



# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

Sistema de Información HIS

**ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE**

**2015**

## ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
M400	Cifosis Postural	Z720	Problemas Relacionados con el Uso del Tabaco
M402	Otras Cifosis y las no especificadas	Z721	Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol
M403	Síndrome de Espalda Plana	Z722	Problemas Relacionados con el Uso de Drogas
M405	Lordosis no especificada	Z7251	Riesgo de Embarazo por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
M411	Escoliosis Idiopática Juvenil	Z7252	Riesgo de ITS por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
E660	Sobrepeso	Z7253	Riesgo de SIDA por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
E669	Obesidad	Z7254	Riesgo de SIDA por la Conducta NO Sexual de Alto Riesgo
Z006	Normal (Estado Nutricional)	Z726	Problemas Relacionados con el Juego y las Apuestas
E43X	Delgadez Severa	Z728	Otros Problemas Relacionados con el Estilo de Vida
E440	Delgadez	Z7281	Riesgo de Lesiones y Accidentes
E344	Talla Alta	Y072	Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (bullying)
E45X	Talla Baja	90657	Vacuna de influenza, para uso IM
U8170	Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	90744	Vacuna para hepatitis B
Z010	Examen de Ojos y de la Visión	C8002	Plan de Atención Integral
Z011	Examen de Oídos y de la Audición	U140	Entrevista de tamizaje
99173	Determinación de la Agudeza Visual	99644	Consejería Integral
Z003	Examen de Estado de Desarrollo del Adolescente	99403	Consejería Nutricional
Z559	Problemas no Especificado Relacionado con la Educación y la Alfabetización	99344	Visita Domiciliaria
Z619	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia	C0010	Sesión Demostrativa
Z639	Otros Problemas Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo, Inclusive Circunstancias Familiares (Relaciones Familiares)	C0009	Sesión Educativa
Z651	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psciosociales VIH/SIDA (Sociales, Familiares, Laborales y Académicos)	U123	Taller para Padres
Z659	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psciosociales (Problemas en el Desarrollo Psicosocial)	U127	Taller para Adolescentes
Z701	Consulta Relacionada con la Orientación del Paciente (Paciente Preocupado por Falta de Reacción Impotencia Orientación Sexual Promiscuidad)	U1243	Capacitación al Docente
Z702	Consulta Relacionada con la Orientación con la Conducta Sexual de una Tercera Persona (Consulta solicitada para la Orientación y Conducta Sexual de Esposos(a), Menor, Pareja)	U1242	Capacitación al Personal de Salud
Z703	Consulta Relacionada con Preocupaciones Combinadas Sobre la Actitud, la Conducta y la Orientación Sexuales	U1253	Formación de Educadores de Pares
		U134	Consejería a Padres, Tutores o Adultos Referentes
		U111	Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)
		U100	Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales
		U0034	Actividad de salud adolescente

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

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 presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

- P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

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

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

### Servicios Diferenciados y de Calidad

Implica la creación y/o adecuación local de los servicios de salud a las necesidades específicas de las y los adolescentes, en horarios convenientes, bajo los principios de calidad, calidez, privacidad y confidencialidad, donde sean atendidos por personal capacitado para ofrecer una atención holística, que aborde la salud física, psicosocial, sexual, y reproductiva del adolescente, y que tome en cuenta el contexto familiar y comunitario.

- 1. Servicios en Ambientes Exclusivos:** Cuando se cuenta con ambientes usados solamente para la atención al adolescente. Éstos pueden contar con una gama de servicios, como: atención clínica, talleres formativos, actividades socioculturales y consejería en el marco de principios de confidencialidad y privacidad, ofrecidos de acuerdo a las necesidades de las y los adolescentes. Generalmente, tienen puerta de entrada directa o puerta a la calle, haciéndolos más accesibles a las y los adolescentes que los visitan.
- 2. Servicios en Horarios Diferenciados:** Cuando no se cuenta con espacios exclusivos y éstos son multifuncionales, se establecen horarios de funcionamiento diferenciado para la atención del adolescente, considerando que éstos no interfieran con las actividades académicas y/o laborales de los potenciales usuarios.

Es imprescindible que los horarios de atención se encuentren publicados en lugares estratégicos.

El no contar con espacio exclusivo no es impedimento para la provisión de una atención integral de salud cuando las otras condiciones (personal capacitado, materiales, etc.) están dadas.

- 3. Centros de Desarrollo Juvenil:** Funcionan como espacios de socialización positiva que implementan actividades y ofrecen servicios para promover conductas y estilos de vida saludables, prevenir situaciones de riesgo y atender de manera integral las necesidades y expectativas de la población adolescente. cuatro áreas básicas de trabajo: consejería, talleres formativos, animación sociocultural, atención clínica (Atención Integral; El CDJ puede encontrarse dentro o fuera del establecimiento de salud.

Son servicios diferenciados los servicios que se ofrecen en ambientes exclusivos así como aquellos servicios que se ofrecen en espacios multifuncionales en horarios diferenciados.

- Para el registro de los servicios diferenciados utilice el código de UPS 302304
- Para el registro de MAMIS utilice la | UPS 303805

## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

La atención integral de salud comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad.

