



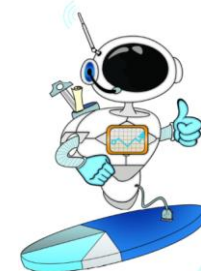
PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General  
de Estadística e Informática

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ

"Año del Centenario de Machu Picchu para el mundo"



# Registro y Codificación de las Actividades de la Etapa de Vida Adolescente

**Oficina General de Estadística e Informática**

**Patricia J. Vásquez Reyes**  
Equipo Técnico OE-OGEI-MINSA

# SUB SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**Sistema de Información de Salud Estadístico Nacional**

**Sub Sistema de Información de  
Consulta Externa (HIS)**

**Sub Sistema de Internamiento y  
Hospitalización (SE)**

**Sub Sistema de Hechos Vitales (HV)**

**Sub Sistema de Emergencias (SEM)**

**Sub Sistema de Discapacidad (HISDIS)**



**97%**



**En 100% de EESS del 1º  
y 2º Nivel Atención**

# Cobertura de Disponibilidad de Registro

Categoría	Total EESS		
I-1	4,424	}	<b>EE.SS.</b> <b>%</b> <b>7,566</b> <b>95.51%</b>
I-2	1,717		
I-3	1,077		
I-4	348		
II-1	98	}	<b>132</b> <b>1.67%</b>
II-2	33		
II-E	1		
III-1	20	}	<b>20</b> <b>0.25%</b>
III-2	10		
III-E	1		
Sin Categoría	193		
<b>Total general</b>	<b>7,922</b>		<b>7,718</b> <b>97.42%</b>

# NUEVOS REQUERIMIENTOS

1

- Progresos en la implementación de la Atención Integral.

2

- Aseguramiento Universal, Descentralización en Salud, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

3

- Atención Primaria Renovada

4

- Implementación de los [Estándares de Datos de Salud](#), Implementación en el registro de actividades relacionadas con el cumplimiento de metas presupuestales (PpR).

- Implementación en el registro de actividades relacionadas con el cumplimiento de metas presupuestales (PpR).

454602

**NORMAS LEGALES**

El Peruano

Lima, viernes 9 de diciembre de 2011

Ministerio del Ambiente, en coordinación con el Ministerio Público y con los gobiernos regionales y locales, vigilar y ejecutar las políticas de conservación de los centros de origen y la biodiversidad, así como controlar el comercio transfronterizo, para lo cual adecuan sus normas y procedimientos sectoriales, regionales y locales respectivos.

**Artículo 8. Promoción de la investigación científica**

El Ministerio del Ambiente, en coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (Concytec), promueve el fortalecimiento de las capacidades científicas y tecnológicas de las instituciones nacionales encargadas de difundir las técnicas que aplica la biotecnología moderna y la bioseguridad, con la finalidad de contribuir a la toma de decisión de los proveedores y consumidores, en relación a los organismos vivos modificados (OVM) y fomenta la biotecnología con base a los recursos genéticos nativos, para lograr su conservación y desarrollo competitivo en lo económico, social y científico.

**Artículo 9. Comisión Multisectorial de Asesoramiento**

Créase la Comisión Multisectorial de Asesoramiento para el desarrollo de las capacidades e instrumentos

**LEY N° 29812****EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA****POR CUANTO:**

El Congreso de la República;  
Ha dado la Ley siguiente:

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;**

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY DE PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO  
PARA EL AÑO FISCAL 2012****CAPÍTULO I****APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO  
DEL SECTOR PÚBLICO**

**Artículo 1. Presupuesto Anual de Gastos para el  
Año Fiscal 2012**



Administrativa (SIGA) y a la presentación de las metas departamentales de cobertura de los productos de los programas presupuestales respectivos.

La segunda etapa de las transferencias se realiza con sujeción a la actualización de las bases de datos del módulo de patrimonio del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) consolidado contablemente, por punto de atención, y del registro de datos - HIS y de los egresos hospitalarios de los establecimientos de salud. Adicionalmente, para el caso del Ministerio de Salud (MINSA), se requerirá el padrón nominado de los beneficiarios al Programa Articulado Nutricional y el seguimiento de pacientes del programa TBC-VIH/SIDA.

