



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

*Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Etapa de Vida Niño*

REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ETAPA DE VIDA NIÑO

2012



ETAPA DE VIDA NIÑO

ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
Z001	Control del RN / Control CRED del niño.	P081	Grande para la Edad Gestacional
Z138	Tamizaje de Neonatal (Examen de Pesquisa Especial para otras Enfermedades y Trastornos Especificados)	P070	RN de Peso Extremadamente Bajo
Z017	Tamizaje de Anemia (Examen de Lab)	99460	Atención Inmediata del Recién Nacido
Z119	Descarte de Parasitosis (Examen de Pesquisa Especial para Enfermedades Infecciosas y Parasitarias no Especificada)	P0711	RN de Muy Bajo Peso
Z29.2	Administración de quimioprofilaxis antiparasitaria	P0712	RN Bajo Peso al nacer
Z298	Administración del Sulfato Ferroso	P080	RN Macrosómico
Z298	Administración Vitamina A	R629	Déficit / Riesgo del Desarrollo
Z298	Administración de Zinc	R620	Trastorno / Retraso del Desarrollo
Z298	Administración de Micronutrientes (polvo)	C8002	Plan de atención Integral de salud
E509	Deficiencia de Vitamina A, no especificada	99403	Consejería Nutricional
Z391	Lactancia Materna Exclusiva (LME)	99209	Atención en Nutrición
Z0017	Alimentación Complementaria (sin clasificar)	99411	Sesión de Estimulación Temprana
Z724	Ganancia Inadecuada de Peso / Talla	99344	Visita Familiar Integral
E660	Sobrepeso (Obesidad debido a exceso de calorías)	C0010	Sesión Demostrativa
E440	Desnutrición Aguda (proteico calórica moderada)	C0009	Sesión Educativa
E45X	Talla Baja (Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica)-Desnutrición Crónica	C7003	Evaluación
E669	Obesidad, no especificada	C7002	Supervisión
Z006	Niño Normal (Evaluación Nutricional y del Desarrollo)	C7004	Asistencia Técnica
E343	Enanismo (para ser usado por personal no médico)	C0006	Taller para comunidad
E40X	Kwashiorkor	99401	Consejería Integral
E41X	Marasmo nutricional	C0008	Taller para personal de salud
E42X	Kwashiorkor marasmático	C0011	Visita comunitaria integral
E43X	Desnutrición Severa (proteico calórica severa)	99404	Consejería Especial (VIH / Salud Mental)
E344	Talla Alta (Estatura Alta Constitucional)	U0040	Atención Integral del Niño
D509	Anemia por deficiencia de Hierro, sin especificación	APP140	Actividades en Niños
P051	Pequeño para la edad gestacional	APP100	Establecimiento de Salud
		APP138	Agente Comunitario en Salud

Cualquier sugerencia por favor remitirla a los correos:

jjordan@minsa.gob.pe; rcruz@minsa.gob.pe; pvasquez@minsa.gob.pe; lvalerianoa@minsa.gob.pe; mbardalese@minsa.gob.pe.



PERIODICIDAD DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién Nacido	2	7 ^o y 15 ^o día de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22meses
De 24 a 59 meses	4	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, y 57 meses.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab (ítems 16, 17 y 18 del formulario de registro diario de atención y otras actividades) presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, distrito de procedencia, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y UPS (ítems 8 al 16) se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

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

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

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

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

Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.

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

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Definición Operacional Es la atención, cuidados y procedimientos realizados en el recién nacido tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal. Será realizado por el médico neonatólogo o médico pediatra o médico general o profesional de enfermería con competencias para la atención del recién nacido o en su ausencia por el profesional de obstetricia con competencias para la atención del recién nacido.

En el ítem HC/FF: Historia Clínica / Ficha Familiar anote:

- APP140 Actividades con niños

Los ítems: DNI, Financiador y Etnia debe ir en blanco por ser un **registro grupal**.

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

- En el 1^o casillero Atención Inmediata del RN **99460**
- En el 2^o casillero Tamizaje Neonatal **Z138**



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

En el ítem Lab, para ambos casos, anote el número de niños a los que se les realizó la actividad.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	Documento de Identidad									P	D	R		
08	APP140			San Martín de Porres		M	N	N	1. Atención Inmediata del RN	P	D	R	8	99460
							C	C	2. Tamizaje Neonatal	P	D	R	8	Z138
							F	R	R	3.	P	D	R	

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Definición Operacional: Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Control del RN (Control al Niño < de 29 días): Realizado por el personal médico o enfermera con el objetivo de evaluar crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la practica sobre el cuidado integral del recién Nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacuna abrigo, efecto e identificación de signos de alarma y acciones a seguir).

Plan de Atención Integral

Definición Operacional: El plan de Atención Integral es un instrumento en el que se detallan las atenciones de Salud requerida para a la satisfacción de las necesidades de salud de la niñas y niños menores de 5 años; este instrumento permite brindar las atenciones de salud en forma racional, continua y sistemática de acuerdo a la cartera de servicio de la red de salud correspondiente.

