



Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

2025

SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS



Gobierno del Perú



PERÚ

Ministerio
de Salud

**Manual de
Registro y Codificación
de Actividades de la
Persona con Discapacidad**

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

LIMA - PERÚ
2025

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de actividades de la persona con discapacidad. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Oficina General de Tecnologías de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2025.
80 p. ilus.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMA DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°2025-15358

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad. Sistema de información HIS.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad - Oficina General de Tecnologías de la Información (MINSA / DGIESP / DSCAP - OGTI).

Responsables de la elaboración:

M.C. Georgina Luz Valentín Rojas, DGIESP / DSCAP

Equipo Técnico DGIESP / DSCAP:

C.D. Sonia Mónica Figueroa Paucar, DGIESP / DSCAP

Ing. Yair Salinas Blaños, DGIESP / DSCAP

Equipo Técnico OGTI /OGEI:

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGTI/OGEI

Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, OGTI/OGEI

Diseño y Diagramación:

Karlo Miranda Blas, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

©MINSA, diciembre, 2025.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

2da Edición, diciembre 2023

3ra Edición, diciembre 2025

Versión digital disponible: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7972.pdf>



PERÚ

Ministerio
de Salud

LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS

Ministro de Salud

LEONARDO RONYALD ROJAS MEZARINA

Viceministro de Salud Pública

HERBERTH ULISES CUBA GARCÍA

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENA

Secretario General

VALENTINA ANTONIETA ALARCON GUIZADO

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

JOSÉ ENRIQUE PEREZ LU

Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

RICHAR RUIZ MORENO

Director Ejecutivo de la Dirección de Prevención
y Control de la Discapacidad

TABLA DE CONTENIDOS

I. GENERALIDADES.....	1
1.1. PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (PCD) ... 1	
1.2. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.....	6
II. REGISTRO DE LA CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN.....	8
III. DEL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	11
3.1. REGISTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A PERSONA CON DISCAPACIDAD FÍSICA, SENSORIAL, MENTAL.	11
3.2. REGISTRO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DEFICIENCIAS O FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD QUE ACUDEN REHABILITACIÓN	14
3.3. REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLES	18
3.4. REGISTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN	18
3.5. REGISTRO DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS	19
3.6. REGISTRO DE LA REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	20
3.7. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD GRUPAL CON PERSONA USUARIA	21
3.8. ALTA	21
IV. DEL REGISTRO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	22
4.1. DE LA EVALUACIÓN	23
4.2. DE LA CALIFICACIÓN	24
4.3. DE LA CERTIFICACIÓN	24
V. DEL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD.....	25
5.1. CAPACITACIÓN A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD	25
5.2. VISITAS A LA FAMILIA EN EL MARCO DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD	29
5.3. CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES EN REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD	32
VI. SERVICIOS MÉDICOS DE AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTO DE APOYO.	42
6.1. ATENCIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTO DE APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD O RIESGO DE ELLA	42
VII. GLOSARIO.....	46
VIII. LISTADO DE DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	48
CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICOS FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.....	49
8.1. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN DE LESIONES MEDULARES.....	49
8.2. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ.....	50
8.3. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN DE ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.....	51
8.4. CÓDIGOS CIE 10. ENCEFALOPATÍA INFANTIL.....	52
8.5. CÓDIGOS CIE 10. SINDROME DE DOWN	53
8.6. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PACIENTES AMPUTADOS	53
8.7. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA	54
8.8. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y OTROS TRASTORNOS POSTURALES	59
8.9. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	61
8.10. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ENFERMEDAD RESPIRATORIA	62
8.11. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ALTERACIONES DEL PISO PÉLVICO	63
8.12. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA Y REUMATOLÓGICA.....	64
8.13. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ONCOLÓGICA	70

8.14. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN DOLOR	70
8.15. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS	70
CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICO FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL.....	72
8.1. CÓDIGOS CIE 10. HIPOACUSIA Y/O SORDERA	72
8.2. CÓDIGOS CIE 10. BAJA VISION Y/O CEGUERA	72
8.3. CÓDIGOS CIE 10. SORDOMUDEZ	73
8.4. CÓDIGOS CIE 10. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	73
8.5. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE	73
8.6. CÓDIGOS CIE 10. DISARTRIA Y DISFAGIA.....	73
CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICO FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL.....	73
8.1. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE.....	73
8.2. CÓDIGOS CIE 10. RETRASO MENTAL LEVE, MODERADO, SEVERO	74
8.3. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	74
8.4. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	75
ANEXO N° 1 LISTADO DE AYUDAS TÉCNICAS	75
ANEXO N° 2 CODIFICACIONES ÉTNICAS	78

I. GENERALIDADES

1.1. Procedimientos más frecuentes para la atención de Prevención y Control de la Persona con Discapacidad (PCD)

1.1.1. Códigos de procedimientos más frecuentes de Rehabilitación

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos
97813	Acupuntura con una o más agujas; con estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente
97814	Acupuntura con una o más agujas; con estimulación eléctrica, por cada 15 minutos adicionales de contacto personal con el paciente, con reinserción de aguja(s) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)
97810	Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente
97811	Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, por cada 15 minutos adicionales de contacto personal uno a uno con el paciente, con reinserción de aguja(s) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)
97006.02	Aplicación de Agentes Termoterapias
97018	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; baño de parafina
97034	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; baños alternantes (frío y caliente), cada 15 minutos
97010	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; compresas calientes o frías
97024	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; diatermia (Ejemplo: microondas)
97016	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; dispositivos vasos neumáticos
97014	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (no asistida)
97032	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (manual), cada 15 minutos
97022	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; hidroterapia de remolino
97033	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; iontoforesis, cada 15 minutos
97028	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; luz ultravioleta
97026	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; rayos infrarrojos
97036	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; tanque de Hubbard, cada 15 minutos
97012	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; tracción mecánica
97035	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; ultrasonido, cada 15 minutos
97007	Aplicación de Tanque Whirlpool (incluye procedimiento terapéutico). Hidroterapia en tanque de Whirlpool (MMII) por Sesión
97020	Aplicación de una modalidad a una o más zonas; microonda
97784	Bloqueo paraespinal BIE
97783	BURCH
97006.04	Confección de Férrulas y Ortésicos simples
97532	Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, memoria, resolución de problemas, (incluye entrenamiento compensatorio), contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos
97597	Desbridamiento (Ejemplo: hidrojet de alta presión con o sin succión, desbridamiento selectivo con tijeras, escarlapejo y fórceps), herida abierta (Ejemplo: fibrina, epidermis y/o dermis desvitalizada, exudado, restos, bioplaca), incluyendo aplicación(es) tópica(s), evaluación de la herida, uso de baño, cuando se realice e instrucciones para el cuidado subsiguiente, por sesión, área total de herida; primeros 20.0 cm cuadrados o menos
97598	Desbridamiento (Ejemplo: hidrojet de alta presión con o sin succión, desbridamiento selectivo con tijeras, escarlapejo y fórceps), herida abierta (Ejemplo: fibrina, epidermis y/o dermis desvitalizada, exudado, restos, bioplaca), incluyendo aplicación(es) tópica(s), evaluación de la herida, uso de baño, cuando se realice e instrucciones para el cuidado subsiguiente, por sesión, área total de herida; cada 20.0 cm cuadrados adicionales, o fracción subsiguiente (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

97785	Desgatillamiento muscular
98960	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador/familiar), cada 30 minutos; paciente individual
98961	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador/familiar), cada 30 minutos; 2-4 pacientes
98962	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador/familiar), cada 30 minutos; 5-8 pacientes
97602	Eliminación de tejido desvitalizado de herida(s), desbridamiento no selectivo, sin anestesia (p. ej. apóstitos húmedos, enzimáticos, abrasión), incluida la aplicación tópica (s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para el cuidado posterior, por sesión
97535	Entrenamiento para autocuidado y manejo en el hogar (Ejemplo: actividades cotidianas (ADL) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
97537.02	Entrenamiento para la inserción/reinserción social
97537	Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (Ejemplo: compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajos no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
97520	Entrenamiento protésico, extremidades superiores y/o inferiores
97761	Entrenamiento protético, extremidad(es) superior(es) e inferior(es), cada 15 minutos
97504	Entrenamiento y ajuste de dispositivos Ortésicos en extremidades superiores, inferiores y/o tronco, cada 15 minutos
97755	Evaluación de la tecnología de asistencia (Ejemplo: para restaurar, aumentar o compensar las actuales funciones, optimizar las tareas funcionales y/o maximizar la accesibilidad al entorno), contacto directo uno-a-uno con el proveedor, con el informe escrito, cada 15 minutos
97001	Evaluación de terapia física
97003	Evaluación de terapia ocupacional
97762	Evaluación de uso ortético/protético, paciente continuador, cada 15 minutos
97005	Evaluación del entrenamiento atlético
97006.01	Evaluación del tono muscular
97799.02	Fisioterapia cardiovascular
97139.01	Fisioterapia de suelo pélvico
97782	Fisioterapia Odontoestomatológica
97799.01	Fisioterapia respiratoria
98889	Infiltración de cuernos con oxitocina
97786	Infiltración perifacetaria
97545	Intensificación/acondicionamiento al esfuerzo; 2 primeras horas
97546	Intensificación/acondicionamiento al esfuerzo; cada hora adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)
97542	Manejo de la silla de ruedas (Ejemplo: evaluación, ajuste, entrenamiento), cada 15 minutos
97760	Manejo y entrenamiento Ortésicos (incluyendo evaluación y adecuación cuando no se haga mención en otra parte) de extremidad(es) superior(es), inferior(es), y/o tronco, cada 15 minutos
97039	Modalidad que no aparece en la lista (especifique el tipo y la duración si el paciente es atendido en forma constante). Ej.: Revisión de Ortésicos/calzados ortopédicos
97139	Procedimiento terapéutico que no aparece en la lista (especifique)
97110	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; ejercicios terapéuticos para desarrollar fuerza, resistencia, gama de movimiento o flexibilidad
97116	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; entrenamiento de la marcha (incluyendo subir escaleras)
97124	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; masaje, incluyendo frotamiento (effleurage), compresión (Petrissage), percusión
97112	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; reeducación neuromuscular del movimiento, equilibrio, coordinación, sentido quinestésico, postura y propiocepción para actividades en posición de pie y/o sentado