Durante la atención integral se debe proveer información veraz y oportuna en un lenguaje comprensible para la/el joven, para su familia, para el responsable o acompañante, según corresponda, de modo que les facilite la toma de decisiones adecuadas.

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

- En el 1º casillero la morbilidad o atención de salud que se este brindando.
- En el 2º casillero el plan de atención integral de salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P", "D" o "R" si se trata de morbilidad
- En el 2º casillero "D" si se trata de actividades.

### ELABORACIÓN DE PLAN ATENCIÓN INTEGRAL

En el ítem: Lab Anote en el registro del plan atención integral de salud "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														
13	97565		1	80	San Martín de Porres	14 A	M	X	X	1. Acné Vulgar	P	X	R		L700
								C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R	1	C8002
	89526224									R	R	3.	P	D	R

**En la atención cualquier integrante del equipo multidisciplinario puede iniciar el Plan de Atención del Adolescente**

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL EJECUTADO Y PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL COMPLETO

Es el Adolescente o Joven 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 en el plan

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														
28	97565		1	80	San Martín de Porres	14 A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R	TA	C8002
								X	X	2.	P	D	R		
	89526224									R	R	3.	P	D	R

### PLAN EJECUTADO Y PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL INCOMPLETO

Es el Adolescente o Joven que ha ejecutado su plan de atención integral y no ha recibido todas las actividades del Paquete de Atención Integral.

En el ítem: Lab deje 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														
28	97565		1	80	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R		C8002
								X	X	2.	P	D	R		
	89526224									R	R	3.	P	D	R

## ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

**Definición Operacional:** Es la actividad que implica que el adolescente reciba una serie de servicios:

evaluación nutricional, evaluación del desarrollo psicosocial, evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva, evaluación del desarrollo sexual según Tanner, Evaluación Físico-Postural, Identificación de Factores Protectores y de Riesgo Psicosocial.

Control que se hace una vez al año y debe tener como mínimo tres sesiones, las que deben de hacerse de la siguiente manera:

- En la 1ª sesión: la Evaluación Nutricional, Evaluación de la Agudeza Visual y Agudeza Auditiva y la Evaluación Físico Postural.
- En la 2ª sesión: Evaluación del desarrollo psicosocial e identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial,
- En la 3ª sesión: Evaluación del desarrollo Sexual según Tanner

**Dentro de la 1ª sesión se deberá considerar la Evaluación de la Agudeza Auditiva y la Evaluación Postural, establecidas en el paquete de atención integral, aún cuando estas actividades no estén codificadas.**

### En la 1ª Sesión

**Cuando lo realiza algún integrante del equipo multidisciplinario capacitado.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente las actividades del paquete de atención realizadas:

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En el 2º casillero Resultado de la Evaluación Nutricional
- En el 3º casillero Determinación de la Agudeza Visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque para todas las actividades "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control 1, 2, 3 según corresponda.
- En el 4º casillero el número de consejería
- En el 5º casillero el resultado de la evaluación de la agudeza visual del **OJO DERECHO** según corresponda
- En el 6º casillero el resultado de la evaluación de la agudeza visual del **OJO IZQUIERDO** según corresponda:
  - Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
  - Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
  - Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
  - Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
  - Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
  - Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
  - Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
  - Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
  - Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
  - Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

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	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	D	R	1	Z003		
	89526224								2. Normal	P	D	R		Z006		
									F	R	R	3. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R	
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401		
									C	C	2. Determinación de la Agudeza Visual	P	D	R	20	99173
									F	R	R	3.	P	D	R	25

**Todo adolescente que en la valoración de la agudeza visual no se encontrara en el rango de lo normal 20/20 – 20/25, deberá derivarse a un profesional oftalmólogo.**

**Quando lo realiza un profesional médico**

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	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Escoliosis no especificada	P	D	R		M419
	89526224								2. Disminución de la agudeza auditiva sin especificación	P	D	R		H919
									3. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R		Z010
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
									2. Determinación de la Agudeza Visual	P	D	R	20	99173
									3.	P	D	R	40	

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	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Escoliosis no especificada	P	D	R		M419
	89526224								2. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R		Z010
									3. Normal	P	D	R	SO	Z006
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
									2. Determinación de la Agudeza Visual	P	D	R	20	99173
									3.	P	D	R	25	

**En la 2ª Sesión**

El paquete de atención para esta actividad, es el siguiente:

- **Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales.**

**Definición Operacional.-** Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en relacionadas en comunicación, autoestima, control de la ira y toma de decisiones, con una duración de 45 minutos por cada sesión y es monitorizado por un especialista en salud mental. Esta actividad es desarrollada en el establecimiento de salud y/o la comunidad. Esta actividad será registrada de manera individual.

Este paquete consiste en la ejecución de:

- ⇒ 03 Sesiones del módulo Comunicación.
- ⇒ 03 Sesiones del módulo de Control de la Ira.
- ⇒ 02 Sesiones del módulo de Autoestima.
- ⇒ 02 Sesiones de Toma de Decisiones.