El Plan de Atención Integral solo se registra en el formulario HIS al **Elaborar** y al **Finalizar** la ejecución del plan de atención integral según corresponda la edad de la niña o niño, el cual puede ser completo o incompleto.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero el Plan de Atención Integral de Salud **C8002**

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

Elaboración de Plan Atención Integral

En el ítem Lab del 2º casillero registre el número **1** cuando se elabora el Plan de Atención Integral.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	San Martín de Porres	7 D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
							C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	1	C8002
	89526224						F	R	R	3.	P	D	R	



Plan Ejecutado - Paquete de Atención Integral Completo

Es el niño que ha cumplido con su Plan de Atención Integral y recibió el paquete de atención integral completo.

En el ítem Lab anote **TA** cuando termine con todas las actividades programadas del plan elaborado.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Martín de Porres	11 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	Z001
	89526270						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	C8002
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

TAMIZAJE

La detección de anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de Laboratorio.

El profesional que realiza el control de Crecimiento y Desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño o niña menor de 5 años.

El Tamizaje de Anemia se solicita a partir de los 6 meses, hasta los 4 años de edad, una vez por año.

El procedimiento se inicia solicitando el tamizaje con una orden de Lab, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico **"P"** en el ítem tipo de diagnóstico. Posteriormente cuando se tengan los resultados se registrará con tipo de diagnóstico **"D"** lo que indica expresamente que se realizó el examen de Lab.

En los EEES que NO cuentan con Hemoglobímetro y/o Lab accesible:

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia **Z017**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque D
- En el 2º casillero marque P (**indica que se generó la orden**)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	74000850						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		Z017
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Cuando se cuenta con el resultado

Al momento en que el niño retorna al servicio (puede ser el mismo día u otro día antes del siguiente control) con el resultado, solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico **"D"** (definitivo).

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia **Z017**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **D (indica el resultado)**



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6M	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017
	74000622						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

En los EESS que cuenten con Hemoglobinometro

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia **Z017**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque D
- En el 2º casillero marque D (**ya que el resultado se tendrá de inmediato**)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z001
	74000452						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017
							R	R	3.	P	D	R		

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Definición Operacional: Actividad que se registra SOLO a los seis (06) meses. Se registrará solo si el niño cumplió a esta edad con Lactancia materna exclusiva:

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Lactancia Materna Exclusiva **Z391**

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

En el ítem Lab correspondiente al Control CRED, anote el número de control 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	84454	1	80	Callao	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	07909101						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Lactancia Materna Exclusiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z391
							R	R	3.	P	D	R		



ADMINISTRACIÓN DE ANTIPARASITARIOS

Definición operacional: Es la administración de antiparasitarios en forma preventiva, cada 6 meses, a todos los niños de 2 a 11 años.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de antiparasitarios **Z292**

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

En el ítem Lab correspondiente al Control CRED, anote el número de control 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	84454	1	80	Callao	2 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
	07909101						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de antiparasitarios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z292
							R	R	3.	P	D	R		

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

PARA TODOS LOS CASOS DE SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES SE UTILIZARÁ EL CÓDIGO CIE10 "Z298" LA DIFERENCIACIÓN DEL TIPO DE SUPLEMENTACIÓN SERÁ A TRAVÉS DEL REGISTRO EN EL CAMPO "LAB"

a) Administración del Sulfato Ferroso:

Definición Operacional: Actividad preventiva cuyo objetivo es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes **Z298**

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesión 1, 2, 3.... según corresponda
- En el 2º Casillero el número de la administración de Micronutrientes
 - **SF1** para indicar el 1º frasco entregado
 - **SF2** para indicar el 2º frasco entregado
 - **SF3** para indicar el 3º frasco entregado
 - **SF4** para indicar el 4º frasco entregado
 - **SF5** para indicar el 5º frasco entregado, según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	64054279						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
							R	R	3.	P	D	R		



b) Suplemento con Vitamina A:

Definición Operacional: La vitamina A es esencial para la visión, crecimiento, reproducción, diferenciación celular, integridad del sistema inmunológico y funcionamiento normal de las mucosas. El objetivo de la Suplementación es prevenir su déficit en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño en los establecimientos de salud priorizados.

- En niños menores de un año una dosis entre los 06 y 11 meses.
- En niños entre 12 a 54 meses, dos dosis por cada año o sea una dosis meses.

Edad	Dosis	Dosis a Administrar
Niños: 06 – 11 meses	100,000 UL	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 – 59 meses	200,000 UL	Una vez cada 6 meses

Fuente: World Health Organization - 2000

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes **Z298**

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesión 1, 2, 3.... según corresponda
- En el 2º Casillero el número de **DOSIS** entregados identificado con las siglas **VA1** o **VA2**.... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
	2. Administración Micronutrientes								P	D	R	VA1	Z298	
	3.								P	D	R			

c) Administración de Multimicronutrientes (polvo):

Definición Operacional: Para prevenir la deficiencia de hierro, se administra a las niñas y niños entre los 06 y 35 meses, la administración consiste en 2 Fases: la Primera Fase dura seis (06) meses, para iniciar la Segunda Fase se descansa 6 Meses.