# TAREAS INMEDIATAS



Identificación  
nominal del  
paciente



Seguimiento  
efectivo de las  
acciones de  
salud



Implementa-  
ción de  
Estándares de  
Datos de Salud



Implementa-  
ción en el  
registro de  
actividades  
relacionadas  
con el  
cumplimiento  
de metas (PPR)



Evaluación real  
del  
cumplimiento  
de los objetivos



# SITUACION ACTUAL...



Implementación de los Estándares de  
Datos de Salud



Identificación de la persona en la atención



Actualización del Manual de Registro y Codificación  
de Actividades para la CCEE



Implementación del Catálogo Sectorial de  
Procedimientos de Salud



# Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa en Adolescentes – Año 2011

	CAUSAS DE MORBILIDAD	TOTAL	%
1	(J00 - J06) INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	445,475	20.07%
2	(K00 - K14) ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	365,250	16.45%
3	(E40 - E46) DESNUTRICION	118,447	5.34%
4	(R50 - R69) SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES	86,025	3.88%
5	(B65 - B83) HELMINTIASIS	80,853	3.64%
6	(A00 - A09) ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	76,790	3.46%
7	(K20 - K31) ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	55,983	2.52%
8	(O20 - O29) OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO	54,269	2.44%
9	(B35 - B49) MICOSIS	51,058	2.30%
10	(N30 - N39) OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	48,936	2.20%
11	(L20 - L30) DERMATITIS Y ECZEMA	37,897	1.71%
12	(G40 - G47) TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	37,836	1.70%
13	(L00 - L08) INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	36,221	1.63%
14	(J40 - J47) ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	31,193	1.41%
15	(E65 - E68) OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION	25,594	1.15%
16	(R10 - R19) SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN	25,388	1.14%
17	(H10 - H13) TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	25,175	1.13%
18	(M40 - M54) DORSOPATIAS	24,534	1.11%
19	(J20 - J22) OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	24,018	1.08%
20	(S00 - S09) TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	23,014	1.04%
	Las demás causas	545,853	24.59%
	Total general	2,219,809	100.00%

Fuente: SI Consulta Externa HIS

# Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa en Jóvenes – Año 2011

GRUPOS DE CATEGORIAS		Total	
1	(J00 - J06) INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	641,546	14.42%
2	(K00 - K14) ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	600,575	13.50%
3	(O20 - O29) OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO	348,919	7.84%
4	(N30 - N39) OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	227,721	5.12%
5	(A50 - A64) INFECCIONES C/MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	222,327	5.00%
6	(K20 - K31) ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	177,208	3.98%
7	(R50 - R69) SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES	157,712	3.54%
8	(A00 - A09) ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	125,850	2.83%
9	(M40 - M54) DORSOPATIAS	114,910	2.58%
10	(N70 - N77) ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ORGANOS PELVICOS FEMENINOS	111,198	2.50%
11	(B35 - B49) MICOSIS	82,775	1.86%
12	(E65 - E68) OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION	82,184	1.85%
13	(G40 - G47) TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	81,803	1.84%
14	(J40 - J47) ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	81,238	1.83%
15	(N80 - N98) TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	67,411	1.52%
16	(O80 - O84) PARTO	62,107	1.40%
17	(O30 - O48) ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEM.DE PARTO	56,979	1.28%
18	(L20 - L30) DERMATITIS Y ECZEMA	51,006	1.15%
19	(R10 - R19) SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN	50,596	1.14%
20	(L00 - L08) INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	49,428	1.11%
	Las demás causas	1,055,802	23.73%
Total general		4,449,295	100.00%