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

97113	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; terapia acuática con ejercicios terapéuticos
97150	Procedimiento(s) terapéutico(s), grupal (2 o más personas)
97006.03	Procedimientos Terapéutico para reeducación con o sin ayudas biomecánica (97112)
97527	Prueba de Evaluación de Antropometría (bioimpedancia)
97526	Prueba de Evaluación de Antropometría (cineantropometría)
97750	Prueba o medición del rendimiento físico (p. ej. musculoesquelético, capacidad funcional), con reporte escrito, cada 15 minutos
97524	Prueba para a la evaluación anaerobia con cicloergómetro
97523	Prueba para a la evaluación anaerobia con test de saltos
97522	Prueba para la Evaluación de la Flexibilidad
97521	Prueba para la evaluación de la Fuerza (fuerza máxima, resistencia muscular)
97525	Prueba para la Evaluación de las cualidades Físicas no especificado (acelerómetro, etc.)
97002	Reevaluación de terapia física
97004	Reevaluación de terapia ocupacional
97006	Reevaluación del entrenamiento atlético
97537.01	Rehabilitación profesional: Entrenamiento para la inserción laboral
97703	Revisión final para el uso de dispositivos Ortésicos/protésicos, paciente establecido, cada 15 minutos
97799	Servicio o procedimiento de medicina física/rehabilitación no listada
97533	Técnicas de integración sensorial para mejorar el procesamiento sensorial y promover la respuesta adaptativa a las semanas del ambiente, contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos
97125	Técnicas de terapia manual
97140	Técnicas manuales de la terapia (p. ej. manipulación de la movilización, drenaje linfático manual, tracción manual), uno o más regiones, cada 15 minutos
97770	Terapia de Aprendizaje
97009	Terapia de lenguaje/sesión
97802	Terapia de nutrición médica; evaluación e intervención inicial, individual, con el paciente cara a cara, cada 15 minutos
97804	Terapia de nutrición médica; grupo (2 o más personas), cada 30 minutos
97803	Terapia de nutrición médica; reevaluación e intervención, individual, con el paciente cara a cara, cada 15 minutos
97605	Terapia de presión negativa sobre herida (p. ej. drenaje de colección asistida por vacío), incluyendo aplicaciones tópicas(s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para cuidados posteriores, por sesión; total de la superficie de la herida(s) inferior o igual a 50.0 cm cuadrados
97606	Terapia de presión negativa sobre herida (p. ej. drenaje de colección asistida por vacío), incluyendo aplicaciones tópicas(s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para cuidados posteriores, por sesión; total de la superficie de la herida(s) mayor de 50.0 cm cuadrados
97788	Terapia de psicomotricidad en niño
97008	Terapia del complejo orofacial/sesión
97787	Terapia física del dolor
97535.01	Terapia ocupacional grupal
97012.01	Terapia para mejorar tono muscular para la succión en RN
98925	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 1-2 regiones corporales
98926	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 3-4 regiones corporales
98927	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 5-6 regiones corporales
98928	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 7-8 regiones corporales
98929	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 9-10 regiones corporales
98940	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 1-2 regiones de columna
98941	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 3-4 regiones de columna
98942	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 5 regiones de columna
98943	Tratamiento de manipulación quiropráctica, que no sea de columna, 1 o más regiones
97610	Ultrasonido de baja frecuencia, sin contacto, no térmico, que incluye aplicación(es) tópica(s), cuando se realice, evaluación de herida, e instrucción(es) para atención continuada, por día

1.1.2. Códigos de procedimientos de médicos especialista de Medicina de Rehabilitación más frecuentes

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTO
62271	Aplicación de toxina botulínica
99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I
99201.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I (Evaluación y manejo inicial de daños identificados)
99201.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I (Diagnóstico precoz de patologías congénitas)
99202	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención II
99203	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención III
99204	Consulta ambulatoria prolongada para la evaluación y manejo de un paciente hospitalario
76880.01	Ecografía de Codo
76880.02	Ecografía de Muñeca
7653601	Ecografía de región cervical
76880.03	Ecografía de Rodilla
76880.04	Ecografía de Tobillo
76880.05	Ecografía Muscular de Región Específica
95872	Electromiografía de aguja con electrodo de fibra única, con determinación cuantitativa de temblores, bloqueo y/o densidad de fibras, cualquier sitio o todos los sitios de cada músculo estudiado
95885	Electromiografía de aguja, cada extremidad, con áreas paraespinales relacionadas, cuando se realice, ejecutado con conducción, amplitud y estudio de latencia/velocidad nerviosa; limitada (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)
95886	Electromiografía de aguja, cada extremidad, con áreas paraespinales relacionadas, cuando se realice, ejecutado con conducción, amplitud y estudio de latencia/velocidad nerviosa; completo, cinco o más músculos estudiados, inervados por 3 o más nervios o 4 o más niveles espinales (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)
95887	Electromiografía de aguja, músculo(s) que no es de extremidad (inervado por nervio craneal o axial), hecho con conducción nerviosa, amplitud y estudio de velocidad/latencia (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)
95870	Electromiografía de aguja; estudio limitado de los músculos de una sola extremidad o músculos que no son de extremidad (axial) (unilateral o bilateral), con excepción de los músculos paravertebrales torácicos, músculos inervados por los nervios craneales o esfínteres
95905	Estudio de conducción nerviosa motora y/o sensorial, empleando circuitos de electrodos preconfigurados, estudio de amplitud y latencia/velocidad, cada miembro, incluye estudio de onda F, cuando se realice, con interpretación y reporte
99214.01	Evaluación/Reevaluación médica en medicina de rehabilitación
U0904	Homeopatía
99251	Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra
20550	Inyección(es), vaina tendinosa única o ligamento, aponeurosis (p.ej. Fascia plantar)
U0901	Laserterapia
U0902	Reflexología
U0908	Terapia Bioenergética
U0900	Terapia neural
29550	Vendaje de los dedos de los pies
29520	Vendaje; cadera
29260	Vendaje; codo o muñeca
29220	Vendaje; espalda baja/cintura
29240	Vendaje; hombro (p. ej. vendaje de Velpeau)
29280	Vendaje; mano o dedo
29530	Vendaje; rodilla
29540	Vendaje; tobillo
29200	Vendaje; tórax

1.1.3. Codificación de actividades más frecuentes para el desarrollo de la estrategia de Rehabilitación Basada en la comunidad-RBC

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

a. Capacitación a agente comunitarios

CÓDIGO	CAPACITACIÓN A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD
C0006	Taller para la comunidad
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud

b. Actividad en visita familiar

CÓDIGO	VISITA A FAMILIA EN REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)
99401.01	Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
99401.13	Consejerías en Estilos de Vida Saludable
99401.15	Consejería en habilidades sociales
99401.16	Consejería en salud ocular
99401.18	Consejería en salud bucal
99401.19	Consejería para el autocuidado
99401.21	Consejería en fomento de la integración social
99401.27	Consejería en deberes y derechos, equidad de género, interculturalidad e inclusión
99403.01	Consejería nutricional en alimentación saludable
99489.04	Atención Cuidados Paliativos: Capacitación al cuidador
C0010	Sesión demostrativa
C0011	Visita familiar integral
C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

c. Actividad preventiva promocional

CÓDIGO	ACTIVIDAD PREVENTIVA PROMOCIONAL (APP)
APP91	Organización Vecinal
APP92	Club de Madres
APP93	Actividad con Instituciones educativas
APP94	Comedores
APP95	Organización Privada
APP96	Actividad con Comité Multisectorial (Organización gubernamental)
APP98	Vivienda
APP99	Otro Establecimiento de Salud MINSA
APP101	Otras organizaciones no mencionadas
APP102	Actividad en Organizaciones Juveniles
APP104	Actividad con Municipios
APP106	Actividad en Instituto de Educación Superior
APP108	Actividades con la Comunidad
APP100	Actividad con personal de Establecimiento de Salud

APP103	ONG
APP105	ESSALUD
APP111	Actividad en Club Deportivo
APP119	Actividad en Club Cultural
APP121	Actividad en Mercado
APP123	Actividad en Medios de Comunicación
APP136	Familia y vivienda
APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
APP139	Actividades en Centros Penitenciarios
APP140	Actividades con Niños
APP141	Actividades con Adolescentes
APP142	Actividades con Adultos
APP143	Actividades con Adultos Mayores
APP144	Actividad con docentes
APP145	Actividades con Alumnos
APP146	Actividad con Padres de Familia
APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
APP163	Actividades con Universidades
APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
APP166	Actividades con Líderes Escolares
APP168	Actividad con Centros Laborales

d. Capacitación a actores sociales, educación y autoridades locales para la intervención de RBC.

CÓDIGO	CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES, EDUCACIÓN Y AUTORIDADES LOCALES PARA LA INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD
C0001	Reunión en Municipios
C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C0003	Reunión en Comunidad
C0004	Taller para Municipios
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C0006	Taller para la Comunidad
C0008	Taller para personal de Salud
C0009	Sesión Educativa
C0010	Sesión demostrativa
C0012	Sesión de grupo de Ayuda Mutua
C1042	Reunión de abogacía con las autoridades locales y medios de comunicación para el trabajo articulado de la mejora de la salud de la población.
C2063	Sesión Educativa para cuidadores
C3121	Sesiones Educativas en derechos de las Personas con discapacidad en adaptaciones arquitectónicas y otros
C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)

1.2. Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de Prevención y Control de la Persona con Discapacidad.

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en el lugar que se brinda la atención de prevención y control de la persona con discapacidad, según el nivel de atención.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y LAB presentan algunas particularidades que se detallara a continuación:

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) Únicamente cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y **debe marcarse una sola vez para el mismo** episodio del problema de salud de Prevención y Control de la Persona con Discapacidad en una persona usuaria.