Campo Lab	I Fase
1	1º Dosis
2	2º Dosis
3	3º Dosis
4	4º Dosis
5	5º Dosis
6	6º Dosis

Campo Lab	II Fase
7	7º Dosis
8	8º Dosis
9	9º Dosis
10	10º Dosis
11	11º Dosis
12	12º Dosis

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes **Z298**



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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de Control de Crecimiento y Desarrollo 1, 2, 3.... según corresponda
- En el 2º Casillero el número de **DOSIS** entregados **1, 2, 3... 12**, según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z001
	64054197								2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z001
	64054064								2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	1A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
	64054423								2. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298
									3.	P	D	R		

Si, el niño es llevado en una fecha que no le corresponde el control de CRED, sólo se registrará la administración del multimicronutriente

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
20	35855-03	1	80	Comas	1A	M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z298
	64054982								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Actividad que se realiza dentro del control del niño para clasificar su estado nutricional.

Clasificación del Estado Nutricional

Para la clasificación del Estado Nutricional se emplearán los siguientes indicadores de acuerdo al grupo de edad que corresponda, así tenemos:

Indicador	Grupo de Edad
Peso para la edad gestacional	Recién Nacido
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la Talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la Edad (T/E)	≥ a 29 días a < 5 años

a. En el Recién Nacido de 01 día a 28 días

Peso para la Edad Gestacional. Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional (Test de Capurro). El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)	P051
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional	Z006
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)	P081

Fuente: Center for Disease Control CDC 2000.

Peso al Nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
< 1000 gramos	Extremadamente bajo	P070
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	P0711
1500 a 2499	Bajo peso al nacer	P0712
de 2500 a 4000 gramos	Normal	Z006
> 4000 gramos	Macrosómico	P080

NOTA.- Solo se registrará en el primer control, después del alta, se determina con los datos del nacimiento. En los controles de los recién nacidos de bajo, la condición se registra como repetido hasta su recuperación.

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

- En el 1º Casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º Casillero el diagnóstico **RESULTADO** de la clasificación del Estado Nutricional
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de control 1,
- En el 2º casillero libre
- En el 3º Casillero el número de Consejería Nutricional



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Callao	7D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
	83546921								2. RN Bajo peso al nacer	P	D	R		P0712
									3. Consejería nutricional	P	D	R	1	99403

Nota: Si el niño presenta un riesgo nutricional; SOBREPESO, DESNUTRICIÓN AGUDA, OBESIDAD, SOBREPESO, etc., será citado a los 07 días o a los 15 días después de ser identificado el Riesgo Nutricional.

En el control solo se registrara el Riesgo Nutricional:

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

- En el 1º Casillero la condición de Recién nacido de bajo peso.
- En el 2º Casillero la Consejería Nutricional

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Callao	15D	M	N	N	1. RN Bajo peso al nacer	P	D	R		P0712
	83546921								2. Consejería nutricional	P	D	R	2	99403
									3.	P	D	R		

b. En los niños y niñas de 29 días a < 5 años

Riesgo Nutricional: Ganancia Inadecuada de Peso (Z724)

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a. Crecimiento Adecuado o Crecimiento Normal

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento inadecuado o Riesgo del Crecimiento

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia excesiva, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralelo a las curvas del patrón de referencia vigente, aún cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

Se utiliza el Z724 para Ganancia Inadecuada de Peso y/ o Ganancia Inadecuada de Talla y la diferenciación se realizará en el campo LAB, registrando "PE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada PESO y "TE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada TALLA.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso **Z724**
- En el 3º casillero Trastorno del Desarrollo **R620**
- En el 1º casillero Administración de micronutrientes **Z298**
- En el 2º casillero Consejería Nutricional **99403**

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



En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control **CRED 1, 2, 3...** según corresponda
- En el 2º casillero **PE**
- En el 3º casillero **libre**
- En el 1º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
	96470	2	80	S.J.L.	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
	83546921								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
						F	R	R	3. Trastorno del Desarrollo	P	D	R		R620
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	D	R	3	Z298
									2. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
									3.	P	D	R		

Normalmente es el Peso es el que se afecta primero por lo que el registro de Ganancia Inadecuada de Peso puede registrarse solo.

Nota: Si el niño presenta un riesgo nutricional; SOBREPESO, DESNUTRICION AGUDA, OBESIDAD, SOBREPESO, ETC, será citado a los 7 días o a los 15 días después de ser identificado el Riesgo Nutricional.