Fuente: SI Consulta Externa HIS

# Atendidos y Atenciones en Consulta Externa en Adolescentes

## Años 2010 – 2011

DEPARTAMENTO	2010		2011		Diferencias 2010 - 2011		Concentrac Año 2011
	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones	% Atendidos	% Atenciones	
AMAZONAS	14,893	146,508	16,904	128,795	13.50	-12.09	7.62
ANCASH	43,979	162,595	40,243	143,697	-8.49	-11.62	3.57
APURIMAC	26,392	172,397	23,333	171,199	-11.59	-0.69	7.34
AREQUIPA	60,995	241,986	54,664	238,521	-10.38	-1.43	4.36
AYACUCHO	36,705	184,127	38,776	208,074	5.64	13.01	5.37
CAJAMARCA	62,611	285,846	53,727	233,913	-14.19	-18.17	4.35
CALLAO	33,052	162,916	29,236	154,016	-11.55	-5.46	5.27
CUSCO	56,913	181,195	63,900	216,958	12.28	19.74	3.40
HUANCavelica	28,940	237,854	32,908	244,713	13.71	2.88	7.44
HUANUCO	31,246	295,204	29,891	305,841	-4.34	3.60	10.23
ICA	30,415	109,076	30,552	113,498	0.45	4.05	3.71
JUNIN	45,145	171,731	52,423	204,959	16.12	19.35	3.91
LA LIBERTAD	86,401	421,742	90,383	466,645	4.61	10.65	5.16
LAMBAYEQUE	16,345	88,220	19,198	93,018	17.45	5.44	4.85
LIMA	276,478	1,061,042	262,854	1,051,668	-4.93	-0.88	4.00
LORETO	28,331	171,575	29,850	163,603	5.36	-4.65	5.48
MADRE DE DIOS	8,646	29,746	10,113	31,542	16.97	6.04	3.12
MOQUEGUA	8,642	53,745	9,725	63,974	12.53	19.03	6.58
PASCO	10,308	50,953	10,447	52,123	1.35	2.30	4.99
PIURA	47,739	267,190	56,723	238,216	18.82	-10.84	4.20
PUNO	56,474	223,318	53,723	217,786	-4.87	-2.48	4.05
SAN MARTIN	35,800	229,437	33,223	201,335	-7.20	-12.25	6.06
TACNA	20,151	84,988	23,342	96,834	15.84	13.94	4.15
TUMBES	4,946	34,319	4,882	28,670	-1.29	-16.46	5.87
UCAYALI	19,913	83,619	18,561	71,777	-6.79	-14.16	3.87
Total general	1,091,460	5,151,329	1,089,581	5,141,375	-0.17	-0.19	4.72

Fuente: SI Consulta  
Externa HIS

# Atendidos y Atenciones en Consulta Externa en Jovenes

## Años 2010 – 2011

DEPARTAMENTO	2010		2011		Diferencias 2010 - 2011		Concentrac Año 2011
	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones	% Atendidos	% Atenciones	
AMAZONAS	14,893	146,508	31,298	302,812	110.15	106.69	9.68
ANCASH	43,979	162,595	86,069	391,048	95.70	140.50	4.54
APURIMAC	26,392	172,397	34,831	275,495	31.98	59.80	7.91
AREQUIPA	60,995	241,986	156,601	730,807	156.74	202.00	4.67
AYACUCHO	36,705	184,127	82,328	495,466	124.30	169.09	6.02
CAJAMARCA	62,611	285,846	101,518	498,450	62.14	74.38	4.91
CALLAO	33,052	162,916	99,197	550,656	200.12	238.00	5.55
CUSCO	56,913	181,195	119,659	570,529	110.25	214.87	4.77
HUANCAVELICA	28,940	237,854	40,194	295,976	38.89	24.44	7.36
HUANUCO	31,246	295,204	46,709	485,806	49.49	64.57	10.40
ICA	30,415	109,076	75,541	398,547	148.37	265.38	5.28
JUNIN	45,145	171,731	110,080	574,112	143.84	234.31	5.22
LA LIBERTAD	86,401	421,742	174,445	1,047,795	101.90	148.44	6.01
LAMBAYEQUE	16,345	88,220	55,599	391,691	240.16	343.99	7.04
LIMA	276,478	1,061,042	767,049	3,659,769	177.44	244.92	4.77
LORETO	28,331	171,575	74,906	419,952	164.40	144.76	5.61
MADRE DE DIOS	8,646	29,746	33,144	116,607	283.34	292.01	3.52
MOQUEGUA	8,642	53,745	19,770	122,433	128.77	127.80	6.19
PASCO	10,308	50,953	26,650	147,321	158.54	189.13	5.53
PIURA	47,739	267,190	140,925	739,512	195.20	176.77	5.25
PUNO	56,474	223,318	100,797	532,777	78.48	138.57	5.29
SAN MARTIN	35,800	229,437	77,209	554,806	115.67	141.81	7.19
TACNA	20,151	84,988	41,933	224,495	108.09	164.15	5.35
TUMBES	4,946	34,319	15,029	117,437	203.86	242.19	7.81
UCAYALI	19,913	83,619	44,480	231,222	123.37	176.52	5.20
Total general	1,091,460	5,151,329	2,555,961	13,875,521	134.18	169.36	5.43