R: (Diagnóstico repetido) Se marca cuando la persona usuaria vuelve a ser atendido para el seguimiento del mismo episodio del problema de salud de Prevención y Control de la Persona con Discapacidad, en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) 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 ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” hasta un máximo de 20 actividades para completar el registro de la atención.

Registro de la condición de la persona:

En el ítem de laboratorio (LAB), en el caso que el usuario presenta una de estas condiciones, registre en el 1er o 2do o 3er valor LAB del diagnóstico “definitivo” las siguientes siglas según corresponda:

VALOR LAB	CONDICION
DIS	Persona con discapacidad (*)
LEV	Discapacidad Leve
MOD	Discapacidad Moderada
SEV	Discapacidad Severa
REH	Persona con discapacidad Rehabilitado.

* Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando se atiende a las personas con discapacidad “permanente con o sin acreditación de certificado de discapacidad”.

En caso de las gestantes se registra la palabra gestante. Por ejemplo.

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ		
7	8	9 11 13 14 15 16 17 18 19	PERIMENTRIO DE PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN ESTADÍSTICO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 21 22		
DIA	D.N.I.	FINANCIAMIENTO	ESTADO SERVICIO	TIPO DE VALOR CÓDIGO DIAGNÓSTICO LAB CIE / OPMS		
	HISTORIA CLÍNICA	ESTRATO DE PROCEDIMIENTO	EDAD SEXO	P D R 1° 2° 3°		
	GESTANTE/EPUPERER	ETNIA	CENTRO POBLADO			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (1) FECHA DE NACIMIENTO: _____ (2) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: _____ (3) FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ (4)						
12	23481762	30 SANTA ANA	X M PC 43 M Pab D X Pab	PESO N N 1. AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE RODILLA TALLA 2. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II HB R R 3.	P D X DIS MOD	S880
	34355				P X R 1 1	99202
	GESTANTE				P D R	

En caso de Población indígenas u originarios y afrodescendientes, debe de codificar el código de pertenencia étnica según el Anexo 2. Por ejemplo.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

ANIO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																				
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN					UPSS - MR					DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS																		
															D.N.I.	FINANC. ESTRATO DE PROCEDENCIA	PERIMETRICO	EVALUACIÓN ESTÁNDAR	SER-BLEO	VICIO	F	D	R	20	21	22						
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	CEFÁLICO ANTROPOM.				P	Z ¹	Z ²	Z ³																			
GESTANTE/PUERPERA ETNIA ENTRPOBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																	
12	23481762	30	SANTA ANA	43	X	M	PC	PESO	N	N	1. SÍNDROME DE DOWN 2. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención I	P	D	DIS	MOD	Q90.0																
	34355																		TALLA		X	X										99201
																		D	X	Pab												

Si las prestaciones son realizadas [por telemedicina](#), se adicionará al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica de la persona usuaria.

VALOR LAB	CONDICIÓN	MOMENTO
99499.08	Teleorientación sincronica	Atención
99499.09	Teleorientación asincronica	
99499.01	Teleconsulta en línea	
99499.03	Teleconsulta fuera de línea	
99499.10	Telemonitoreo	
99499.11	Teleinterconsulta sincronica	
99499.12	Teleinterconsulta asincronica	
99499.13	Telecapacitación	Capacitación

II. REGISTRO DE LA CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN.

Actividades de fortalecimiento de competencias, que comprenden cursos, talleres, etc., mediante la modalidad presencial, virtual (sincrónica y asincrónica) con un mínimo de 24 horas académicas semestrales y anual 48 horas (Término de la actividad) realizado por profesionales con competencias en los temas de los Productos/Actividades del Programa Presupuestal, a continuación, se menciona los números (1,2,3,4) de las temáticas:

1. Manejo de las principales condiciones de discapacidad y sus condiciones secundarias (Ejemplo Trastorno específico del desarrollo de la función motriz, etc.).
2. Normas técnicas para la certificación de discapacidad
3. Ayudas técnicas o productos de apoyo.
4. Registro, codificación, referencia a establecimiento de mayor nivel de complejidad, otros no consignado anteriormente.

TEMÁTICA	CÓDIGOS
1	REFIERE A CÓDIGOS DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA, SENSORIAL Y MENTAL
2	CÓDIGO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (99450.01)
3	CÓDIGO DE AYUDAS TÉCNICAS (99201, 99202, 99203, 99204, 97762, 97703)
4	CÓDIGO DEL SERVICIO O PROCEDIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA/REHABILITACIÓN NO LISTADA (97799)

Dirigido al personal de salud que realiza actividades relacionadas a medicina de rehabilitación, para las mejoras en las intervenciones en el abordaje de los problemas de atención a las personas con discapacidad; se desarrollan en los Institutos y Hospitales y EESS del primer nivel que cuenten con el recurso humano que provee servicios y/o atenciones de rehabilitación.

❖ **Responsable del registro: el profesional capacitador.**

Ejemplo. Capacitación del Manejo de las principales discapacidades y sus condiciones secundarias, en la temática (Ejm. Trastorno específico del desarrollo de la función motriz, etc.) mediante taller para personal de salud, desarrollada en la 1º sesión a 30 participantes del servicio de rehabilitación.

En el ítem: Mes y día anote, registre la fecha en la que realizó la actividad.

En el ítem: Historia Clínica, registre APP100 Establecimiento de salud.

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

- En el 1º casillero registre la intervención realizada, por Ejemplo “Taller para personal de salud”.
 - En el 2ºcasillero: colocar la temática del manejo de la principal discapacidad y sus condiciones secundarias (Eim. “Trastorno específico de la pronunciación”).

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero correspondiente a la intervención realizada, marque “D”.
 - En el 2º casillero correspondiente a la temática, marque “R”.

En el ítem Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre el número de sesión (1,2,3,4 ..)
 - En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre el número de personal de salud que recibieron la capacitación.
 - En el 1º casillero lab de la 2 da. actividad registre el número de la temática (1,2,3,4 ..) según corresponda.

Ejemplo. La capacitación mediante taller para personal de salud, desarrollada en la 1º sesión a 30 participantes del servicio de rehabilitación (temática 1).

Ejemplo. Capacitación concluida mediante taller para personal de salud, desarrollada en la 4º sesión a 30 participantes del servicio de rehabilitación.

En el ítem: Mes y día anote, registre la fecha en la que realizó la actividad.

En el ítem: Historia Clínica, registre APP100 Establecimiento de salud.

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

- En el 1º casillero registre: Ejemplo “Taller para personal de salud”.

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

- En el 1º casillero correspondiente a la intervención realizada, marque “D”.
 - En el 2º casillero correspondiente a la temática, marque “R”.

En el ítem Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre el número de sesión (1,2,3,4 ..)
 - En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre el número de personal de salud que recibieron la capacitación.
 - En el 3º casillero lab de la 1era actividad registre TA (término) que indicará la actividad de capacitación concluida.
 - En el 1º casillero lab de la 2da. actividad registre el número de temática (1,2,3,4 ..) según corresponda.

La capacitación concluida (TA) mediante taller para personal de salud, desarrollada en 4 sesiones a 30 participantes del servicio de rehabilitación.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

2 AÑO	3 MES	4 DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 E DEL RESPONSABLE DE LA ATE							
2025	ABRIL	HOSPITAL XXX					UPSS-MR					DN	12345678	XXXX					
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANCIERO	TRITO DE PROCEDEN	EDAD	SEXO	PERIMET	EVALUACION	ESTA SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO							
	HISTORIA CLINICA	10	12			RO	ANTROPOME	BLEVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTIC	LAB	CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*	
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO PUEBLADO			CEFALIC	TRICA						P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____)						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____)							
2/04/2025	APP 100	ATE		HUAYCAN	A M D	M F Pab	PES O TAL LA Hb	N C R	N C R	1. Taller para personal de salud			P D R	X	R	4	30	TA	C0008
										2. Trastorno específico de la pronunciación.									
										3.									

Telecapacitación :

Es el proceso de enseñanza y aprendizaje dirigido al personal de salud, mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC), realizado por profesionales de la salud competentes, orientado a fortalecer las competencias en temas de salud.

Valor Lab	Condición	Momento
99499.13	Telecapacitación	Capacitación

Registro de acciones desarrolladas a través de telecapacitación en la 1º sesión.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, registre APP 100 Establecimiento de salud

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

- En el 1º casillero registre: Telecapacitación

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

En el ítem Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre el número de sesión (1 o 2).
- En el 2ºcasillero lab de la 1era actividad registre el número de participantes

2 AÑO	3 MES	4 DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 E DEL RESPONSABLE DE LA ATE						
2025	ABRIL	HOSPITAL XXX					UPSS-MR					DN	12345678	XXXX				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANCIERO	TRITO DE PROCEDEN	EDAD	SEXO	PERIMET	EVALUACION	ESTA SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO						
	HISTORIA CLINICA	10	12			RO	ANTROPOME	BLEVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTIC	LAB	CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO PUEBLADO			CEFALIC	TRICA						P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____)						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____)						
2/04/2025	APP 100	ATE		HUAYCAN	A M D	M F Pab	PES O TAL LA Hb	N C R	N C R	1. telecapacitación			P D R	X	R	1	10	99499.13
										2.								
										3.								

Registro de acciones desarrolladas a través de telecapacitación en la 2º sesión con término de la actividad (total 48 horas).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, registre APP 100 Establecimiento de salud

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

- En el 1º casillero registre: Telecapacitación

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

En el ítem Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre el número de sesión (2,3 o 4).
- En el 2ºcasillero lab de la 1era actividad registre el número de participantes
- En el 3º casillero lab de la 1era actividad registre TA (término) que indicará la actividad de capacitación concluida.

2 AÑO	3 MES	4 DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 E DEL RESPONSABLE DE LA ATE							
2025	ABRIL	HOSPITAL XXX					UPSS-MR					DN	12345678	XXXX					
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANCIERO	TRITO DE PROCEDEN	EDAD	SEXO	PERIMET	EVALUACION	ESTA SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO							
	HISTORIA CLINICA	10	12			RO	ANTROPOME	BLEVICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTIC	LAB	CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*	
	GESTANTE/PUERPER	ETNIA	CENTRO PUEBLADO			CEFALIC	TRICA						P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____)						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____)						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____)							
2/04/2025	APP 100	ATE		HUAYCAN	A M D	M F Pab	PES O TAL LA Hb	N C R	N C R	1. Telecapacitación			P D R	X	R	2	10	TA	99499.13
										2. Trastorno específico de la pronunciación.									
										3.									