Estas se desarrollan de acuerdo a la siguiente temática:

1. Conociendo y defendiendo mis derechos
2. Conociendo y practicando mis deberes
3. Identificando estilos de comunicación
4. Practicando mi comunicación asertiva
5. Identificando y expresando mis emociones
6. Aprendiendo a valorarme
7. Reconociendo las consecuencias de una conducta agresiva
8. Mensajes internos para calmar la ira
9. Identificando situaciones que me producen estrés
10. Enfrentando la presión de grupo

- **Sesión de Entrenamiento/Desarrollo en Habilidades Sociales**, para grupos de 08 a 17 participantes en los temas:
  1. Utilizando mensajes claros y precisos
  2. Estilos de comunicación
  3. Expresión y aceptación positiva
  4. Identificando pensamientos que anteceden a la ira
  5. Autoinstrucciones
  6. Pensamientos saludables
  7. Conociéndonos
  8. Orgulloso de mis logros
  9. La mejor decisión
  10. Proyecto de vida

Con una duración de 45 minutos por sesión, desarrollado por un personal de salud capacitado, monitorizado por un especialista en salud mental. Es realizado en el establecimiento de salud y/o la comunidad. Esta actividad será registrada de manera individual.

### APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

Para esta actividad se ha establecido que el registro se realice de forma **INDIVIDUAL** debiendo consignar todos los datos generales del paciente (Historia Clínica, Documento de Identidad, Edad, Sexo, etc.)

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

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En el 2º casillero Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales

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

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		
14	15460	1	80	Cusco	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	D	R	2	Z003
	10754268								2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	P	D	R		U100
									3.	P	D	R		

### Si fuera positivo

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

- En el 2º casillero Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas

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		
14	15460	1	80	Cusco	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	D	R	2	Z003
	10754268								2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	P	D	R		U100
									3. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	D	R		Z734

### Si fuera positivo y Referido

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

- En el 2º casillero Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas

En registro de Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas debe ser registrada con tipo de diagnóstico "D" definitivo solo la 1º vez que se identifica, en los siguientes controles por el mismo motivo debe ser registrado con "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		
14	15460	1	80	Cusco	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	D	R	2	Z003
	10754268					E	E	2. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	P	D	R		U100	
						R	R	3. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	D	R	RF	Z734	

### SESIONES DE ENTRENAMIENTO/DESARROLLO EN HABILIDADES SOCIALES

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas
- En el 2º casillero Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En todos los casilleros registrar con "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales

DÍA	H.C./F.F.	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		
1	65247	2	07	Yungay	15 A	M	N	N	1. Problemas relacionados con habilidades Sociales inadecuadas	P	D	R		Z734
	65042118					E	E	2. Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales	P	D	R	2	U1252	
						R	R	3.	P	D	R			

### TAMIZAJE DE SALUD MENTAL

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote: "Tamizaje de Salud Mental"

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

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

- **EP** = Por Psicosis
- **OM** = Otros Motivos
- **AD** = Alcohol y Drogas
- **VIF** = Violencia Intrafamiliar
- **TD** = Trastornos Depresivos

### Cuando el Tamizaje es NEGATIVO

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	9545	1	80	Camaná	17 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	D	R	VIF	U140
	10070662					E	E	2. Consejería en Salud Mental	P	D	R	1	99404	
						R	R	3.	P	D	R			



**Cuando el Tamizaje es POSITIVO, utilice los siguientes códigos:**

Tamizaje	Código	Descripción
Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (VIF)	R456	Problemas relacionados con violencia
Alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco
	Z721	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	Z722	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas
Depresión	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
Psicosis	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

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	543145	1	80	Camaná	17 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AD	U140
	2. Problemas relacionados con el uso de drogas								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z722	
	3. Consejería en Salud Mental								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99404	

### En la 3ª Sesión

En la 3ª sesión: Se realiza la evaluación del desarrollo sexual según Tanner, en el registro solo se indica la Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente las actividades del paquete de atención realizadas:

- En el 1º casillero Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesiones "3"

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	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z003
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			

**Si el motivo de consulta del adolescente no correspondiera al orden de las sesiones, se atiende prioritariamente el motivo por el cual el adolescente acude al establecimiento de salud ofertando la continuación de las actividades del paquete pendientes en una siguiente sesión.**

## EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Actividad que se realiza dentro del control para clasificar el estado nutricional del adolescente:

Se tendrá en cuenta la siguiente clasificación:

IMC PARA LA EDAD		
CIE10	Punto de Corte (DE)	Clasificación
E669	> 2	Obesidad
E660	> 1 a 2	Sobrepeso
Z006	1 a -2	Normal
E440	< -2 a -3	Delgadez
E43X	< -3	Delgadez Severa

TALLA PARA LA EDAD		
CIE10	Punto de Corte	Clasificación
E344	> +2	Talla Alta
Z006	+2 a -2	Normal
E45X	< -2 a -3	Talla Baja
E45X	< -3	Talla Baja Severa*

\* Se establece la diferenciación a través del campo Lab

Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007.  
 World Health Organization 2007, Growth reference data for 5-19 years.  
 DE = Desviación Estándar

**Se utilizará el indicador Talla / Edad (TE) solo hasta los 19 años, posterior a esta edad solo se utiliza el indicador Índice de Masa Corporal (IMC)**

### En el registro:

En el ítem diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional tanto para IMC como para Talla para la Edad.

