua, Lamas, Llacuash
25	Kukama kukamiria	Cocama cocamilla, Xbitaona
26	Madija	Qulina, Kolina, Mediha
27	Majuna	Majiki, Orejón
28	Marinahua	Onocoin, Yora
29	Mashco Pro	
30	Mastanahua	Yora
31	Matsés	Mayoruna
32	Matsigenka	Machiguenga, Matsiganga, Matsiguenga
33	Muniche	Munichi
34	Muri-muinani	Huitoto
35	Nahua	Yora
36	Nanti	Matsigenka
37	Nomatsigenga	Atiri, Nomachiguenga
38	Ocaina	Dukaiya, Dyo'xaiya
39	Omagua	Ariana, Omagua yeté, Pariana, Umawa
40	Quechuas	Los pueblos quechuas no tienen otras denominaciones, más sí un conjunto de identidades, entre las que se encuentran: cañaris, chankas, chopccas, huancas, huaylas, kana, q'eros.
41	Resigaró	Resigero
42	Secoya	Aido pai
43	Sharanahua	Onicoín, Yora
44	Shawi	Campo piyapi, Chayaw ita, Tshahui
45	Shipibo-konibo	Chioeo-conivo, Joni, Shipibo
46	Shiw ilu	Jebero, Shiw ita, Xebero
47	Tikuna	Duuxugu, Ticuna
48	Urarina	Itucali, Itukale, Kacha edze
49	Uro	Uru
50	Vacacocha	Abjira, Aushiri, Aw shira, A'ëw a
51	Wampis	Huambisa, Shuar-suampis
52	Yagua	Nhamw o, Yihamw o
53	Yaminahua	Jjamimawa, Yora, Yuminahua
54	Yanasha	Amage, Amuesha, Amuexia
55	Yine	Chotaquiro, Fra, Pro, Simirinche
56	Afroperuano	Zambo, Mulato, Negro, Moreno
57	Blanco	Blanco
58	Mestizo	Mestizo, Cholo
59	Asiático descendiente	Chino, Ponja
60	Otro	Gitano, Rom, Cale

**B) ANEXO N° 02: EJEMPLO DE SUPLEMENTACION PREVENTIVA POR NUTRICIONISTA**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO REGISTRO REGIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGO CIE/CPMSS			
											P	D	R	1ª	2ª	3ª				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	97569470	2	CHARACATO	6	A	M	PC	36.7	PESO	7.3	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	56789				M	F	Pab	TALLA	63			X	X	2.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb	13.1		R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17	
					M	F	Pab	TALLA			C	C	2.	Consejería nutricional	P	X	R		99403	
					D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
20	97569470	2	CHARACATO	6	A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17	
	56789				M	F	Pab	TALLA			X	X	2.	Visita familiar integral	P	X	R		C0011	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
20	97569470	2	CHARACATO	7	A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17	
	56789				M	F	Pab	TALLA			X	X	2.	Teleorientación	P	X	R		99499.08	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	97569470	2	CHARACATO	8	A	M	PC	37.9	PESO	8.9	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	56789				M	F	Pab	TALLA	64		X	X	2.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Consejería nutricional	P	X	R		99403	
					M	F	Pab	TALLA			C	C	2.		P	D	R			
					D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
20	97569470	2	CHARACATO	8	A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17	
	56789				M	F	Pab	TALLA			X	X	2.	Visita familiar integral	P	X	R		C0011	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/07/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	97569470	2	CHARACATO	9	A	M	PC	38.3	PESO	9.6	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	56789				M	F	Pab	TALLA	65.1		X	X	2.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb	13.5		R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
6	97569470	2	CHARACATO	10	A	M	PC	38.5	PESO	10.1	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	56789				M	F	Pab	TALLA	65.8		X	X	2.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R		99199.17	
					M	F	Pab	TALLA			C	C	2.	Consejería nutricional	P	X	R		99403	
					D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
15	94569478	2	CHARACATO	1	A	M	PC	39.5	PESO	11.4	N	N	1.	Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	X	R		Z132	
	234-711				M	F	Pab	TALLA	67		X	X	2.	Evaluación nutricional antropométrica	P	X	R		99209.04	
			2		CHUJAL	D	F	Ppreg	Hb	13.8		R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																				
(*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación con hierro	P	X	R	TA	99199.17	
					M	F	Pab	TALLA			C	C	2.	Consejería nutricional	P	X	R		99403	
					D	F	Ppreg	Hb			R	R	3.		P	D	R			

Para este modelo de ejemplo, en caso del segundo, tercer, quinto mes; no se considera la entrega de hierro, debido al peso promedio del paciente lo cual hace que la entrega de hierro sea cada 2 meses. Pero si se requiera realizar la entrega mensual, se codificará según corresponda.

### C) ANEXO N° 03: EJEMPLO DE SUPLEMENTACION PREVENTIVA POR ENFERMERA

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/04/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
6	97569470	2	CHARACATO	6	A	PC	36.7	PESO	7.3	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	56789	2			D	F	Ppreg	Hb	13.1	R	R	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	6		99381	
		2			CHUJAL								3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro	P	X	R			85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
					A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17	
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01	
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
20	97569470	2	CHARACATO	6	A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA		C	C	2. Visita familiar integral	P	X	R			C0011	
		2			CHUJAL								3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
20	97569470	2	CHARACATO	7	A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA		C	C	2. Teleorientación	P	X	R			99499.08	
		2			CHUJAL								3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
6	97569470	2	CHARACATO	8	A	PC	37.9	PESO	8.9	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA	64	C	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	6		99381	
		2			CHUJAL								3. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
					A	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01	
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
20	97569470	2	CHARACATO	8	A	PC		PESO		N	N	1. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA		C	C	2. Visita familiar integral	P	X	R			C0011	
		2			CHUJAL								3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 06/07/2024 FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
6	97569470	2	CHARACATO	9	A	PC	38.3	PESO	9.6	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA	65.1	C	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	9		99381	
		2			CHUJAL								3. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinometro	P	X	R			85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
6	97569470	2	CHARACATO	10	A	PC	38.5	PESO	10.1	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	56789	2			D	F	Ppreg	TALLA	65.8	C	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED menor 1 año	P	X	R	10		99381	
		2			CHUJAL								3. Suplementación con hierro	P	X	R			99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
					A	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01	
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/2023 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
15	94569478	2	CHARACATO	1	A	PC	39.5	PESO	11.4	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	X	R			2001	
	234-711	2			D	F	Ppreg	TALLA	67	C	C	2. Atencion integral de salud del niño: CRED de 1 a 4 años	P	X	R	1		99382	
		2			CHUJAL								3. Suplementación con hierro	P	X	R	TA		99199.17
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PABLO FERNANDEZ VILCA																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )																			
					A	PC		PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina con Hemoglobinometro	P	X	R			85018.01	
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: alimentación saludable	P	X	R			99403.01	
					D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R				

Para este modelo de ejemplo, en caso del segundo, tercer, quinto mes; no se considera la entrega de hierro, debido al peso promedio del paciente lo cual hace que la entrega de hierro sea cada 2 meses. Pero si se requiera realizar la entrega mensual, se codificará según corresponda.



**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 - Jesus Maria  
Lima -Perú

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

---