III. DEL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

La atención de rehabilitación a las personas con discapacidad es un conjunto de acciones de carácter individual o grupal orientadas a brindar atención de rehabilitación que comprende: atención médica de Rehabilitación, atención de terapia de lenguaje, ocupacional, psicológica, sesiones de terapias individuales y/o grupales, entre otras, además de la provisión de ayudas técnicas según corresponda en el anexo N° 01: Listados de Ayudas técnicas. Acude en forma ambulatoria o se encuentre en hospitalización (requerido mediante una interconsulta), quienes recibe prestaciones de salud de rehabilitación relacionadas a actividades funcionales, física, auditivas, visuales, lenguaje, mental, producto de apoyo o ayudas técnicas. Lo realizan los médicos especializados en Medicina Física y Rehabilitación, Licenciados en tecnología médica (terapia física, lenguaje, ocupacional), licenciados en psicología, licenciados en trabajo social y otros profesionales de la salud capacitados. El desarrollo de la atención es en el marco de la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación. (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con Unidad Productora de Servicios de Salud de Medicina de Rehabilitación (UPSS MR) o Sub UPSS de Medicina Física y Rehabilitación de la DIRESA/ GERESA o DIRIS, y de corresponder en su respectiva ejecutora, a través de la modalidad de oferta fija, oferta móvil y telesalud, según corresponda. La entrega del servicio dependerá de la condición de salud de la persona y de ser el caso se brindará la orientación a sus familiares o cuidadores; con el objetivo de restablecer o mejorar la capacidad funcional física, sensorial, mental con la finalidad de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. Si el caso lo amerite con el fin de evaluar su estado actual y el cumplimiento de los objetivos planteados en PCD física, sensorial, mental y/o en riesgo de ella, en caso de continuar o surgir nuevas necesidades o problemas. De ser el caso sea necesario se reformula la atención al usuario o se refiere a una UPS Medicina de Rehabilitación de mayor complejidad.

3.1. Registro de la consulta externa de la atención de rehabilitación a persona con discapacidad física, sensorial, mental.

Listado de Unidad productora de servicios (aprobados con RM N° 704-2006/MINSA Y Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA), con los códigos de:

CÓDIGO	UPS
302201	MEDICINA REHABILITACION
302202	REHABILITACION CARDIORRESPIRATORIA
302203	REHABILITACION DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR
302204	REHABILITACION DE TRASTORNOS SENSORIALES
302205	REHABILITACION EN AMPUTADOS / QUEMADOS Y TRASTORNOS POSTURALES
302206	REHABILITACION EN APRENDIZAJE
302207	REHABILITACION EN COMUNICACIÓN
302208	REHABILITACION EN DESARROLLO PSICOMOTOR
302209	REHABILITACION EN LESIONES CENTRALES
302210	REHABILITACION EN LESIONES MEDULARES
302211	REHABILITACION EN RETARDO MENTAL Y ADAPTACION SOCIAL
303309	REHABILITACION ORAL
130103	REHABILITACIÓN OFTALMOLÓGICA
400101	FONIATRIA

490104	TELETERAPIA
999999	UPS NO REGISTRADA

Si las prestaciones son realizadas por telemedicina, se adicionará al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica de la persona usuaria.

Valor Lab	Condición	Momento
99499.08	Teleorientación sincronica	Atención
99499.09	Teleorientación asincronica	
99499.01	Teleconsulta en línea	
99499.03	Teleconsulta fuera de línea	
99499.10	Telemonitoreo	
99499.11	Teleinterconsulta sincronica	
99499.12	Teleinterconsulta asincronica	

Ejemplo 1. Atención médica de persona con discapacidad física.

En el ítem Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Artrosis**, en el tipo de Diagnóstico marque “P”, “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de PCD.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la PCD acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV), según detalle.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad registre el número de consulta, sesión que corresponda (1,2,3...).

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ	
7	8	9 11 13 14 15 16 17 18	19	20 21 22	
DIA	D.N.I.	FINANCIAMIENTO DE PROCEDIMIENTO	PERMITIDO	TIPO DE	
			EVALUACIÓN ESTABELECIMIENTO	VALOR	
	HISTORIA CLÍNICA	10 12	CEFALOCÉFALICO ANTRÓPO	CÓDIGO	
	GESTANTE/EMPAQUE	ETNIA CENTRO POBLADO		CIE /CPMS	
				P D R 1 2* 3*	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRERAS (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
12	23481762	30 SANTA ANA	X X PC	PESO N X 1. Artrosis, no Especificada P X R DIS LEV M199	
	34355		M F Pab	EVALUACIÓN ESTABELECIMIENTO	P X R 1 99201
			D	Hb R R 3.	P D R

Recordar:

Primero registrara el diagnóstico clínico de la persona, luego la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. Para el diagnóstico tenemos el CIE 10 y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: consulta médica, entre otros.

Persona con Discapacidad: Es aquella persona que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de

Ejemplo 2. Atención médica de lumbociática de una persona con riesgo de discapacidad.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso Lumbociática, en el tipo de Diagnóstico marque “P”, “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo (según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS). Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, LAB registre:

- En el 1º casillero LAB de la 2da actividad registre el número de consulta, sesión que corresponda (1,2,3...).

1 AÑO	2 MES	3 DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (E)				4 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					5 DOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN				UPSS - MR					DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ											
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	RITMO DE PROCEDIM.	ESTAD.	SEXO	PERIMETRO	EVALUACI.	ESTA.	SER.	BLE.	VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE /CPMS							
GESTANTE/PUERPEA	HISTORIA CLÍNICA	10	12	11	13	PC	RO	ON	CEFA	ANTROPOM.	A HEMOGLOBINA	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	P D R	T 1 2* 3*								
ETNIA	CENTRO Poblado																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE CARLOS CONTRERAS (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
12	23481762	30	SANTA ANA	X X	PC	PES O	N	X 1.	LUMBOCIÁTICA							P X R	M54.4					
	34355								43	M	F	Pab	X 2.	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención I								
									D			Hb	R	R	3.							

Ejemplo 3. Atención médica de persona con discapacidad sensorial.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso “**trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje**”, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “P”, “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad registre el número de consulta, sesión que corresponda (1,2,3...).

7	8	9	10 DISTRITO DE PROCEDENCIA				11 EDAD	12 SEXO	13 PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	14 EVALUACIÓN ANTRÓPOMETRIC	15 ESTA. SER. VÍCIO	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTrito DE PROCEDENCIA				EDAD	SEXO	CEFÁLICO Y ABDOMINAL	ANTRÓPOMETRIC	ESTA. SER. VÍCIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE /CPMS					
HISTORIA CLÍNICA	10	12	CENTRO Poblado				11	13	14	15	16	17	18	19	P D R	T 1 2* 3*				
GESTANTE/PUERPEA	ETNIA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE SANDRA ROSALES (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
2	78675432	30	SANTA ANA	X M	PC	PESO	N	X 1.	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE							P D X DIS MOD	F808			
	43546								M	TALL A	X C	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II								
									D	Hb	R	R	3.							

Recordar: Primero registrará el diagnóstico clínico de la persona, luego la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. Para el diagnóstico tenemos el CIE 10 y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: consulta médica, entre otros.

Ejemplo 4. Atención médica de persona con discapacidad mental.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso. **“trastornos secundarios del aprendizaje”**, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “P”, “D” o “R”, según corresponda.
 - En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
 - En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
 - En el 1º casillero lab de la 2da actividad registre el número de consulta, sesión que corresponda (1,2,3....).

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINANCI	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICAS A HEMOGLOBINA	ESTABELEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / PCMS		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R	1 st 2 nd 3 rd			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	[]	FECHA DE NACIMIENTO:	/	/						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:	/	/	FECHA DE ULTIMA REGA:	/	
23481762	30	SANTA ANA	X	X	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO SECUNDARIO DEL APRENDIZAJE	P	D	X	DIS MOD	F8192
34355			43	M	TALLA		X	X	2.	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II	P	X	R	1	99202
				F	Pab										
				D	Hb		R	R	3.						

Recordar: Primero registrara el diagnóstico clínico de la persona, luego la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. Para el diagnostico tenemos el CIE 10 y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: consulta médica, entre otros.

3.2. Registro de Niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que acuden a Rehabilitación

Son actividades de intervención a los niños y niñas menores de 5 años con discapacidad o riesgo de discapacidad, realizada por el profesional del servicio de medicina de rehabilitación, comprende: atención médica de Rehabilitación, atención de terapia de lenguaje, ocupacional, psicológica, sesiones de terapias individuales y/o grupales, entre otras, además de la provisión de ayudas técnicas según corresponda el anexo N° 01: Listados de Ayudas técnicas. según Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación. (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01). En Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con Unidad Productora de Servicios de Salud de Medicina de Rehabilitación (UPSS MR) o Sub UPSS de Medicina Física y Rehabilitación de la DIRESA/GERESA o DIRIS, y de corresponder en su respectiva ejecutora, a través de la modalidad de oferta fija, oferta móvil y telesalud, según corresponda.

Considerar los siguientes códigos frecuentes para el registro de la actividad.