**En el registro debe incluir la consejería nutricional siempre que el adolescente presente algún problema nutricional, la consejería nutricional en un adolescente con estado nutricional normal siempre está presente siendo parte de la atención.**

En el ítem tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" para el diagnóstico la primera vez que se detectan, en los controles debe registrar "R" para evitar duplicar el diagnóstico.

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

- En el 1º y/o 2º casillero el resultado de la Evaluación Antropométrica según la clasificación IMC / TE.
- En el casillero posterior Consejería Nutricional.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **IMC** = Peso para la Edad.
- En el 2º casillero **TE** = Talla para la Edad (solo hasta los 19 años).
- En el 3º casillero el número de sesión 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		
23	94235	2	80	Casma	15 A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E660
	2. Consejería Nutricional								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403	
	25244123								F	R	R	3. Talla Baja Severa	P	<input checked="" type="checkbox"/>
						M	N	N	1.	P	D	R	SEV	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**RECUERDE:**

- De la evaluación de los indicadores “IMC” y “TE” se puede presentar que solo uno de indicadores se encuentre afectado, en este caso solo este se registra.
- Para el caso de Talla Baja y Talla Baja Severa se debe utilizar el código “E45X”; en el caso de Talla Baja solo se utiliza un campo Lab para la sigla “PE”, para el caso de Talla Baja Severa se debe utilizar dos campos Lab, el primero para el identificador “PE” y el segundo para la sigla “SEV”. En estos casos es necesario correr el registro hasta la última posición dado que es necesario utilizar dos campos Lab.
- Solo se registra “NORMAL” con Lab en blanco cuando los dos indicadores “IMC” y “TE” son Normales, SI SOLO uno de ellos es Normal solo se registra el diagnóstico de la clasificación para el indicador que tiene problemas.
- Si el paciente recuperado en el siguiente control mantiene su condición de “Normal” (Z006) en los siguientes controles si se mantiene en el rango del IMC seguirá registrándose “Normal” (Z006) con tipo de diagnóstico REPETIDO (R).

**Para los CONTROLES**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote el o los diagnósticos de la evaluación nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE “D”

En el ítem: Lab anote:

- En los primeros casilleros el / los indicador (es) de la evaluación IMC / TE
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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
23	84521	2	80	Casma	16 A	M	N	N	1. Obesidad	P	D	R	IMC	E669
									P	D	R	5	99403	
	84521007									P	D	R		

**Durante los controles y mientras el adolescente no se RECUPERE los resultados de la evaluación antropométrica siempre deberán registrarse con tipo de diagnóstico “R” tanto cuando exista morbilidad como cuando sea normal.**

**Cuando es RECUPERADO(A)**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote el o los diagnósticos de la evaluación nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- **SIEMPRE "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE “D”

En el ítem: Lab anote:

- En los primeros casilleros el / los indicador (es) de la evaluación IMC / TE
- En el casillero posterior el número de sesión de la Consejería Nutricional.
- En el siguiente casillero “PR” que indica **PACIENTE RECUPERADO**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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
23	84521	2	80	Casma	16 A	M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	8	E669
									P	D	R	IMC	99403	
	84521007									P	D	R	PR	

**SINO SE REGISTRAR “PR” NO SE PODRÁN CONTABILIZAR COMO PACIENTE RECUPERADO**

### CONSEJERÍA NUTRICIONAL (99403)

**Definición Operacional:** Actividad por la que se proporciona información específica y necesaria, ajustada a la realidad local, para que la madre tome sus propias decisiones de manera informada sobre su alimentación y la de los niños. Tiene que cumplir los 5 pasos de la consejería.

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

- En el 1º casillero la morbilidad, riesgo que motivan la consejería
- En el 2º casillero la consejería nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el ítem tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" para el diagnóstico la primera vez que se detectan, en los controles debe registrar "R" para evitar duplicar el diagnóstico
- En el casillero de la consejería nutricional SIEMPRE "D"

En el ítem Lab: anote el número de sesiones 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		
23	85426	2	80	Santa Rosa	15 A	M	N	N	1. Delgadez Severa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E43X
	10150776								2. Talla Baja	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TE	E45X
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

Quando en el establecimiento se cuenta con especialista en nutrición, registre:

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	85426	2	80	Santa Rosa	15 A	M	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209
	10150776								2. Delgadez Severa	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	IMC	E43X
									3. Talla Baja	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TE	E45X
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

### DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ENFERMEDADES METABÓLICAS EN LA PERSONA ADOLESCENTE SEGÚN PERÍMETRO ABDOMINAL PARA LA EDAD (PAB)

El indicador Perímetro abdominal para la edad es el indicador resultante de comparar el perímetro abdominal de la mujer o varón adolescente con el perímetro abdominal de referencia correspondiente a su edad. En adolescentes, un perímetro abdominal sobre el percentil 75 puede determinar un riesgo alto, y uno sobre el percentil 90 un riesgo muy alto de tener enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas (hiperinsulinemia, diabetes tipo 2, entre otras).