En el control solo se registrara el Riesgo Nutricional:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	96470	2	80	S.J.L.	8M	M	N	N	1. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	83546921								2. Consejería nutricional	P	D	R	2	99403
						F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando la Niña o Niño acude a su control

Cuando el niño o niña acude a su control y en el control anterior se diagnosticó **ganancia inadecuada y/o trastorno de desarrollo** deben ser registrados como repetido.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso **Z724**
- En el 3º casillero Trastorno del Desarrollo **R620**
- En el 1º casillero Administración de micronutrientes **Z298**
- En el 2º casillero Consejería Nutricional **99403**

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero **MARQUE "D"**.
- En el 2º marque **"R"**
- En el 3º marque **"R"**
- En el 1º marque según las actividades



En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero **PE**
- En el 3º casillero libre
- En el 1º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	96470	2	80	S.J.L.	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	B	R	9	Z001
	83546921								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
									3. Trastorno del Desarrollo	P	D	R		R620
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	B	R	4	Z298
									2. Consejería Nutricional	P	B	R	3	99403
									3.	P	D	R		

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Riesgo del Desarrollo **R629**
- En el 3º casillero Administración de micronutrientes **Z298**
- En el 1º casillero Plan de Atención integral **C8002**
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso **Z724**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R"
- En el 3º casillero MARQUE "D".
- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero **PR**
- En el 3º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 1º casillero **TA** del término del Plan de Atención integral
- En el 2º casillero **PE/ PR**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
	96470	2	80	S.J.L.	11M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	B	R	11	Z001
	83546921								2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	PR	R620
									3. Administración de micronutrientes	P	B	R	6	Z298
						M	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	B	R	TA	C8002
									2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
									3.				PR	



NOTA:

Para el registro de la Evaluación Nutricional se deberá considerar lo siguiente:

- SOLO se registrará como niño(a) NORMAL cuando en la evaluación antropométrica TODOS sus INDICADORES SON NORMALES, esta condición se establece en cada control.
- SOLO se utilizarán los indicadores PE (Peso para la Edad), TE (Talla para la Edad) y TP (Peso para la Talla) cuando EXISTA RIESGO O DESNUTRICION en alguno de los indicadores y se registrará el diagnóstico según las tablas de clasificación.
- Si de las tres evaluaciones uno o dos indicadores resultaran "NORMAL", sólo se registrarán el o los indicadores cuyo diagnóstico SEA RIESGO O DESNUTRICION, sabiendo que solo se coloca "NORMAL" cuando los TRES INDICADORES SON NORMALES.

Registro donde hay profesional en nutrición:

En los Establecimientos donde hay la especialidad de nutrición, todos los casos de riesgo nutricional y desnutrición serán manejados por el profesional nutricionista y el profesional médico. El personal de enfermería en estos casos consignará los casos de riesgo nutricional y/o desnutrición como tipo de diagnóstico "R"

El diagnóstico de desnutrición se realiza en el control de CRED, y su manejo, se derivará al médico o nutricionista para su manejo.

Solo se registrara "D" una vez en sus controles hasta que el Niño o Niña se recupere será "R".

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

- En el 1º casillero Atención en nutrición **99209**
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso **Z724**
- En el 3º casillero Consejería Nutricional **99403**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R".
- En el 3º marque según las actividades.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de la consulta (atención) nutricional
- En el 2º casillero PE
- En el 3º casillero número de consejería 1, 2, 3,... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209	
	87692467								2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PE	Z724
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1	99403

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99209	
	87692467								2. Desnutrición Aguda	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E440
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1	99403



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	D	R	4	99209
	87692467								2. Desnutrición Aguda	P	D	R	TP	E440
									3.	P	D	R	PR	

La clasificación en base a la comparación de indicadores: PE, TP y TE es la siguiente:

Punto de Corte	Peso para Edad	CIE 10	Peso para Talla	CIE 10	Tallan para Edad	CIE10
Desviación Estándar	Clasificación		Clasificación		Clasificación	
>+3			Obesidad	E669		
>+2	Sobrepeso	E660	Sobrepeso	E660	Alto	E344
+2 a -2	Normal	Z006	Normal	Z006	Normal	Z006
<-2 a -3	Desnutrición	E440	Desnutrición Aguda	E440	Talla Baja	E45x
< -3			Desnutrición Severa	E43x		

Fuente: Adaptado de World Health Organización (2006)

RECUERDE: SOLO SE REGISTRAR UNA SOLA VEZ "NORMAL" CUANDO EN LOS TRES INDICADORES PE, TP, TE, SON NORMALES

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

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

En el ítem Lab anote la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada

- PE Peso para la Edad
- TP Peso para la Talla
- TE Talla para la Edad

Para el campo de Consejería Nutricional el número de Consejería según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	47521	2	80	Paras	10M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	10	Z001
	83546921								2. Sobrepeso	P	D	R	PE	E660
									3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Paras	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
	83546921								2. Normal	P	D	R		Z006
									3.					



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Ocoña	3M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z001
	83546921								2. Desnutrición Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E440
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	65656	2	80	Ocoña	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z001
	23497610								2. Desnutrición Severa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E43X
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

Nota: Si el niño presenta un riesgo nutricional: SOBREPESO, DESNUTRICION AGUDA, OBESIDAD, SOBREPESO, ETC, será citado a los 7 días o a los 15 días después de ser identificado el Riesgo Nutricional.