Fuente: SI Consulta  
Externa HIS

# **Registro y Codificación de las Actividades de los Adolescente**

# Nuevo Formulario de Registro

1  
Nº de Formato

Codificador

## MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN

### Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1	TURNO	
	M <del>X</del> ANA	TARDE

RENAES

IEDS UPS

IEDS PRESTADOR

2	AÑO	3	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
	12		Febrero	C.S. Los Olivos de Pro				Atc. Integ. Adolescente		Lic. Rocío Marín Bolaños	

7	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DIA	H.C. / F.F.	FINANC.	PERTE-	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	ESTAB-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE		CÓDIGO CIE / CPT
	9 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DE SALUD	NENCIA ÉTNICA	PROCEDENCIA			LEC	VICIO		P	D	R

1	10	43127	2	80	Los Olivos	16	X	N	N	1. Exam. Desarrollo Adolescente	P	X	R	1	Z003
		10070662			150127	A	F	X	X	2. Determinac de Agudeza Visual	P	X	R	N	99173
								R	R	3. Normal	P	X	R	IMC	Z006

CÓDIGO	NOMBRE FINANCIADOR
1	NINGUNO (PAGANTE)
5	SANIDAD FAP
6	SANIDAD NAVAL
7	SANIDAD EP
8	SANIDAD PNP
9	PRIVADOS
10	OTROS
11	EXONERADO

Si no tiene DNI  
Dejar en BLANCO



# ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

## ELABORACIÓN DE PLAN ATENCIÓN INTEGRAL

En el ítem: LabAnote 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									D	R			
13	97565	1	80	San Martín de Porres	14A	M	N	N	1. Acné Vulgar	P	D	R		L700
	C						C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	1	C8002	
	89526224						R	R	3.	P	D	R		

## 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									P		R		
28	97565	1	80	San Martín de Porres	14A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	C8002
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	R						R	3.	P	D	R			

# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## 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 Determinación de la Agudeza Visual
- En el 3º casillero Resultado de la Evaluación Nutricional

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero el número de sesiones 1, 2.
- En los campos para la Agudeza Visual se registrará:
  - **N** = Si es Normal
  - **A** = Si es Anormal

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	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Determinación de la Agudeza Visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	99173
	89526224						R	R	3. Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	Z006

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.



# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## En la 2ª Sesión

### APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES / Ira, Cólera y Agresión

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre:

- APP141 Actividades con Adolescentes

En el ítem: se registra el Distrito de Procedencia del paciente (mayor o igual a 06 meses)

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

- Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales.

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

En el ítem: Lab anote el número de participantes a los que se le aplica la encuesta

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	APP141			Cusco		M	N	N	1. Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	P	D	R	10	U100
									2. Actividades de Etapa de Vida Adolescentes	P	D	R		U0034
									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
- VP = Violencia Política
- VS = Violencia Social
- VIF = Violencia Intrafamiliar
- TD = Trastornos Depresivos

**El problema  
identificado**

### Cuando el Tamizaje sea NEGATIVO

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		
15	9545	1	80	Camaná	17A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<del>D</del>	R	VIF	U140
	<del>E</del>						<del>E</del>	2. Consejería en Salud Mental	P	<del>D</del>	R	1	99404	
	10070662						<del>E</del>	R	R	3.	P	D	R	

# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## 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		R		
28	97565	1	80	Ocoña	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z003
	89526224		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2.	P	D	R					
			<input checked="" type="checkbox"/>	R		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.**

## 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) Z2781

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	13A	M	N	N	1. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	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) Z2781

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



# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE



## ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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

- En el 1º casillero el diagnóstico encontrado
- En los otros casilleros los otros diagnósticos o procedimientos que se realicen

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "P", "D" o "R", según sea el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero correspondiente al diagnóstico el número de dientes que presentan morbilidad

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
16	785211	1	80	San Martín de Porres	17A	M	N	N	1. Examen estomatológico	P	<del>D</del>	R	3	D0150
							<del>C</del>	<del>C</del>	2. Caries de la dentina	P	<del>D</del>	R	2	K021
	52410662						R	R	3. Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentales permanentes posteriores (simple)	P	<del>D</del>	R	1	D2385

# 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		
CÓDIGO	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

Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007.