**Clasificación de Riesgo de Enfermar según sexo y Perímetro Abdominal**

Edad (Años)	Adolescente Varones			Adolescente Mujeres		
	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy Alto (≥ P90)	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy Alto (≥ P90)
12	74.2	74.2	74.2	74.2	74.2	74.2
13	76.7	76.7	76.7	76.7	76.7	76.7
14	79.3	79.3	79.3	79.3	79.3	79.3
15	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8
16	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4
17	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9

Fuente: Adaptado de Fernández J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. J Pediatric 2004.

**En la Evaluación**

**La evaluación del perímetro abdominal se registrará junto con los resultados de la evaluación para la clasificación por IMC y TE, además de las otras actividades realizadas en la atención.**

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

- En el 1º casillero el diagnóstico resultado de la clasificación del estado nutricional por IMC.
- En el 2º casillero el diagnóstico resultado de la clasificación del estado nutricional por TE.
- En el 3º casillero Control y Evaluación Nutricional (como equivalencia para indicar la evaluación del PAB)
- En el 4º casillero la consejería nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" la primera vez y en los controles "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla "IMC" de índice de masa corporal
- En el 2º casillero la sigla "TE" de talla / edad
- En el 3º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación:
  - **RSM** = Riesgo Bajo
  - **RSA** = Riesgo Alto
  - **RMA** = Riesgo Muy Alto
- En el 4º casillero el número de la consejería

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	17 A	M	N	N	1. Delgadez	P	D	R	IMC	E440
	2. Talla Baja								P	D	R	TE	E45X	
	3. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)								P	D	R	RSA	U8170	
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Los niveles de riesgo de comorbilidad se incrementan en los adolescentes cuando existe asociación entre los valores aumentados (anormales) de IMC y PAB. Existen además del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.**

**INMUNIZACIONES**
**Vacuna dT Adulto en Mujeres: NO GESTANTES**

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

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

En el ítem: Lab el número de dosis 1, 2 ó 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		
5	35441	2	80	Chipao	13 A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Vacuna dT Adulto en Mujeres: GESTANTES**

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda
- En el 2º casillero "G" para indicar si es Gestante o "P" para indicar si es Puérpera.

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		
5	35441	2	80	Copani	17 A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	36255415								2.	P	D	R	G	
									3.	P	D	R		

**Vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo**

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

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

En el ítem: Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 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		
5	35441	2	80	Cochas	17 A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo**

La NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03 también establece que:

"La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas:

**a) Embarazadas o puérperas**
**A.1.- Embarazadas:** Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.

**A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida,** que no fueron vacunadas en el periodo de gestación"

**b) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)**

Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 día...".

Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales:

- Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC.
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal."

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza
- En el 2º casillero la comorbilidad asociada

En el ítem Tipo de Diagnóstico registre:

- En el 1º casillero SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero 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		
5	9652	2	13	Curahuasi	16 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<del>B</del>	R		90657
	65241775								2. Asma no Especificada	P	D	<del>R</del>		J459
									3.	P	D	R		

### Vacuna Hepatitis B (HVB) en Población de 12 a 17 años

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

- En el 1º casillero Vacuna Hepatitis B (HVB)

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

En el ítem: Lab el número de dosis 1, 2 ó 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		
5	35441	2	80	Ocros	17 A	M	N	N	1. Vacuna Hepatitis B (HVB)	P	<del>B</del>	R	1	90744
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### En los grupos de riesgo:

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.
- En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:
  - **TS** = Trabajador Sexual
  - **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
  - **M** = Fuerzas Armadas
  - **BOM** = Bomberos
  - **DCI** = Defensa Civil
  - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

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		
5	35441	2	80	Callao	17 A	M	N	N	1. Vacuna Hepatitis B (HVB)	P	<del>B</del>	R	2	90744
	36255415								2.	P	D	R	HSH	
									3.	P	D	R		

### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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

- En el 1º casillero el examen estomatológico
- En los siguientes casilleros las actividades y procedimientos que se realicen en la atención

En Tipo de diagnóstico marque "D" para los procedimientos

En el campo Lab anote:

- En el 1º casillero 1 ó 2 según corresponda (el examen estomatológico tiene una frecuencia de 02 veces al año)
- En el 3º, 4º y 5º casillero en número de sesión de los procedimientos 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		
3	65975	1	80	Catacaos	8 A	M	N	X	1. Examen estomatológico	P	X	R	1	D0120
	95268224						X	C	2. Instrucción de higiene oral	P	X	R	1	D1330
							R	R	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	X	R	1	E1310
						M	N	N	1. Profilaxis Dental	P	X	R	1	D1110
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**En el 2do Examen Odontológico**

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	65975	1	80	Catacaos	8 A	M	N	N	1. Examen estomatológico	P	X	R	2	D0120
	95268224						X	C	2. Instrucción de higiene oral	P	X	R	2	D1330
							R	R	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	X	R	2	E1310
						M	N	N	1. Profilaxis Dental	P	X	R	2	D1110
							C	C	2. Alta Básica Estomatológica (ABO)	P	X	R		U510
							R	R	3.	P	D	R		

**EN LA ATENCIÓN REALIZADA A UNA GESTANTE:**

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	32541	1	80	Ventanilla	28 A	M	X	X	1.Examen Estomatológico	P	X	R	1	D0120
	12458421						C	C	2. Instrucción de higiene oral	P	X	R	1	D1330
							R	R	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	X	R	1	E1310
						M	N	N	1.	P	D	R	G	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Las siglas "G" y "P" pueden ser registradas en cualquier campo Lab libre, siempre que los primeros estén ocupados

**MORBILIDAD EN EL ADOLESCENTE**

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante la etapa de vida Adolescente y Joven, así como enfermedades transmisibles y no transmisibles.