En el control solo se registrara el Riesgo Nutricional.

El Tipo de Diagnostico será "R"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Ocoña	3M	M	N	N	1. Desnutrición Aguda	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TP	E440
	83546921								2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403
									3.	P	D	R		

Para los CONTROLES:

Quando el control sea por riesgo, desnutrición, sobre peso u obesidad se realiza antes del control según su calendario solo se registra la condición como repetido y la consejería correspondiente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico **marque SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicador de la evaluación **PE**
- En el 3º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Paras	2A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	3	Z001
	83546921								2. Sobrepeso	P	D	R	PE	E660
									3. Consejería Nutricional	P	D	R	2	99403

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	65656	2	80	Ocoña	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	2	Z001
	23497610								2. Desnutrición Severa	P	D	R	TP	E43X
									3. Consejería Nutricional	P	D	R	2	99403

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

En el ítem: Tipo de diagnóstico **marque SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicador de la evaluación (PE, TP o TE) según corresponda
- En el 3º casillero **"PR"** que indica **RECUPERADO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Ocoña	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	4	Z001
	83546921								2. Desnutrición Aguda	P	D	R	TP	E440
									3.	P	D	R	PR	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
8	96470	2	80	Paras	2A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	3	Z001
	83546921								2. Sobrepeso	P	D	R	PE	E660
									3.	P	D	R	PR	



DÉFICIT DEL DESARROLLO

Definición Operacional: Su registro corresponde al resultado de la evaluación del desarrollo de los niños de 3 y 4 años que son evaluados usando la pauta breve con el que se obtienen solo dos resultados “normal” y “déficit” se considera déficit cuando el niño no aprueba o está en proceso uno o más hitos de acuerdo a la edad.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero **Déficit del Desarrollo R629**

En el ítem: Tipo de diagnóstico EN LOS CASOS marque SIEMPRE "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero en blanco

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
	89526224								2. Déficit del Desarrollo	P	D	R		R629
									3.	P	D	R		

Nota:

Si el niño presenta un Déficit del Desarrollo o Trastorno, será citado a los 7 días o a los 15 días después de ser identificado.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3 A	M	N	N	1. Déficit del Desarrollo	P	D	R		R629
	89526224								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Para los CONTROLES:

Quando el control por déficit, se realiza antes del control según su calendario solo se registra la condición como repetido y la consejería correspondiente.

Quando el Niño o Niña, acude a su control y un tiene un Déficit del Desarrollo.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo **R629**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE “D”.
- En el 2º casillero siempre MARQUE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero en blanco



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	2	Z001
	89526224						C	C	2 Déficit del Desarrollo	P	D	R		R629
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo **R629**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero "PR" que indica **RECUPERADO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	4	Z001
	89526224						C	C	2 Déficit del Desarrollo	P	D	R	PR	R629
							R	R	3.	P	D	R		

TRASTORNO DEL DESARROLLO (RETRASO DEL DESARROLLO)

Se evalúa solo en Niños (a) de 0 a 30 meses de edad en los que se usa el **Test Peruano del Desarrollo**.

Definición Operacional: Es la desviación significativa del "curso normal" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo **R620**

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
	89526224						E	E	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R		R620
							R	R	3.	P	D	R		

Nota: Si el niño presenta un Trastorno, será citado a los 7 días o a los 15 días después de ser identificado.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	7 M	M	N	N	1. Trastorno del Desarrollo	P	D	R		R620
	89526224						E	E	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Para los CONTROLES.-

Cuando el control por trastorno, se realiza antes del control según su calendario solo se registra la condición como repetido y la consejería correspondiente.

Quando el Niño o Niña, acude a su control y un tiene un Factor de Riesgo.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo **R620**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	7 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	7	Z001
	89526224						E	E	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R		R620
							R	R	3.	P	D	R		

Quando el Niño es RECUPERADO

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo **R620**



En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R" recuperado

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero "PR" que indica **RECUPERADO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	9	Z001
	89526224								2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	PR	R620
									3.	P	D	R		

SINO SE REGISTRAR "PR" NO SE PODRÁN CONTABILIZAR LOS NIÑOS Y NIÑAS RECUPERADOS

SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Definición Operacional: Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físico, cognitivo, emocionales y sociales.