DE = Desviación Estándar

TALLA PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (DE)	CLASIFICACIÓN
E344	> +2	Talla Alta
Z006	+2 a -2	Normal
E45X	< -2	Talla Baja

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)

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	15A	M	N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<del>D</del>	R	1	Z003
	<del>C</del>						<del>C</del>	2. Normal	P	<del>D</del>	R		Z006	
	89526224						<del>F</del>	R	R	3.	P	D	R	

**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.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" para el diagnóstico y "R" para los controles.

En el ítem: Lab anote:

- **IMC** Peso para la Edad.
- **TE** Talla para la Edad (solo hasta los 19 años).
- El número de sesión de consejería nutricional.

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 y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- 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	94235	2	80	Casma	15A	M	N	N	1. Obesidad	P	<del>D</del>	R	<b>IMC</b>	E669
						<del>M</del>	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Consejería Nutricional	P	<del>D</del>	R	<b>1</b>	99403
	25244123					F	R	R	3.	P	D	R		

**RECUERDE:** Solo se registra "NORMAL" una sola vez con Lab en blanco cuando los dos indicadores IMC y TE sean Normales, SI SOLO uno de ellos es Normal solo se registra el diagnóstico de la clasificación para el indicador que tiene problemas.



# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## Para los CONTROLES

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

- 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 "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes, solo será "D" cuando su estado sea **NORMAL**.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- 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	94235	2	80	Casma	15A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Obesidad	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>IMC</b>	E669
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	99403
	25244123					F	R	R	3.	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"**



# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## Cuando es RECUPERADO(A)

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

- 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 "R"** para los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional, ya que han sido diagnosticados antes, solo será "D" cuando su estado sea **NORMAL**.
- Para la consejería nutricional se registra SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y/o 2º casillero el indicador de la evaluación IMC / TE según corresponda.
- 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	94235	2	80	Casma	15A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Obesidad	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	IMC	E669
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	99403
	25244123					F	R	R	3.	P	D	R	PR	

SINO SE REGISTRAR "PR" NO SE PODRÁN CONTABILIZAR COMO PACIENTE RECUPERADO

# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## 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 2º casillero "D"

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

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	85426	2	80	Santa Rosa	15A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Delgadez Severa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E43X
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Talla Baja	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	E45X
	10150776					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403

# ATENCIÓN DEL ESTADO DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## 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	24212	1	80	Puno	14A	M	N	N	1. Lordosis, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		M405
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Acné, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		L709
	35240127						<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	P	D	R		

# ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

## 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, Disentérica 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													
15	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	14A	<div></div>	N	N	1 EDA Acuosa	P	<div></div>	R		A090
	<div></div>					<div></div>	<div></div>	2.	P	D	R			
	F					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	8521	1	80	San Juan de Miraflores	12A	<div><div>M</div><div>F</div></div>	N	N	1. EDA Acuosa	P	<div><div><div></div></div></div>	R		A090
	<div><div><div></div></div></div>						<div><div><div></div></div></div>	2. Deshidratación	P	<div><div><div></div></div></div>	R		E86X	
	44620628							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													
16	45351	1	80	Lince	17A	<div><div>M</div><div>F</div></div>	N	N	1. Cólera	<div><div><div></div></div></div>	D	R		A009
	<div><div><div></div></div></div>						<div><div><div></div></div></div>	2. Shock Hipovolémico	P	<div><div><div></div></div></div>	R		R571	
	24620846								F	R	R		P	D

# 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	12A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	X	R		J020
							E	E	2.	P	D	R		
	84521475					F	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		R		
13	2244	2	80	La Merced	16A	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			
			<input checked="" type="checkbox"/>	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			
26	53230	2	80	Coracora	14A	<div><div></div><div>M</div><div></div></div>	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	<div><div></div><div>R</div><div></div></div>	1	J189
	78645511		<div><div></div><div>E</div><div></div></div>	<div><div></div><div>E</div><div></div></div>		2.	P	D	R					
			<div><div></div><div>F</div><div></div></div>	R		R	3.	P	D	R				

# ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

D/A	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	16458	1	80	San Juan de Miraflores	17A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. <u>Tamizaje</u> de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
					C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
					F	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

## GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

**Definición Operacional:** Es aquella que cumplió con todas las actividades programadas y termino en una atención de parto institucional.

En el ítem: Lab en el registro de Plan de parto "TA" de actividad terminada.