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

**P** Marcar con un aspa (X) únicamente cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o este requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.





- D** Se marca con un aspa (X) únicamente la primera vez que se establece el diagnóstico definitivo por clínica y/o por exámenes auxiliares.
- R** Se marca "R" 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 se estableció el diagnóstico definitivo.

En el ítem: Lab anote la letra "G" si es gestante y "P" si es puérpera

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												
6	65243	1	80	Callao	13 A	M	N	N	1. Intoxicación Alimentaria Bacteriana, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A059
	65047315								2. Deshidratación (Depleción del Volumen)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	E86X
						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												
6	24212	1	80	Puno	14 A	M	N	N	1. Lordosis, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M405
	35240127								2. Acné, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	L709
						F	R	R	3.	P	D	R	

**Registro de Acoso Escolar (bullying)**

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												
6	65243	1	80	Carhuaz	16 A	M	N	N	1. Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (bullying)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y072
	47031655								2.	P	D	R	
						F	R	R	3.	P	D	R	

**Si el acoso estuviera acompañado de una agresión física, ésta debe ser descrita detalladamente (morbilidad y causa)**

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												
6	65243	1	80	Carhuaz	16 A	M	N	N	1. Herida del Cuero Cabelludo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	S010
	47031655								2. Traumatismo Superficial de la Nariz	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	S003
						F	R	R	3. Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (bullying)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Y072

**Intento de Suicidio**

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												
6	65243	1	80	Carhuaz	16 A	M	N	N	1. Envenenamiento Autoinfligido Intencionalmente por y Exposición a Plaguicidas en vivienda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	X680
	47031655								2. Episodio Depresivo, no Especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	F329
						F	R	R	3.	P	D	R	

**Para registrar los intentos de suicidio debe utilizar, en la CIE10, Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60 – X84) utilizando el 4º carácter para establecer lugar de ocurrencia.**

## CONSEJERÍA INTEGRAL

**Definición Operacional.**- La consejería es un proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el consultante, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales y físicos, generando un espacio educativo, de orientación y apoyo que busca promover cambios de conducta y el desarrollo de potencialidades para la toma de decisiones. Así mismo busca proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del adolescente que consulta y se centra en el tratamiento de un tema específico con enfoque integral. Puede ser individual o grupal.

La consejería integral realizada a los y las adolescentes debe cumplir con todos los tópicos descritos en la definición operacional descritos en la NTS de Adolescentes<sup>/1</sup>.

La consejería del adolescente se puede desarrollar en 1, 2 ó más sesiones y como el objetivo es evaluar que la consejería cumpla con el objetivo determinado, el registro de la misma tomará la siguiente condición:

Se mantendrá la forma de registro, secuenciando las sesiones de consejería en el campo Lab 1, 2,... pero cuando se haya cumplido con la condición descrita en la definición operacional<sup>/1</sup> (que se hayan desarrollado todos los tópicos descritos para la consejería) se colocará "TA" de término de actividad en el siguiente campo Lab.

### Ejemplo:

#### En las sesiones previas

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												
28	97565	1	80	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Escoliosis no especificada	P	<del>D</del>	R	M419
	89526224								2. Disminución de la agudeza auditiva sin especificación	P	<del>D</del>	R	H919
									3. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	1

#### En la sesión que se ha cumplido con todos los tópicos de la consejería<sup>/1</sup>, registrar "TA" en el siguiente campo Lab

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													
28	97565	1	80	Ocoña	15 A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<del>D</del>	R	3	Z003
	89526224								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	2	99401
									3.	P	D	R	TA	

Este registro permitirá que podamos establecer en que número de consejería se cumplió con brindar todos los tópicos determinados en la consejería a adolescentes.

La consejería en adolescentes incluye:<sup>/1</sup>

- **Salud sexual y reproductiva:** sexualidad, anticoncepción, diversidad sexual e identidad de género
- **Salud psicosocial:** autoestima, asertividad, proyecto de vida, identidad, toma de decisiones, relaciones interpersonales, manejo de conflictos, control de emociones, liderazgo, roles de género, manejo del estrés, manejo de emociones y control de la ira, empoderamiento, etc.
- **Salud física:** deporte, actividad física, alimentación y nutrición saludable
- **Autocuidado:** protección de la piel, seguridad vial: uso de cinturón, uso de protectores para deportes de riesgo, higiene diaria corporal e íntima.