DESCRIPCIÓN	CIE 10
Sólo con Apgar menor de 7 a los 5 minutos, Edad gestacional menor a 28 semanas:	CNV
Prematuridad:	P07.2, P07.3
Extremadamente Bajo peso al nacer:	P07.0
Malformaciones congénitas:	Q00-Q09, Q31, Q32, Q33, Q35, Q36, Q37, Q38.0, Q38.1, Q65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q76, Q77, Q78, Q79.6, Q79.8, Q79.9, Q87.1, Q87.2, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q90, Q91, Q92, Q93, Q95, Q96, Q99.2, Q99.8, Q99.9

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

Meningitis:	A39.0, A87.0, A87.1
Encefalitis:	A85.0, A85.1, A85.8, A86
Kernicterus:	P57.9
Convulsiones:	P90.X
Hipertonia congénita:	P94.1
Hipotonía congénita:	P94.2
Retinopatía de la prematuridad:	H35.1
Hipotiroidismo:	E03.0, E03.1, E03.3.
Retardo del desarrollo:	R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.4, F80.8, F80.9, F82, F83, F84.0, FR4.1, F84.2, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9.
Sepsis neonatal:	P36.0, P36.1, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9
Septicemia:	A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9
Parálisis cerebral:	G80.0, G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9
(*) A partir del Tercer nivel de atención agregar para la estimación del numerador y denominador el siguiente código CIE-10:	
Desarrollo de aptitudes tardío en la infancia.	R62.0
(*) A partir del nivel III-1 E (***) Instituto Nacional de Rehabilitación, con UPSS MR. Agregar a la atención de las personas atendidas con diagnósticos de deficiencias antes mencionadas, los siguientes códigos CIE 10:	
Hipoacusia.	H90.3
(*) Para el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:	
Malformaciones congénitas:	Q02, Q03, Q04, Q05, Q06, Q07, Q32, Q33, Q35, Q36, Q37, Q38, Q.65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q76, Q90, Q91
Retardo del desarrollo:	R62.0, R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.8, F80.9, F82.X, F83.X, F84.9
Parálisis cerebral:	G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9.
Hipoacusia Neurosensorial Bilateral:	H90.3
Secuelas de quemaduras:	T95.0, T95.1, T95.2, T95.3, T95.9
(*) Para el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- INEN, sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:	
Tumores malignos del tejido conjuntivo y blandos	C49
Tumores malignos del ojo	C69
Tumores malignos del sistema nervioso central	C71
(*) Para el Instituto Nacional de Oftalmología – INO, Dr. Francisco Contreras C. sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:	
Afaquia congénita:	Q12.3
Afaquia:	H27.0
Albinismo ocular	E70.3
Ambliopía:	H53.0
Aniridia congénita:	Q13.1
Anoftalmia:	Q11.1
Atrofia óptica:	H47.2
Catarata congénita:	Q12.0

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

Coloboma de iris:	Q13.0
Coloboma del cristalino:	Q12.2
Coloboma nervio óptico:	Q14.20
Coloboma retina o del fondo de ojo:	Q14.80
Coriorretinitis:	H30.X
Discapacidad visual:	H54.9
Disgenesia del segmento anterior:	Q13.9
Distrofia hereditaria de la retina:	H35.5
Estrabismo congénito:	H50.9
Glaucoma congénito:	Q15.0
Hipotiroidismo congénito:	E03.1
Hipotonía congénita:	P94.2
Malformación o alteraciones congénitas del humor vítreo:	Q14.0
Microcórnea:	Q13.4
Microftalmos:	Q11.2
Nistagmus congénito:	H55.X
Parálisis cerebral infantil:	G80.9
Ptosis congénita:	Q10.0
Retinoblastoma:	C69.20
Retinopatía de la prematuridad:	H35.1
Rubeola congénita:	P35.0
Sepsis neonatal:	P36.9
Sufriimiento fetal agudo:	O68.9
Toxoplasmosis congénita:	P37.1
Ceguera Cortical:	H47.6
Trastornos de las vías ópticas:	H47.5

Fuente: HIS-MINSA / CNV

❖ **Responsable del registro: el profesional de la UPSS MR.**

Ejemplo 1. Atención médica de una persona con discapacidad (sin certificado de discapacidad).

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, por ejemplo, **síndrome Down sin certificado de discapacidad**, en el Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con la persona usuarias. Por ejemplo, evaluación médica de especialidad, Procedimientos(s) terapéuticos (s), consejería de prevención de riesgo de discapacidad.

ÁRQ	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 236556767 DR. JOSE SANCHEZ	
7	8	9 11 13 14 15 16 17 18	19	20 21 22	
D.M.I.	INICIO DE PROCEDIMIENTO	PERIMETRO CEFALÍ	EVALUACIÓN ESTASER ELECTRICO	TIPO DE DIAGNÓSTICO VALOR LAB	
DIA HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/EMPREPE ETNIA DENTRO Poblado	10 12	EDAD SEXO ANTROP	TIPO ACTIVIDAD DE SALUD	CÓDIGO CIE / CPMS	
NOMBRES Y APELLIDOS P CARLOS CON (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: _____					
12	23481762 34355	30 SANTA ANA	W M PC M F Pab D R	PESO N C 1. SÍNDROME DE DOWN Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II P D X R I 99202 P D R	Q90.0

Ejemplo 2. Atención médica de un niño o niña con discapacidad (certificado de discapacidad).

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso síndrome Down, en el Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda,
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con la persona usuarias. Por ejemplo, evaluación médica de especialidad, Procedimientos(s) terapéuticos (s), consejería de prevención de riesgo de discapacidad.

ÁÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ				
7	8	9 11 13 14 15	16 17 18 19	20 21 22				
D.N.I.	FINANC	RITO DE PROCED	EVALUA CIÓN PERIME TRO CEFALE	ESTASER - ELECTRÍC	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS
DIA	ISTORIA CLINIC	10 12	EDAD	SEXO	TRO	P D R	1* 2* 3*	
GESTANTE/PUERPE	ETNIA	CENTRO Poblado	ANTROP					
NOMBRES Y APELLIDOS P CARLOS CON (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____								
12	23481762	30 SANTA ANA	X M PC	PES O 3 M D F Pab	N N X X R R 3.	SÍNDROME DE DOWN	P D X DIS MOD	Q90.0
	34355					Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II	P X R 3	99202
							P D R	

Ejemplo 3. Atención del Licenciado (a) en tecnología médica en terapia física de un niño o niña con discapacidad (certificado de discapacidad).

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Síndrome Down**, en el Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda,
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con la persona usuarias. Por ejemplo, terapia física por el Licenciado (a) en Tecnología Médica en terapia física.

ÁÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 LIC. MANUEL SALCEDO				
7	8	9 11 13 14 15	16 17 18 19	20 21 22				
D.N.I.	FINANC	RITO DE PROCED	EVALUA CIÓN PERIME TRO CEFALE	ESTASER - ELECTRÍC	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS
DIA	ISTORIA CLINIC	10 12	EDAD	SEXO	TRO	P D R	1* 2* 3*	
GESTANTE/PUERPE	ETNIA	CENTRO Poblado	ANTROP					
NOMBRES Y APELLIDOS P CARLOS CON (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____								
20	23481762	30 SANTA ANA	X M PC	PES O 3 M D F Pab	N N X X R R 3.	SÍNDROME DE DOWN	P D X DIS MOD	Q90.0
	34355					Evaluación de terapia física	P X R 1	97001
							P D R	

Ejemplo 4. Atención médica de una niño o niña con riesgo de discapacidad.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Retardo del desarrollo**, en el Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda,
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con la persona usuarias. Por ejemplo, evaluación médica de especialidad, Procedimientos(s) terapéuticos (s), consejería de prevención de riesgo de discapacidad.

ÁÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2025	ABRIL	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. PEÑA				
7	8	9 11 13 14 15	16 17 18 19	20 21 22				
D.N.I.	FINANC	RITO DE PROCED	EVALUA CIÓN PERIME TRO CEFALE	ESTASER - ELECTRÍC	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS
DIA	ISTORIA CLINIC	10 12	EDAD	SEXO	TRO	P D R	1* 2* 3*	
GESTANTE/PUERPE	ETNIA	CENTRO Poblado	ANTROP					
NOMBRES Y APELLIDOS P CARLOS CON (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____								
12	23481762	30 SANTA ANA	X M PC	PES O 3 M D F Pab	N N X X R R 3.	RETARDO DEL DESARROLLO	P D X DIS MOD	R62.0
	34355					Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II	P X R 1	99202
							P D R	

3.3. Registro de la atención de rehabilitación a personas con discapacidad múltiples

Ejemplo 1. Atención médica de una persona con parálisis cerebral, sordomudez.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso parálisis cerebral, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “P”, “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre la sordomudez, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “P”, “D” o “R”, según corresponda.
- En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero lab de la actividad o procedimiento respectivo registre el número de consulta, sesión que corresponda (1,2,3,...).

ÁÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IF)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ
7	8	9 11 13 14 15 16 17 18 19	PERMITRO EVALUACIESTASERDIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 21 22
D.N.I.	FINANCIRO DE PROCEDER	EDAD SEXO PC	CEFAUC ANTRÓPO	TIPO DE VALOR CODIGO DIAGNOSTICO LAB CIE / CPMS P D R 1 ^a 2 ^a 3 ^a
DIA HISTORIA CLINICA	10 12	GESTANTE/PLUEPER ETNIA CENTRO Poblado		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRER (*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____)				
12	23481762	30 SANTA ANA	S X PC M F Pab Hb R R	1. Parálisis cerebral espástica P R DIS SEV G800
	34355			2. Sordomudez P R H91.3
				3. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II P R 1 99202

3.4. Registro de los procedimientos médicos en medicina de Rehabilitación

El registro y codificación del procedimiento realizado por el profesional médico en medicina de rehabilitación en los establecimientos de salud, está a cargo del médico ejemplo:

Ejemplo. Procedimiento médico infiltración en un usuario con discapacidad física.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Artrosis**, en el tipo de Diagnóstico marque “R”.
- En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, **Infiltración extraarticular**, en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de PCD.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la PCD acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero lab de la 2da o 3ra actividad según corresponda, registre el número de procedimiento que corresponda (1,2,3...).