Se registra de acuerdo al esquema siguiente:

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
0 a 28 días	15 días	1º Sesión
29 días a 11 meses	1º mes	1º Sesión
	2º mes	2º Sesión
	4º mes	3º Sesión
	6º mes	4º Sesión
	7º mes	5º Sesión
	9º meses a < de 1 año	6º Sesión
1 AÑO	1 año	1º Sesión
	1 año 3 meses	2º Sesión
	1 año 6 meses	3º Sesión
	1 año 9 meses a < 2 años	4º Sesión
2 Años	2 años	1º Sesión
	2 años 6 meses	2º Sesión
3 Años	3 años	1º Sesión

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

- Sesión de Estimulación Temprana 99411

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

En el ítem Lab anote el número de sesión 1, 2, 3... según corresponda



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	4M	M	N	N	1. Sesión de Estimulación Temprana	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99411
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			

LAS SESIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA SE REGISTRARÁN SEPARADAS DE LOS CONTROLES DE CRED.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Definición Operacional: Proceso gradual a través del cual el niño o niña ingiere alimentos diferentes a la leche materna a partir del sexto mes de edad. Su registro será a partir de los 7 meses, se califica si la alimentación es adecuada o inadecuada? Solo se registra si el Niño o (a) inicio la alimentación, el registro se realizara en cada control.

Se registra de la siguiente manera:

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

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- ALIMENTACION ADECUADA = AA
- ALIMENTACION INADECUADA = AI

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	35855-03	1	80	Comas	7M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z001
	2. Alimentación Complementaria								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AA	Z0017	
	3.								P	D	R			

En niño que inicie Alimentación Complementaria Precoz, registrar en el mes de inicio por única vez con campo Lab en blanco

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	84454	1	80	Callao	4M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
	2. Alimentación complementaria								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z0017	
	3.								P	D	R			



En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º y 3º casillero marque siempre “D”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de la consulta (atención) nutricional
- En el 2º casillero IMC
- En el 3º casillero N° de consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			R		
	569872	2	80	Jesús Maria	7A	M	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209		
	87692467								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E669
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

Nota: Si el niño presenta un Riesgo o Trastorno, será citado a los 7 días o a los 15 días después de ser identificado

Quando el Niño o Niña acude a su control respectivo ó es referido por enfermería para su atención por nutricionista

Quando el niño o niña, vienen a su control y en el control anterior se diagnostico **el Riesgo**, deben ser registrados como repetido.

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

- En el 1º casillero Atención en nutrición 99209
- En el 2º casillero Morbilidad encontrada (De acuerdo a la evaluación antropométrica)
- En el 3º casillero Consejería Nutricional 99403

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE “D”.
- En el 2º casillero MARQUE “R”.
- En el 3º marque según las actividades:”.

En el ítem Lab anote

- En el 1º casillero el número de sesión de la consulta (atención) nutricional
- En el 2º casillero IMC
- En el 3º casillero N° de consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			R		
	569872	2	80	Jesús Maria	7A	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99209		
	87692467								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. sobre peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E669
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99403

Quando el Niño es RECUPERADO

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

- En el 1º casillero Atención en Nutrición 99209
- En el 2º casillero Morbilidad encontrada (De acuerdo a la evaluación antropométrica)

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE “D”.
- En el 2º casillero MARQUE “R”.



En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de la consulta (atención) nutricional
- En el 2º casillero N° de sesión de consejería 1, 2, 3,... según corresponda
- En el 3º casillero IMC/PR

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
	96470	2	80	Jesús Maria	7A	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	D	R	3	99209
	83546921					E	E	2. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E669	
						F	R	R		P	D	R	PR	

**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES****IRA NO COMPLICADA****IRA CON COMPLICACIONES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
J069	No neumonía (usado por personal no médico)	A379	Tos ferina no especificada
J00X	Resfrío común, Rinofaringitis aguda	J180	Bronconeumonía no especificada
J029	Faringitis aguda no especificada	J189	Neumonía no especificada (para ser usado también por personal no médico)
J209	Bronquitis Aguda	J181	Neumonía lobar no especificada
J040	Laringitis Aguda	J129	Neumonía viral no especificada
J041	Traqueítis Aguda	J13X	Neumonía debida a Streptococcus Pneumoniae
J042	Laringotraqueítis aguda	J14X	Neumonía debida a Haemophilus Influenzae
J019	Sinusitis Aguda no especificada	J159	Neumonía bacteriana no especificada
J020	Faringitis estreptocócica, Faringoamigdalitis estreptocócica, Faringoamigdalitis purulenta aguda (FAPA).	J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos
J028	Faringitis aguda viral.	J219	Bronquiolitis no especificada (grado de severidad: leve, moderada y severa)
J030	Amigdalitis estreptocócica.	J050	Crup (grado de severidad: leve, moderado y severo)
H669	Otitis media aguda (OMA)	J051	Epiglotitis
H660	Otitis media supurativa aguda	J90X	Derrame Pleural no clasificado en otra parte
ASMA/SOB		J851	Absceso del Pulmón
J450	Asma predominantemente alérgica	J86	Empiema (Piotórax, absceso de pleura, tórax)
J459	Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: leve, moderada, severa)	J10	Influenza
J46	Estatus Asmático/Asma aguda severa	J11	Influenza de virus no identificado
J448	SOBA (grado de severidad: leve moderado y severo)	J939	Neumotórax no especificado (ligado a proceso neumónico)
J449	Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)	J188	Neumonía grave/Enfermedad muy grave (para ser usado por personal no médico)

ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Definición Operacional: Atención de la Infección Respiratoria Aguda (IRA): Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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