/1 NTS N°034 - MINSA IDGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente

## ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

**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
<b>Acuosa, Disentérica o Persistente</b>	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA (según clasificación CIE10)
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + E86X Deshidratación (Depleción de volumen)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + R571 Shock (Shock Hipovolémico)

**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	15 A	M	N	N	1. Infección Intestinal Viral, sin otra Especificación	P	<del>D</del>	R		A084		
	46284620								<del>E</del>	<del>E</del>	2.	P	D	R		
									R	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 (E86X – Depleción de Volumen)
- Shock Hipovolémico (R571 – Choque Hipovolémico)

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				
06	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	15 A	M	N	N	1. Shigellosis sin especificación	P	<del>D</del>	R		A039		
	46284620								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Deshidratación	P	<del>D</del>	R		E86X
									R	R	3.	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	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				
	33351-03	1	80	Lince	14 A	M	N	N	1. Cólera	<del>P</del>	D	R		A009		
	46284620								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Shock Hipovolémico	P	<del>D</del>	R		R571
									R	R		P	D	R		



### EDA DISENTÉRICA

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	33351-03	1	80	Lince	15 A	M	N	N	1. Disentería Amebiana Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A060
	46284620								2. Deshidratación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X
									3.	P	D	R		

### EDA PERSISTENTE

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	33351-03	1	80	Lince	15 A	M	N	N	1. Gastroenteritis y colitis de origen no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A099
	46284620								2. Deshidratación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X
									3.	P	D	R		

## ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### DEBERÁ TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

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

- P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

### 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	14 A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J020
	84521475								2.	P	D	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	16 A	M	N	N	1. No Neumonía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J069
	35246895								2. Desnutrición Aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E440
									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	14 A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189
	78645511						<del>C</del>	<del>C</del>	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 Domiciliaria
- 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	14 A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<del>R</del>	1	J189
	78645511						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita Domiciliaria	P	<del>D</del>	R	1	99344
							R	R	3.	P	D	R		

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

- J448 SOBA (usado por personal médico, 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	84513	2	80	Cañete	15 A	M	N	N	1. SOBA	P	<del>D</del>	R	MOD	J448
	98548426						<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R		
							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	13 A	M	N	N	1. Crisis asmática	P	<del>D</del>	R	SEV	J459
	41452475						<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R		
							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		
18	20245	2	80	Cañete	12 A	M	N	N	1. Asma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	J450
	41435675								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	12 A	M	N	N	1. Nebulización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	94664
	46284620								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.

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

**Definición Operacional:** Es el desarrollo de sesiones dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo de las y los adolescentes entre 10 y 14 años, y prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Esta actividad se desarrolla en un grupo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) y tiene una duración 60 minutos cada sesión. Esta actividad es realizada por un personal de salud debidamente capacitado y es realizado en los espacios de la comunidad y/o las instituciones educativas públicas. Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud del nivel I-3 y I-4.

Este paquete consiste en la ejecución de:

- 07 sesiones dirigidas a los adolescentes: 1º amor y límites: estilos de crianza, 2º establecer reglas en la casa, 3º estimular el buen comportamiento, 4º utilización de las sanciones, 5º establecer vínculos, 6º protección sobre los comportamientos de riesgo y 7º conexiones con la comunidad.
- 07 sesiones dirigidas a los padres: 1º tener objetivos y sueños, 2º apreciar a los padres, 3º hacer frente al estrés, 4º obedecer las reglas, 5º hacer frente a la presión de los compañeros, 6º la presión del grupo y los buenos amigos y 7º ayudar a otros.
- 07 sesiones dirigidas al trabajo en conjunto entre padre e hijos: 1º Apoyar los objetivos y sueños, 2º Promover la comunicación en la familia, 3º Aprecio a los miembros de la familia, 4º Empleo de las reuniones familiares, 5º Comprender los principios de la familia, 6º Las familias y la presión de los compañeros y 7º la recapitulación de todo lo trabajado.

### SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN FAMILIAS FUERTES

Si bien es cierto esta actividad tiene dos fases, la primera el trabajo con los adolescentes es de registro es individual; la segunda con los padres es de registro grupal.

**Registro con los Adolescentes,** registre de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud: Sesión de Entrenamiento en Familias Fuertes

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero registre del 1 al 7 según corresponda el número de sesión
  - 1 = Amor y límites: Estilos de crianza
  - 5 = Establecer vínculos
  - 2 = Establecer reglas en la casa
  - 6 = Protección sobre los comportamientos de riesgo
  - 3 = Estimular el buen comportamiento
  - 7 = Conexiones con la comunidad
  - 4 = Utilización de las sanciones

DÍA	H.C./F.F.	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	15020	1	80	Cusco	13 A	M	N	N	1. Sesión de Entrenamiento en Familias Fuertes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1258
	54724563								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Para el caso del registro de la sesión con los padres

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de padres participantes de la sesión
- En el 2º casillero "FF" para indicar "Familias Fuertes"

DÍA	H.C./F.F.	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				
21	APP146			Cusco		M	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009		
									2. Actividades de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			FF	U0066
									3.	P	D	R				

## B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

### TALLER PARA ADOLESCENTES.

**Definición Operacional.**- Actividad dirigida a los adolescentes de tipo formativo y educativo creados para facilitar procesos de enseñanza aprendizaje en temas de salud en general, con el propósito de fortalecer conocimientos y desarrollar habilidades para la vida, que contribuyan al auto cuidado y cuidado mutuo de la salud en la población adolescente. Se desarrollan con un número no mayor de 20 adolescentes agrupados por edad 12 a 14 y 15 a 17 años. Estas actividades serán registradas por la persona responsable de la organización del taller y lo hará al finalizar el número total de horas programadas para la actividad.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades con Adolescentes