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI			OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
			2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN										23656767 DR. JOSE SANCHEZ			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS		20	21	22
D.N.I.	FINANC.	TRITO DE PROCEDEN	PERMIT	EVALUACI	ESTA SER	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO							
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	RO	ON	BLE	ICIA	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO				
GESTANTE/PUEPER	ETNIA	CENTRO POBLADO	CEFA	PC	ANTROPOMETR	ON	ANTROPO	BLE	VICIO	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	CARLOS CONTRERAS	(*FECHA DE NACIMIENTO:	/	/	/											FECHA DE ULTIMA REGLA:	/	/
23481762	30	SANTA ANA	X	X	PC	PESO	N	N	1.	Artrosis, no Especificada		P	D	X	DIS	MOD		M199
12	34355						X	X	2.	Infiltración extraarticular		P	X	R	1			99187
						Hb	R	R	3.			P	D	R				

3.5. Registro de las Sesiones Terapéuticas

Están a cargo del tecnólogo médico de medicina de rehabilitación, psicólogo, entre otros quienes aplicarán la Guía de práctica clínica y/o Guía de procedimientos que apruebe la autoridad sanitaria nacional, según indicaciones del médico rehabilitador o médico capacitado en rehabilitación.

Ejemplo 1. Atención del tecnólogo médico en terapia física a persona con discapacidad física.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Artrosis**, en el tipo de Diagnóstico marque “R”.
- En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS. Por ejemplo, aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas (compresas calientes o frías); procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; entre otros según corresponda al usuario. En el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, LAB registre:

- En el 1º casillero LAB de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero LAB de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero LAB de la 2da, 3ra actividad registre el número de sesión que corresponda (1,2,3...).

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI			OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
			2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN										12341234 Lic. MARIA LOZANO			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
D.N.I.	FINANC.	TRITO DE PROCEDEN	PERMIT	EVALUACI	ESTA SER	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO							
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	SEXO	RO	ON	BLE	ICIA	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO				
GESTANTE/PUEPER	ETNIA	CENTRO POBLADO	CEFA	PC	ANTROPOMETR	ON	ANTROPO	BLE	VICIO	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	CARLOS CONTRERAS	(*FECHA DE NACIMIENTO:	/	/	/											FECHA DE ULTIMA REGLA:	/	/
23481762	30	SANTA ANA	X	X	PC	PESO	N	N	1.	ARTROSIS		P	D	X	DIS	LEV		M199
12	34355					TALLA	X	X	2.	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; COMPRESAS CALIENTES O FRÍAS		P	X	R	1			97010
23						Hb	R	R	3.	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; REEDUCACIÓN NEUROMUSCULAR DEL MOVIMIENTO, EQUILIBRIO, COORDINACIÓN, SENTIDO QUINESTÉSICO, POSTURA Y PROPIOCEPCIÓN PARA ACTIVIDADES EN POSICIÓN DE PIE Y/O SENTADO		P	X	R	1			97112

Recordar: Primero registrara el diagnóstico clínico de la persona, luego la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. Para el diagnóstico tenemos el CIE 10 y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: procedimientos según CMPS

Ejemplo 2. Atención del tecnólogo médico en terapia física a persona con riesgo de discapacidad.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **Lumbociática**, en el tipo de Diagnóstico marque “R”.
- En el 2º casillero registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la evaluación y manejo (según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS). Por ejemplo, Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas, compresas calientes o frías; Técnicas de terapia manual; entre otras. En el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 2da,3ra.... actividad, el número de sesión que corresponda (1,2,3...).

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2025	FEBRERO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN					UNIDAD FUNCIONAL O SUB UPSS - MR					DNI 12341234 Lic. MARIA LOZANO							
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	DNI	FINANCIAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS	HISTORIA CLÍNICA	ESTADÍSTICO	PERIMETRO CRANICO	EDAD	SEXO	PERIMETRO ANTROPOMÉTRICO	EVALUACIÓN SERVICIO	ESTADÍSTICO	TIPO DE ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS				
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado											P	D	R	1	2*	3*	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: CARLOS CONTRERAS (*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____)										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____				
23	23481762	30	SANTA ANA	43	X M F D	X PC Pab	PESO TALLA Hb	N XX R R	N XX R R	1 2. 3.	LUMBOCIÁTICA APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; COMPRESAS CALIENTES O FRÍAS TÉCNICAS DE TERAPIA MANUAL	P X R	D 1	R	M54.4 97010 97125				
	34355																		

3.6. Registro de la referencia y contra referencia

De ser necesario, referir al establecimiento de salud con UPSS de Medicina de Rehabilitación de mayor complejidad, teniendo en cuenta criterios de oportunidad de la atención y capacidad resolutiva de establecimiento. Registra un profesional del equipo interdisciplinaria (médico, tecnólogos medico en terapia física, /lenguaje/ocupacional, psicólogos, entre otros).

Ejemplo. Referencia de un usuario con amputación.

En el ítem: en la historia clínica, registre el documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso Amputación Traumática a nivel de la Rodilla.
- En el 2º casillero registre: registre la intervención realizada con la persona usuaria, para la Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutiva.

En el ítem; en el tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero correspondiente a la intervención realizada, marque “P” “D” o “R” según corresponda.
- En el 2º casillero correspondiente al procedimiento de derivación/referencia, marque “D”.

En el ítem LAB registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																		
		HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN										UPSS - MR						DNI		23656767		DR. JOSE SANCHEZ														
2025	FEBRERO	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						20	21	22															
		D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDER		EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTA. SERVICIO	BLECOVICIO								TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*									
		DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO	ANTROP.																											
		GESTANTE/PUERPER.	ETNIA	CENTRO Poblado																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRER (*FECHA DE NACIMIENTO: _____, FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: _____) FECHA DE ULTIMA REGLA: _____																																				
12	23481762	30	SANTA ANA	53	X	X	PC	PESO	N	N	1.	Amputación Traumática a nivel de la Rodilla						P	D	X	DIS	MOD	S880													
	M											F	Pab																							
	D											Hb		R	R	3.	Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutiva																			
	34355																																			

3.7. Registro de la actividad grupal con persona usuaria

Ejemplo 1. Actividades grupales de personas con discapacidad

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, por el tipo de Diagnóstico marque siempre con “R”.
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con el grupo de persona usuarias. En este caso: procedimientos(s) o sesiones terapéuticos (s), grupal (2 o más personas), en el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1ra actividad registre la sigla de DIS, si corresponde.
- En el 2º casillero lab de la 1ra actividad registre la sigla de LEV o MOD o SEV, si corresponde.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad registre el número de sesión (1,2,3...)

Ejemplo 1: PROCEDIMIENTO GRUPAL DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
		HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN										UPSS - MR						DNI		23656767		LIC. JORGE SANCHEZ													
2025	FEBRERO	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						20	21	22														
		D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDER		EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTA. SERVICIO	BLECOVICIO								TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*								
		DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO	ANTROP.																										
		GESTANTE/PUERPER.	ETNIA	CENTRO Poblado																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRER (*FECHA DE NACIMIENTO: _____, FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: _____) FECHA DE ULTIMA REGLA: _____																																			
12	23481762	30	SANTA ANA	53	X	X	PC	PESO	N	N	1.	Artrosis, no Especificada						P	D	X	DIS	LEV	M199												
	M											F	Pab																						
	D											Hb		R	R	3.	Procedimientos(s) terapeuticos (s), grupal (2 o más personas)																		
	34355																																		

Ejemplo: PROCEDIMIENTO GRUPAL DE UNA PERSONA SIN DISCAPACIDAD

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																
		HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN										UPSS - MR						DNI		23656767		LIC. JORGE SANCHEZ												
2025	FEBRERO	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						20	21	22													
		D.N.I.	FINANC.	TIPO DE PROCEDER		EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTA. SERVICIO	BLECOVICIO								TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1*	2*	3*							
		DIA	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO	ANTROP.																									
		GESTANTE/PUERPER.	ETNIA	CENTRO Poblado																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRER (*FECHA DE NACIMIENTO: _____, FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: _____) FECHA DE ULTIMA REGLA: _____																																		
12	23483540	30	SANTA ANA	50	X	X	PC	PESO	N	N	1.	Lumbalgia						P	D	X	DIS	LEV	M54.5											
	M											F	Pab																					
	D											Hb		R	R	3.	Procedimientos(s) terapeuticos (s), grupal (2 o más personas)																	
	34233																																	

Recordar: Primero registrara el diagnóstico clínico de la persona, siempre debe registrar con diagnóstico “R”. luego registre la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. El diagnóstico clínico debe ser el mismo de la evaluación inicial y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: terapia grupal de rehabilitación.

3.8. Alta

Es cuando la persona con discapacidad o riesgo de discapacidad, es dada de alta del servicio de rehabilitación, por haber logrado metas funcionales, en un determinado periodo de tiempo. La

actividad es realizada por un médico del servicio de rehabilitación, se tiene en cuenta la información proporcionada por el equipo interdisciplinario tratante.

Ejemplo. Atención médica de persona con discapacidad física dada de alta del servicio de rehabilitación, por haber logrado metas funcionales, en un determinado periodo de tiempo.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, en este caso **artrosis**, en el tipo de Diagnóstico todos marcaran “R”.
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con la persona usuaria, para la evaluación y manejo (o el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS para registro de procedimientos médicos). Por ejemplo, consulta ambulatoria, en el tipo de diagnóstico todos los procedimientos registran “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV), según corresponda.
- En el 3º casillero lab de la 1era actividad agregue el registro de la sigla: REH (Rehabilitado), según detalle.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad registre el número de consulta a partir del 2 (2,3,4 ...).

VALOR LAB		DESCRIPCIÓN	
REH		Rehabilitado	
REH: Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando la persona con discapacidad o riesgo de discapacidad, es dada de alta del servicio de rehabilitación, por haber logrado metas funcionales, en un determinado periodo de tiempo.			

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (II)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)												OMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
			2025	AGOSTO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	16	17	18	19	20	21	22	DNI	23656767	DR. JOSE SANCHEZ			
DIA	FINANC.	RITMO DE PROCEDER	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO	EVALUACIÓN ANTRÓPO	ESTA. SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS	P	D	R	1*	2*	3*	
GESTANTE/PUERPEL	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENT CARLOS CONTRER	(*)FECHA DE NACIMIENTO:	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
23481762	30	SANTA ANA	X X	PC	PES O	N N	1.	Artrosis, no Especificada	P	D	X DIS	LEV	REH	M199				
12	34355		53	M	F	Pab	X X	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención I	P	X	R	3						99201
			D				Hb	R R 3.	P	D	R							

Recordar: Primero registrara el diagnóstico clínico de la persona, luego la actividad o procedimiento realizado, con la codificación que corresponda. Para el diagnóstico tenemos el CIE 10 y para los procedimientos tenemos, por ejemplo: consulta médica, terapia física, entre otros. La sigla REH siempre irá en cualquier de los casilleros de la primera actividad, según corresponda.