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		R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	19A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	<input checked="" type="checkbox"/>					C	C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U1692	
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		



# ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

## EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ACIDO FÓLICO

Gestante que recibe un total de 60 tabletas en el 1er. Trimestre del embarazo.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los siguientes casilleros las actividades del paquete de atención integral de la gestante
- En otro casillero Administración de Acido Fólico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el Casillero correspondiente al ácido fólico
  - o AF1 Para indicar la 1ª entrega (30)
  - o AF2 para indicar la 2ª entrega (30)

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	16458	1	80	San Juan de Miraflores	16A	M	X	X	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	X	R	1	Z3591
	C						C	2. Plan de parto	P	X	R	1	U1692	
	07033940								R	R	3. Bajo Peso	P	X	R
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	X	R	AF1	Z298
	C						C	2.	P	D	R			
								R	R	3.	P	D	R	

# ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

## EN LA ADMINISTRACIÓN DEL SULFATO FERROSO

Tratamiento que se da a partir de las 16 semanas de gestación, son 180 tabletas en la gestante, se da 30 por vez (son 06 entregas)

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Sulfato Ferroso, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero correspondiente al sulfato ferroso
  - SF1 para indicar la 1ª entrega (30)
  - SF2 para indicar la 2ª entrega (30)
  - SF3 para indicar la 3ª entrega (30)
  - SF4 para indicar la 4ª entrega (30)
  - SF5 para indicar la 5ª entrega (30)
  - SF6 para indicar la 6ª entrega (30)

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													
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	16A	M	X	X	1. Atención Prenatal 16 semanas	P	X	R	3	Z3592
	30703940						C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
							R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	X	R		O261
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	X	R	SF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

# ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo      Z359
- En el 2º casillero Toma de PAP      88141
- En el 3º casillero Consejería Integral      99401

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero:
  - Si es la 1ª vez que se toma PAP en su vida "PV"
  - Si es la 2ª a mas veces "PC"
- En el 3º casillero en número de sesión de consejería 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero CU para indicar que la consejería es por Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

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													
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	19A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	Z359
	X						X	2. Toma de PAP	P	D	R	PC	88141	
	R						R	3. Consejería Integral	P	D	R	1	99401	
						M	N	N	1.	P	D	R	CU	
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

# ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA GENERAL EN PLANIFICACIÓN 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													
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación y Consejería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3001
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003	
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1		

## ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN AQV

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													
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación y Consejería AQV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z002
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R			

# ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## PRESCRIPCIÓN DE METODOS: Usuarías Nuevas

El Método Anticonceptivo Elegido

Nº de Control / Consulta

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	20635	1	80	San Martín de Porres	24A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación y Consejería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3001				
	07033136						C	C	2. Prescripción inicial "_____"	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						
							R	R	3.	P	D	R						

Nº de Insumos Entregados

# ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## PRESCRIPCIÓN DE METODOS: Usuarías Continuadoras

El Método Anticonceptivo con el que continua

Nº de Control / Consulta

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLES	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	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción “_____”	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R							
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R							
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R						

Nº de Insumos Entregados

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA/YUZPE

Método que se usa en situaciones de emergencia, no reemplaza el uso continuo de otros métodos anticonceptivos y debe ser administrado por personal capacitado

En el ítem 17: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la prescripción de AOE combinado/YUZPE Z3091

En el ítem 18: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem 19: Lab:

- En el 2º casillero registre el número de pastillas entregada a la usuaria.

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	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE combinado/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z3091					
	07033136						C	C	2.	P	D	R	8						
							R	R	3.	P	D	R							

PRESCRIPCIÓN DE AOE EN VIOLENCIA SEXUAL

En el ítem 19: Lab anote:

- En el 1º casillero VSX de violencia sexual
- En el 2º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria.

DÍ A	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	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE combinado/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX	Z3091
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	2.	P	<input type="checkbox"/>	D	R	8	
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R		

# ATENCIÓN EN ITS, VIH Y SIDA

En el ítem "Lab" anote:

- La sigla del GRUPO ESPECIAL debe ir siempre asignada los campos LAB donde se registra el DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO y la CONSEJERÍA según el siguiente detalle:
  - En blanco = Población General
  - TS = Trabajador Sexual
  - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre (Gay)
  - TRA** = Transexual
  - HTS** = HSH que es TS
  - TTS = Transexual que es TS
  - ST = Trabajador de Salud
  - G = Gestante
  - P = Puérpera
  - PPL** = Persona privada de su libertad
- Los campos donde se registre el TRATAMIENTO ITS siempre debe consignar el número de tratamiento 1, 2... según corresponda.
- Dentro de la atención se debe registrar el número CONDONES entregados, en el LAB vacío disponible siempre que no sea el del diagnóstico, consejería o tratamiento ya que los campos lab de esas atenciones son evaluados para la misma 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													
01	86470	2	80	Bellavista	20A	M	N	N	1. Síndrome de Descarga Uretral	P	D	R	HSH	A64X6
	93546921						2. Consejería en ITS	P	B	R	HSH	U130		
				R		R	3. Tratamiento ITS	P	B	R	1	U317		
						M	N	N	1.	P	D	R	20	
	C						C	2.	P	D	R			
	F						R	R	3.	P	D	R		

Si la consejería y/o tratamiento se hacen en distintos momentos y/o por personas distintas en el registro cada personal de salud debe registrar las actividades que realiza debiendo SIEMPRE consignar el Documento de Identidad del paciente para poder identificar en el seguimiento a la persona el cumplimiento de la atención integral.



# Actividades Diferenciadas

- ❖ Tamizaje para VIH en Gestantes
- ❖ Tamizaje para Sífilis en Gestantes
- ❖ Psicoprofilaxis
- ❖ Estimulación Prenatal

# ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES

## Visita Familiar Integral y Plan Familiar

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

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													
23	98211	1	99	Arequipa	14A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	98980421						E	E	2. Visita Familiar Integral	P	D	R	1	99344
							F	R	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	D	R	1
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

## SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

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 C0009
- En el 2º Casillero Actividades de Salud del Adolescente U0034

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.	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		R		
18	APP93			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<div></div>	R	12	C009
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<div></div>	R		U0034
									F	R	R	3.	P	<div></div>

## SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

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													
18	APP100			San Juan de Miraflores		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<div></div>	R	20	U1201
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	<div></div>	R		U0034
									F	R	R	3.	P	D

# ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES

## FORMACIÓN DE ADOLESCENTES COMO EDUCADORES DE PARES

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

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	APP141			San Martín de Porres		M	N	N	1. Formación de Educadores de Pares	P	D	R	18	U1253
	C						C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	D	R		U0034	
						F	R	R	3.	P	D	R		

# ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES

## 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	D	R	38	U111
							C	C	2. Actividades de Salud del Adolescente	P	D	R		U0034
						F	R	R	3.	P	D	R		

# FASES DEL PROCESO

1

## Registro de la Actividad (Personal de Salud)

- Registro HC / Registro de la Hoja HIS / Libro de EMG
- Control de Calidad del Registro

2

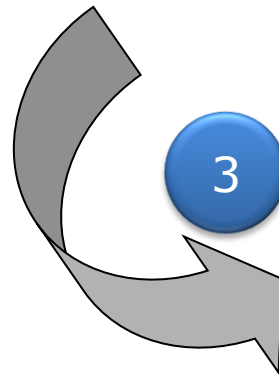
## Procesamiento de Datos (Of. Estadística)

- Control de Recepción
- Control de Calidad
- Revisión Crítica Datos
- Digitación de Hojas
- Control de Calidad
- Envío de datos
- Reportes de Información / Retroalimentación

3

## Análisis y Difusión

- Análisis de Información
- Uso de Información
- Toma de decisiones
- Publicación



# FASES DEL PROCESO

1

## Registro de la Actividad (Personal de Salud)

- Registro HC / Registro de la Hoja HIS / Libro de EMG
- Control de Calidad del Registro

2

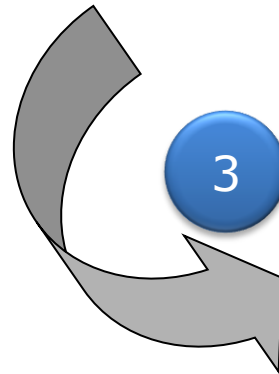
## Procesamiento de Datos (Of. Estadística)

- Control de Recepción
- Control de Calidad
- Revisión Crítica Datos
- Digitación de Hojas
- Control de Calidad
- Envío de datos
- Reportes de Información / Retroalimentación

3

## Análisis y Difusión

- Análisis de Información
- Uso de Información
- Toma de decisiones
- Publicación



**Gracias...**

Ministerio de Salud  
Oficina General de Estadística e Informática  
Oficina de Estadística