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

- En el 1º Casillero Taller en Salud
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

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			
28	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Taller en Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	U122	
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			U0034
									3.	P	D	R			

## TALLER PARA PADRES

**Definición Operacional.-** Actividades dirigida a los padres de familia para el fomento de factores protectores relacionados a temas del desarrollo bio- social del adolescente.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP146 Actividades con Padres

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

- En el 1º Casillero Taller en Salud
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote el número de participantes

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
08	APP146			San Martín de Porres		M	N	N	1. Taller en Salud	P	<del>D</del>	R	38	U122
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<del>D</del>	R		U0034
						F	R	R	3.	P	D	R		

## SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

**Definición Operacional:** Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

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

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
18	APP93			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<del>D</del>	R	12	C0009
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<del>D</del>	R		U0034
						F	R	R	3.	P	D	R		

## SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

**Definición Operacional:** 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.

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje 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		
18	APP141			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C0010
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
							R	R	3.	P	D	R		

## CAPACITACIÓN (U124)

**Definición Operacional:** Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

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

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre según sea el caso:

- APP100 Establecimiento / Personal de Salud
- APP144 Actividades con Docentes
- APP145 Actividades con Alumnos
- APP146 Actividades con Padres

**Puede utilizar cualquier otro APP descrito en el capítulo general del presente documento técnico para indicar el grupo objetivo a quien se realiza la capacitación.**

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

- En el 1º casillero Capacitación
- En el 2º casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la capacitación

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		
18	APP100			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Capacitación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	24	U124
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
							R	R	3.	P	D	R		

**Cuando la Capacitación sea realizada para otro personal que no sea de salud utilice el código U124 y registre de la misma manera como se muestra en el ejemplo anterior; en el ítem 8: Historia Clínica debe identificar el APP que corresponda el grupo poblacional al que va dirigida la capacitación. (Revise el capítulo de Generalidades para conocer el listado de APP).**

## ANIMACIÓN SOCIO CULTURAL (ENCUENTRO JUVENIL Y OTROS)

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades de índole o característica académica, recreativa, cultural y /o deportiva, cuya finalidad es la de crear o consolidar espacios donde los adolescentes sean los protagonistas, que establezcas lazos o vínculos amigables y utilicen de manera racional su tiempo libre en actividades que enriquezcan su desarrollo integral.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades de Salud en Adolescentes

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

- En el 1º Casillero Animación Socio Cultural
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem: Lab, anote el número de participantes

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
08	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	38	U111
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
							F	R	R	3.	P	D	R	

### FORMACIÓN DE ADOLESCENTES COMO EDUCADORES DE PARES

**Definición Operacional.**- Actividad que promueve la formación de los adolescentes en educadores de pares ya sea en instituciones educativas como en la comunidad, quienes promoverán el desarrollo integral de sus pares en el ámbito comunitario, en los diferentes procesos de atención integral de salud y en el análisis de sus principales necesidades de salud, la adecuación de la infraestructura y ambientación de los servicios.

Esta actividad será registrada por la persona responsable de la organización y lo hará al finalizar el número total de horas programadas para la actividad.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica, anote:

- APP141 Actividades de Salud del Adolescente

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

- Formación de Educadores de Pares
- Actividades de Salud del Adolescente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero el número de sesiones 1, 2, 3, 4 y en la siguiente "TA" (no se coloca 5)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
08	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Formación de Educadores de Pares	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	U1253
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0034
							F	R	R	3.	P	D	R	

### PARA EL CASO DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD EN FAMILIAS FUERTES

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

- En el 1º casillero Capacitación
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de personas participantes
- En el 2º casillero la sigla según corresponda al tipo de taller:
  - **FF** = Si es sobre Familias Fuentes

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	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		
28	APP100			Ancón		M	N	N	1. Capacitación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C0008
							C	C	2. Actividades de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FF	U0066
							F	R	R	3.	P	D	R	

**Siempre que la capacitación es realizada al personal de salud se debe utilizar APP100**

**OTRAS ACTIVIDADES:**
**EN LAS REUNIONES DE ABOGACÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS CON AUTORIDADES Y LIDERES**

Actividades en el proceso de implementación de sensibilización, realice el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código según corresponda:

- APP91 Organización Vecinal
- APP93 Colegios
- APP94 Comedores
- APP95 Organización Privada
- APP96 Organización Gubernamental
- APP102 Organizaciones Juveniles
- APP104 Municipalidades
- APP136 Familia y vivienda
- APP144 Actividades con Docentes
- APP145 Actividades con Alumnos
- APP146 Actividades con Padres
- APP150 Actividades con Autoridades

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		
13	APP104			Cusco		M	N	N	1. Reunión de Abogacía y Políticas Públicas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U7531
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		

**EN LAS REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN CON OTROS ACTORES**

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 de Promoción de la Salud

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

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	APP91			Puente Piedra		M	N	N	1. Reunión de Sensibilización	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	U753
									2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0034
									3.	P	D	R		