DIS * Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando se atiende a las personas con discapacidad

IV. DEL REGISTRO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Son los procedimientos médicos que se realizan en un establecimiento de salud para acreditar la condición de discapacidad, de acuerdo con el marco legal vigente (Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad).

Persona con Discapacidad Certificada en Establecimientos de Salud

Certificación de Discapacidad

Certificado de Discapacidad: Es el documento que acredita la condición de persona con discapacidad conforme al artículo 76º de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con discapacidad, y se realiza de acuerdo a la Norma Técnica N° 127 -MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad o su actualización; será expedido por el médico certificador en la IPRESS certificadora de acuerdo al marco legal normativo vigente.

El proceso en su totalidad incluye tres fases, las cuales deben de ser registradas en cada momento que se realizan: Evaluación, calificación y certificación.

Categoría de establecimientos de salud:

ACTIVIDAD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD									
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E
Certificación de discapacidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Se registrará en los establecimientos que cuenten de forma permanente o temporal con un médico certificador de la discapacidad.

Responsable del registro: Médico Certificador de la Discapacidad.

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN PROCEDIMIENTOS:

4.1. De la Evaluación

Es la primera etapa, que consiste en el procedimiento médico por el cual se evalúa la capacidad anatómica y funcional de una persona, en base al examen clínico con el apoyo de exámenes de ayuda al diagnóstico necesarios, para determinar el diagnóstico de daño y etiológico, deficiencias, limitaciones en la actividad y restricción en la participación de las personas con discapacidad. En caso no se hayan establecido los diagnósticos etiológicos o de daño, se podría realizar la evaluación en más de una consulta o interconsultas, debiéndose registrar cada una de la misma manera.

En los casos de deficiencias evidentes o congénitas, la evaluación se realiza en una única consulta, y se describen los hallazgos en la historia clínica, no requiriéndose análisis o interconsultas. El tiempo estimado es de 30 minutos.

Ejemplo. Registro de la evaluación.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero, registre claramente el diagnóstico de daño de la discapacidad más relevante (la que cause mayor gravedad). en el tipo de Diagnóstico marque siempre la letra “R” (Repetitivo).
- En el 2º casillero, registre claramente el diagnóstico etiológico de la discapacidad (relacionado al diagnóstico de daño registrado en el 1ºcasillero), en el tipo de diagnóstico siempre marque la letra “R” (Repetitivo).
- En el 3º casillero, registre claramente el procedimiento “Servicio de Evaluación, calificación y certificación de la discapacidad” (de acuerdo con la denominación CPMS), en el tipo de diagnóstico siempre marque la letra “D” (Definitivo) si se trata de una primera o única evaluación, marque la letra “R” si se trata de más de una evaluación (debido a interconsultas generadas para determinar el diagnóstico etiológico o de daño).

En el ítem, Lab registre:

- Solo en el 1º casillero, relacionado al procedimiento, anote el código numérico “1” (correspondiente a evaluación).

En el ítem CÓDIGO CIE/CPMS:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En el 1º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico de daño de la discapacidad.
- En el 2º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico etiológico de la discapacidad.
- En el 3º casillero, anote claramente el Código CMPS 99450.01

7	8 D.N.I.	9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO	21 VALOR LAB	22 CÓDIGO CIE / CPT
DIA	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10 12	CENTRO Poblado							P D R 1º 2º 3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____													
	4000500	2	ANDAHUAYLAS	45	X M M	M PC Pab	PESO 68 Hb	N 1.5	N X X R R	SINDROME POSTLAMINECTOMÍA TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATÍA SERVICIO DE EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	P D X P D X P X R 1		M96.1 M51.1 99450.01
	102030												
		58											

4.2. De la Calificación

Segunda etapa, que consiste en el procedimiento técnico - médico y administrativo mediante el cual se establece la gravedad de la discapacidad y el porcentaje de restricción en la participación. El tiempo estimado es de 30 minutos.

Ejemplo. Registro de la calificación.

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

- En el 1º casillero, anote claramente el diagnóstico de daño de la discapacidad más relevante.
- En el 2º casillero, anote claramente el diagnóstico etiológico de la discapacidad (relacionado al diagnóstico de daño registrado en el 1ºcasillero).
- En el 3º casillero, anote claramente el procedimiento “Servicio de Evaluación, calificación y certificación de la discapacidad” (de acuerdo con la denominación CPMS).

En el ítem, Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero, en la misma fila del diagnóstico de daño de la discapacidad siempre marque la letra “R” (Repetitivo).
- En el 2º casillero, en la misma fila del diagnóstico etiológico de la discapacidad, siempre marque la letra “R” (Repetitivo).
- En el 3º casillero, en la fila relacionada al procedimiento, siempre marque la letra “D” (Definitivo).

En el ítem, Lab:

- Solo en el 1º casillero, relacionado al procedimiento, anote el código numérico “2” (correspondiente a calificación).

En el ítem CÓDIGO CIE/CPMS:

- En el 1º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico de daño de la discapacidad.
- En el 2º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico etiológico de la discapacidad.
- En el 3º casillero, anote claramente el Código CPMS 99450.01

7	8 D.N.I.	9 FINANC.	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO	21 VALOR LAB	22 CÓDIGO CIE / CPT
DIA	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	10 12	CENTRO Poblado							P D R 1º 2º 3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____													
	4000500	2	ANDAHUAYLAS	45	X M M	M PC Pab	PESO 68 Hb	N 1.5	N X X R R	SINDROME POSTLAMINECTOMÍA TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATÍA SERVICIO DE EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	P D X P D X P X R 1		M96.1 M51.1 99450.01
	102030												
		58											

4.3. De la Certificación

Es la tercera etapa, que consiste en el procedimiento médico para la emisión del certificado de discapacidad. El médico certificador lo realiza a través del Aplicativo de registro de Discapacidad (<http://sihce.minsa.gob.pe/discweb>), haciendo uso de su usuario y contraseña personal. El tiempo estimado es de 15 minutos.

Ejemplo. Registro de la certificación.

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

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En el 1º casillero, anote claramente el diagnóstico de daño de la discapacidad más relevante.
- En el 2º casillero, anote claramente el diagnóstico etiológico de la discapacidad (relacionado al diagnóstico de daño registrado en el 1ºcasillero).
- En el 3º casillero, anote claramente el procedimiento “Servicio de Evaluación, calificación y certificación de la discapacidad” (de acuerdo con la denominación CPMS).

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero, en la misma fila del diagnóstico de daño de la discapacidad siempre marque la letra “R” (Repetitivo).
- En el 2º casillero, en la misma fila del diagnóstico etiológico de la discapacidad, siempre marque la letra “R” (Repetitivo).
- En el 3º casillero, en la fila relacionada al procedimiento, siempre marque la letra “D” (Definitivo).

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero, relacionado al procedimiento, anote el código numérico “3” (correspondiente a certificación).
- En el 2º casillero, relacionado al procedimiento, anote las siglas que corresponda (LEV, MOD y SEV)

En el ítem CÓDIGO CIE/CPMS:

- En el 1º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico de daño de la discapacidad.
- En el 2º casillero, anote claramente el código CIE 10 del diagnóstico etiológico de la discapacidad.
- En el 3º casillero, anote claramente el Código CMPS 99450.01

7 DIA	8 D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	9 FINANC. 10 12 CENTRO Poblado	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA ETNIA	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	16 EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC-	18 SER- VICIO	19 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNOSTICO P D R	21 VALOR LAB 18 28 38	22 CÓDIGO CIE / CPT
				NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: 4000500 102030	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
				2 ANDAHUAYLAS 58	45	X M D	M PC Pab	PESO TALLA Hb	N 1.5 R R	SINDROME POSTLAMINECTOMIA TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATIA SERVICIO DE EVALUACION, CALIFICACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD	X X 3.	R 3 SEV	

Registro de la Evaluación, calificación y certificación en una sola atención. - En aquellos casos en los que, el médico certificador tenga certeza de los diagnósticos etiológicos y de daño, la calificación y la certificación de la discapacidad, se realiza en una sola atención registrando en el HIS únicamente la fase de certificación, anote en el 1º casillero y 2º casillero relacionado al procedimiento, el código numérico “3” y las siglas correspondientes (LEV,MOD,SEV), respectivamente.

V. DEL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD.

5.1. Capacitación a agentes comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad

Actividad de orientación en salud integral y derechos para la PCD, dirigida al Agente Comunitario de Salud mediante talleres, sesiones educativas/demostrativa presencial o virtual; a fin de fortalecer sus competencias en el acompañamiento a la PCD y su familia. Lo realizan los profesionales de la salud capacitados y sensibilizados en la temática de la discapacidad. Se realiza en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y establecimiento II-1 con población asignada.

Se desarrollará mediante: taller, sesiones educativas/demostrativas, para cumplir debe ser mínimamente dos (02) actividades, donde se abordarán prioritariamente los siguientes temas, con un enfoque intercultural y metodología adaptada a la realidad de cada público objetivo:

- Discapacidad y rol del agente comunitario de salud
- Identificación de la Persona con Discapacidad
- Igualdad de oportunidades y derechos en salud de las personas con discapacidad
- Factores de Riesgo en las Persona con Discapacidad
- Atención y cuidados de las personas con discapacidad

Categoría de establecimientos de salud:

ACTIVIDAD	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1(*)
Capacitación a agentes comunitarios en Rehabilitación Basada en la Comunidad	X	X	X	X	X

(*) Con población asignada

- ❖ **Responsable del registro:** Personal de salud a cargo de la capacitación.

Ejemplo. Registro de Taller para la Comunidad.