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



En las Atenciones realizadas por el Médico

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anotar claramente el tipo de diagnóstico según la CIE10

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	97245	2	80	Cusco	1A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J020
	84521475						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

En las Atenciones realizadas por el Profesionales no Médicos o Técnicos

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	2244	2	80	La Merced	1A	M	N	N	1. No Neumonía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J069
	35246895						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Desnutrición Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E440
							R	R	3.	P	D	R		

En los Controles de las Neumonías: Registre:

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **SIEMPRE "R"**

En el ítem Lab anote el número de control 1, 2... Según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	53230	2	80	Coracora	1A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	J189
	78645511						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Control se hace en el domicilio: Registre:

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

- En el 1º casillero Visita Familiar Integral 99344
- En el 2º casillero la Morbilidad

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	53230	2	80	Coracora	1A	M	N	N	1. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
	78645511						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Neumonía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	1	J189
							R	R	3.	P	D	R		



En la Bronquitis Aguda

Considere en:

En el ítem Código CIE: J209 en los menores de 8 años

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	3570	2	80	La Punta	5A	M	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	B	R		J209
	81240004					C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

En las Atenciones del Síndrome Obstrutivo Bronquial (SOB) y Asma: Tener en cuenta en:

Niños menores de 05 años: Consideren los códigos siguientes:

- J450 Asma predominantemente alérgica
- J459 Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: leve, moderada, severa)
- J46X Estatus Asmático/Asma aguda severa,
- J448 SOBA (**usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: leve, moderado ó severo**)
- J449 Asma no especificada y SOBA (**usado por personal no médico**).

En el ítem Lab anote el **Grado de Severidad** de la Crisis (para los casos atendidos por el profesional Médico)

- **LEV** = Leve
- **MOD** = Moderado
- **SEV** = Severo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	33351-03	2	80	Cañete	1A	M	N	N	1. SOBA	P	B	R	MOD	J448
	46284620					C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	22265	2	80	Cañete	3A	M	N	N	1. Crisis asmática	P	B	R	SEV	J459
	41452475					C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	20245	2	80	Cañete	2A	M	N	N	1. Asma	P	B	R	LEV	J450
	41435675					C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		



Personal No Médico

Nótese que la forma de registro es la misma, solo cambia la codificación, se debe utilizar el código J449

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	33351-03	2	80	Cañete	1 A	M	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J449
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			

Nebulización: Para ser usado por el personal responsable

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

- En el 1º Casillero la Nebulización
- En el 2º Casillero el diagnóstico que requiere la Nebulización

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "X"

- En el 1º Casillero en "D"
- En el 2º Casillero en "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número de nebulizaciones realizadas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	33351-03	2	80	San Juan de Miraflores	4M	M	N	N	1. Nebulización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	94664
	2. SOBA								P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J449	
	3.								P	D	R			

SI EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FUERA REALIZADO POR PERSONAS DIFERENTES, EL REGISTRO SE REALIZA DE FORMA SEPARADA, CADA PERSONAL DE SALUD REGISTRARÁ LA ACTIVIDAD QUE REALIZA.



ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
A051	Botulismo
A090	Diarrea Acuosa
A049	Diarrea Disenteria (Infección Intestinal bacteriana, no Especificada)
A099	Persistente
A009	Cólera no especificada
A010	Fiebre tifoidea
A011	Fiebre paratifoidea A
A012	Fiebre paratifoidea B
A013	Fiebre paratifoidea C
A014	Fiebre paratifoidea no especificada
A020	Salmonelosis
A030	Shigelosis debida a Shiguella dysenteriae
A039	Shigelosis de tipo no especificado

Código	Diagnóstico / Actividad
A04.0	Infección debida a E. coli enteropatógena
A04.1	Infección debida a E. coli enterotoxigénica
A04.2	Infección debida a E. coli enteroinvasiva
A04.3	Infección debida a E. coli enterohemorrágica
A04.4	Otras Infección debida a E. coli, no especificada
A045	Enteritis debida a Campylobacter.
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana.
A060	Disenteria amebiana aguda.
A062	Colitis amebiana no disenterica.
A079	Enfermedad intestinales debidas a protozoarios, No especificada
A080	Enteritis por rotavirus
A082	Enteritis por Adenovirus
A083	Otras enteritis virales
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación.
A069	Amebiasis, no especificada

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

Siempre se registrará la clasificación de la EDA seguido del grado de deshidratación, de acuerdo a la nueva codificación

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Se registra
Acuosa, Disenterica o Persistente	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + Deshidratación (E86X)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + Shock (R571)

En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda, registre:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero el tipo de deshidratación si tuviera

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **D**

EDA SIN COMPLICACIÓN: Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre el diagnóstico de la EDA

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8A	M	N	N	1 EDA Acuosa	P	D	R		A090
	46284620								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

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

- Deshidratación (E86 – Depleción de Volumen)
- Shock Hipovolémico (R571 – Choque Hipovolémico)