# Estándares de Datos en Salud

ESTANDAR	SIGLAS	ORGANIZACIÓN
1. Procedimientos médicos	CPT	AMA
2. Productos Farmacéuticos		
3. Usuarios de Salud		RENIEC
4. Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo		MINSA
5. Unidades Productoras de Servicios en el EESS		MINSA
6. Episodio de Atención		
7. Personal de Salud		Colegios Prof
8. Financiador de Salud		MINSA
9. Clasificación Internacional de Enfermedades	CIE 10	OMS

[Retornar](#)

## (R50 - R69) SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES

CIE10	Descripción
R509	Fiebre, no Especificada
R502	Fiebre inducida por drogas
R508	Otras fiebres especificadas
R51X	Cefalea
R520	Dolor Agudo
R521	Dolor Cronico Intratable
R522	Otro dolor Cronico
R529	Dolor, no Especificado
R53X	Malestar y Fatiga
R54X	Senilidad
R55X	Sincope y Colapso
R560	Convulsiones Febriles
R568	Otras Convulsiones y las no Especificadas
R570	Choque Cardiogenico
R571	Choque Hipovolemico
R578	Otras Formas de Choque
R579	Choque, no Especificado
R572	Choque sCptico
R58X	Hemorragia, no Clasificada en otra parte
R590	Adenomegalia Localizada
R591	Adenomegalia Generalizada
R599	Adenomegalia, no Especificada

CIE10	Descripción
R600	Edema Localizado
R601	Edema Generalizado
R609	Edema, no Especificado
R610	Hiperhidrosis Localizada
R611	Hiperhidrosis Generalizada
R619	Hiperhidrosis, no Especificada
R619	Hiperhidrosis, no Especificada
R680	Hipotermia no Asociada con Baja Temperatura del Ambiente
R681	Sintomas no Especificos Propios de la Infancia
R682	Boca Seca, no Especificada
R683	Dedos de la Mano deformes
R688	Otros Sintomas y Signos Generales Especificados
R631	Polidipsia
R632	Polifagia
R633	Dificultades y Mala Administracion de la Alimentacion
R634	Perdida Anormal de Peso
R635	Riesgo de Sobrepeso (Aumento Anormal de Peso)
R638	Otros Sintomas y Signos Concernientes a la Alimentacion y a la Ingestion de Liquidos
R636	Ingesta insuficiente de alimentos y agua por negligencia
R64X	Caquexia

[Retornar](#)

## (O20 - O29) OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO

CIE10	Descripción
O200	Amenaza de Aborto
O208	Otras Hemorragias Precoces del Embarazo
O209	Hemorragia Precoz del Embarazo, sin Especificacion
O210	Hiperemesis Gravidica Leve o no Especificada
O211	Hiperemesis Gravidica con Trastornos Metabolicos
O212	Hiperemesis Gravidica Tardia
O218	Otros Vomitos que Complican el Embarazo
O219	Vomitos del Embarazo, no Especificados
O220	Venas Varicosas de los Miembros Inferiores en el Embarazo
O221	Varices Genitales en el Embarazo
O222	Tromboflebitis Superficial en el Embarazo
O223	Flebotrombosis Profunda en el Embarazo
O224	Hemorroides en el Embarazo
O225	Trombosis Venosa Cerebral en el Embarazo
O228	Otras Complicaciones Venosas en el Embarazo
O229	Complicacion Venosa no Especificada en el Embarazo
O230	Infeccion del Rnon en el Embarazo
O231	Infeccion de la Vejiga Urinaria en el Embarazo
O232	Infeccion de la Uretra en el Embarazo
O233	Infeccion de otras partes de las Vias Urinarias en el Embarazo
O234	Infeccion no Especificada de las Vias Urinarias en el Embarazo
O235	Infeccion Genital en el Embarazo
O239	Otras Infecciones y las no Especificadas de las Vias Genitourinarias en el Embarazo
O240	Diabetes Mellitus Preexistente Insulinodependiente, en el Embarazo
O25X	Desnutricion en el Embarazo
O260	Aumento Excesivo de Peso en el Embarazo
O261	Aumento Pequeno de Peso en el Embarazo
O262	Atencion del Embarazo en una Abortadora Habitual
O263	Retencion de dispositivo Anticonceptivo Intrauterino en el Embarazo
O264	Herpes Gestacional
O265	Sindrome de Hipotension Materna
O266	Trastornos del Higado en el Embarazo, el Parto y el Puerperio

[Retornar](#)