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Oficina General
de Estadística e Informática*Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Etapa de Vida Niño*

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
06	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8A	M	N	N	1. EDA Acuosa	P	D	R		A090
	2. Deshidratación								P	D	R		E86	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R		P	D	R		

SOSPECHOSOS DE CÓLERA:**El sospechoso de Cólera se registra con el diagnóstico de Cólera y tipo de diagnóstico "P" (presuntivo)**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	33351-03	1	80	Lince	4A	M	N	N	1. Cólera	P	D	R		A009
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R		P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
	33351-03	1	80	Lince	4A	M	N	N	1. Cólera	P	D	R		A009
	2. Shock Hipovolémico								P	D	R		R571	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R		P	D	R		

EDA DISENTÉRICA

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	33351-03	1	80	Lince	5A	M	N	N	1. Disentería	P	D	R		A049
	2. Deshidratación								P	D	R		E86	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R		P	D	R		

EDA PERSISTENTE

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5A	M	N	N	1. Diarrea Persistente	P	D	R		A099
	2. Deshidratación								P	D	R		E86	
	3.								P	D	R			
	46284620					F	R	R		P	D	R		

**Cuando el control se hace en el domicilio:**

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

- En el 1º casillero Visita Domiciliaria
- En el 2º casillero el diagnóstico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem Lab, anote:

- En el 3º casillero el número de la visita 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES T A B L E	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	33351-03	1	80	Lince	5 A	M	N	N	1. Visita familiar integral	P	D	R		99344
	46284620								2. Diarreica Persistente	P	D	R		A099
									3.	P	D	R		

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES**Visita Familiar Integral.- (Seguimiento)**

Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de auto diagnóstico y evaluación de las familias. En esta actividad se elabora el Plan Familiar.

Plan Familiar.- Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

Cuando se realiza la visita por primera vez:

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

- En el 1º casillero Visita Domiciliaria
- En el 2º casillero el motivo de visita

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”
- En el 2º Casillero en “R”

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 1



DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										P	D	R		
23	98211	1	99	Arequipa	4M	M	N	N	1. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	98980421								2. Neumonía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J189	
									3.	P	D	R			

Cuando se hace Seguimiento

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

- En el 1º casillero Visita Familiar Integral
- En el 2º casillero el motivo de visita

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D"
- En el 2º Casillero en "R" Motivo de la visita.

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										P	D	R		
23	98211	1	99	Arequipa	4M	M	N	N	1. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344	
	98980421								2. Neumonía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J189	

Cuando se termina con el Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita según corresponda
- En el 2º casillero Motivo de la Visita
- En el 3º casillero "TA" cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan Familiar.

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										P	D	R		
23	98211	1	99	Arequipa	4M	M	N	N	1. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	99344	
	98980421								2. No Neumonía	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J069	
									3. Plan familiar de mediano riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U723	

Reuniones de Sensibilización

Mediante esta actividad se convoca a los actores sociales de la comunidad con el propósito de brindar información y lograr compromisos para iniciar acciones de salud a favor de la población.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote los códigos que identificar al grupo a quien se dirige:

- Familia y Vivienda APP136
- Comunidad (Líderes / Autoridades) APP108
- Colegios (Profesores / Alumnos) APP93



- Municipios (Autoridades Municipales) APP104
- Establecimiento de Salud (Trabajadores de Salud) APP100
- Agentes Comunitarios APP138

Como se indica en el capítulo de generalidades, para las APP no se registran los ítems 9 DNI, 10 Financiador y 11 Etnia.

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

- En el 1º casillero Reunión de Sensibilización
- En el 2º casillero Actividades Etapa de Vida Niño

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes en las reuniones.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	APP136			Jaén		M	N	N	1. Reuniones de Sensibilización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U753
									2. Actividades Etapa de Vida Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0040
									3.	P	D	R		

Sesión Demostrativa

Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades Etapa de Vida Niño

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	APP140			San Antonio de Putina		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0010
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Taller de Capacitación para Personal de Salud

Es la actividad que vincula la teoría con la práctica, donde los participantes contribuyen al análisis de un tema específico. Es el dirigido al personal de salud.

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

- En el 1º casillero Taller en Salud En el
- En el 2º casillero Actividades Etapa de Vida Niño

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	APP140			San Antonio de Putina					1. Taller en Salud	P	D	R	17	C0008
											D	R		
											D	R		

Actividad que es registrada por el responsable de realizar el taller y se hace cuando finaliza la actividad.
 Las ponentes que participan con temas específicos al interior del taller, registrarán su actividad como sesión educativa.

Las APP deben registrarse tratando de identificar todas las dimensiones de la actividad, es decir, indicando lugar, grupo al que va dirigido, estrategia o etapa de vida y la actividad propiamente dicha, para esto evaluaremos el listado de posibilidades a fin de recoger todas las variantes de la actividad, siempre priorizando el grupo poblacional, estrategia sanitaria o etapa de vida que la realiza (en el capítulo de Generalidades se detalla el listado APP).