En el ítem: Historia clínica, registre: "APP138" (correspondiente al APP de actividad con Agentes Comunitarios de Salud)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según codificación más frecuentes para el desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad- RBC. En el Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero de la actividad en salud, anote el número de taller (1, 2... según corresponda).
- En el 2º casillero de la actividad en salud, anote el número de Agentes Comunitarios de Salud Capacitados.
- En el 3º casillero de la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento 1.1.3.

Ejemplo de 1er taller:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
				P.S. CURAHUASI				302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA				DNI	45674123	LIC. SARA ROJAS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO						
HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO	CEFALICO Y ANTRONOMETRIC	ABDOMINA	BLEC	VICIO	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNOSTICO	LAB	CIE / CMPS	P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA			A HEMOGLOBINA							P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____							
APP 138				CURAHUASI				A M PC M F Pab D	N C R	N C R	1. TALLER PARA LA COMUNIDAD				P D R 1 15 DIS C0006				
											2. _____								
											3. _____								

Ejemplo de 2do taller:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
				P.S. CURAHUASI				302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA				DNI	45674123	LIC. SARA ROJAS					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO						
HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO	CEFALICO Y ANTRONOMETRIC	ABDOMINA	BLEC	VICIO	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNOSTICO	LAB	CIE / CMPS	P	D	R	1º	2º	3º
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA			A HEMOGLOBINA							P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____							
APP 138				CURAHUASI				A M PC M F Pab D	N C R	N C R	1. TALLER PARA LA COMUNIDAD				P D R 2 15 DIS C0006				
											2. _____								
											3. _____								

Para que se considere el cumplimiento del taller, se debe realizar 2 talleres

Ejemplo. Registro de Sesiones Educativas y/o Demostrativas.

En el ítem: Historia clínica, registre: "APP138" (correspondiente al APP de actividad con Agentes Comunitarios de Salud)

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

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento 1.1.3. En Tipo de Diagnóstico, en el 1º casillero siempre marque “D”.

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión educativa y/o sesión demostrativa (1,2... según corresponde).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de Agentes Comunitarios de Salud Capacitados.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento 1.1.3.

Ejemplo de 1ra sesión educativa:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																				
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123			LIC. SARA ROJAS																																																																																
DIA	7	8	9	11	13	14	15	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC AHEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE /CPMS	20	21	22																																																																														
	D.N.I.	FINANCI	DISTRITO DE PROCEDENCIA																																																																																															
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																																																															
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1º	2º	3º																																																																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">APP138</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;">CURAHUASI</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">A</td> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">PC</td> <td style="width: 15%;">PESO</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">1.</td> <td colspan="5">SESION EDUCATIVA</td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">X</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">15</td> <td style="width: 15%;">DIS</td> <td style="width: 15%;">C0009</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">TALLA</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">2.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">Hb</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">3.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										APP138	CURAHUASI																			A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION EDUCATIVA					P	X	R	1	15	DIS	C0009	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R						D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____				
																														APP138	CURAHUASI																																																																			
																																																		A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION EDUCATIVA					P	X	R	1	15	DIS	C0009																														
M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R																																																																																				
D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R																																																																																				

Ejemplo de 2da sesión educativa:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																				
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123			LIC. SARA ROJAS																																																																																
DIA	7	8	9	11	13	14	15	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC AHEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE /CPMS	20	21	22																																																																														
	D.N.I.	FINANCI	DISTRITO DE PROCEDENCIA																																																																																															
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																																																															
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1º	2º	3º																																																																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">APP138</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;">CURAHUASI</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">A</td> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">PC</td> <td style="width: 15%;">PESO</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">1.</td> <td colspan="5">SESION EDUCATIVA</td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">X</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">15</td> <td style="width: 15%;">DIS</td> <td style="width: 15%;">C0009</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">TALLA</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">2.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">Hb</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">3.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										APP138	CURAHUASI																			A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION EDUCATIVA					P	X	R	2	15	DIS	C0009	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R						D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____				
																														APP138	CURAHUASI																																																																			
																																																		A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION EDUCATIVA					P	X	R	2	15	DIS	C0009																														
M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R																																																																																				
D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R																																																																																				

Para que se considere el cumplimiento del taller, se debe realizar 2 sesiones

Ejemplo de 1ra sesión demostrativa:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																			
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123			LIC. SARA ROJAS																																																																															
DIA	7	8	9	11	13	14	15	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC AHEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE /CPMS	20	21	22																																																																													
	D.N.I.	FINANCI	DISTRITO DE PROCEDENCIA																																																																																														
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																																																														
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1º	2º	3º																																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">APP138</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;">CURAHUASI</td> <td rowspan="3" style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">A</td> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">PC</td> <td style="width: 15%;">PESO</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">N</td> <td style="width: 15%;">1.</td> <td colspan="5">SESION DEMOSTRATIVA</td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">X</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">15</td> <td style="width: 15%;">DIS</td> <td style="width: 15%;">C0010</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">TALLA</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">2.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">F</td> <td style="width: 15%;">Pab</td> <td style="width: 15%;">Hb</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td style="width: 15%;">3.</td> <td colspan="5"></td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">R</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										APP138	CURAHUASI																		A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION DEMOSTRATIVA					P	X	R	1	15	DIS	C0010	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R						D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____				
																													APP138	CURAHUASI																																																																			
																																																A	M	PC	PESO	N	N	1.	SESION DEMOSTRATIVA					P	X	R	1	15	DIS	C0010																															
M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R																																																																																			
D	F	Pab	Hb	R	R	3.						P	D	R																																																																																			

Ejemplo de 2da sesión demostrativa:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI		45674123			LIC. SARA ROJAS		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	CODIGO CIE / CPMS		
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____						
CURAHUASI					A	M	PC	PESO	N	N	1. SESIÓN DEMOSTRATIVA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	15	DIS	C0010	
											TALLA	C	C								2.
					M	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R							

Para que se considere el cumplimiento del taller, se debe realizar 2 sesiones

Ejemplo. Sesiones de entrenamiento a agentes comunitarios en salud.

En el ítem: Historia clínica, registre: "APP138" (correspondiente al APP de actividad con Agentes Comunitarios de Salud)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. en el Tipo de Diagnóstico en el 1º casillero: Marcar "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión de entrenamiento (1,2... según corresponde).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de Agentes Comunitarios de Salud Capacitados.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Ejemplo de 1ra sesión de entrenamiento:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI		45674123			LIC. SARA ROJAS		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	CODIGO CIE / CPMS		
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____						
CURAHUASI					A	M	PC	PESO	N	N	1. SESIÓN DE ENTRENAMIENTO A AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	15	DIS	C3151	
											TALLA	C	C								2.
					M	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R							

Ejemplo de 2da sesión de entrenamiento:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
				P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI		45674123			LIC. SARA ROJAS		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12							P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R	CODIGO CIE / CPMS		
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____						
CURAHUASI					A	M	PC	PESO	N	N	1. SESIÓN DE ENTRENAMIENTO A AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	15	DIS	C3151	
											TALLA	C	C								2.
					M	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R							

Para que se considere el cumplimiento del taller, se debe realizar 2 sesiones



La capacitación a agentes Comunitarios en Rehabilitación Basada en la Comunidad, es realizado por el personal de salud capacitado para la actividad con enfoque comunitario.

Ver listados de código de procedimiento 1.1.3. Capacitación a agentes comunitarios en Rehabilitación Basadas en la comunidad. Se registra DIS (actividad relacionada a la temática de discapacidad).

5.2. Visitas a la familia en el marco de Rehabilitación basada en la comunidad

Actividad extramural de Visita a la Familia de la PCD; ofrece el Paquete de Atención Integral Biopsicosocial con enfoque de derechos y deberes, a cargo del personal de salud del primer nivel de atención y II-1 con población asignada (Equipo de atención Integral de Salud para RBC). Es el indicador trazador de Rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC por ello, es la actividad prioritaria.

Se desarrollará 03 visitas a familias como mínimo, donde se abordarán:

- A. Desarrollo de la actividad: Para el desarrollo de la actividad se realizarán 03 visitas a la familia de Persona con discapacidad de preferencia dentro de un lapso de 02 meses (una visita quincenal del inicio hasta la fecha de término, por cada familia), de acuerdo con la programación. Se detalla a continuación el contenido de cada visita:

1° Visita: Identificación de la Persona con Discapacidad - PCD y propuesta del Plan de atención integral de salud de la PCD:

- Identificación a la PCD, identificación en factores de riesgo en salud o sociales y barreras, información en Derechos para la PCD entre otros. Se consideran los temas expuestos a continuación.

ACTIVIDAD	IDEAS CLAVES
<i>Identificación de Personas con Discapacidad</i>	Se aplica el Cuestionario para la Detección de la Persona con Discapacidad (Anexo a Norma Técnica N°135 MINSA/2017 – DGIEPS). Verificar si cuenta con Certificado de Discapacidad o requiere del mismo. Puede ser complementario a la Ficha Familiar
<i>Orientación en tema de Derechos en beneficio de PCD y su acceso a la salud</i>	Se brinda una consejería integral en temas de: Derechos de las Personas con Discapacidad, cobertura del Seguro Integral de Salud, proceso de afiliación, beneficios y consideraciones del certificado de discapacidad y carné de CONADIS, verificar se cuenta con DNI o lo requiere.
<i>Identificación de factores de Riesgo y barreras</i>	Se analiza los factores de riesgo en salud identificación de las necesidades y riesgos (personal, social, familiar y del entorno) y se identifican las posibles barreras que impiden la participación de la PCD en las actividades de su comunidad; con el objetivo de recabar información para la realización de su plan de atención. *Considerar llevar un registro nominal (con documento de identidad, dirección, EESS reportante) de la ayuda técnica y/o producto de apoyo por PCD identificada.

2° Visita: Ejecución del Plan de Atención Integral.

- Desarrollo de la primera necesidad de atención priorizada del plan de atención integral de salud de la PCD (Tema de salud identificado) con participación de la PCD y de la familia o cuidador.

3° Visita: Seguimiento (evaluación y monitoreo), recomendaciones de Plan de Atención Integral.

- Se continua la atención de necesidades priorizadas en Plan de Atención Integral y afianzar la información u orientación ofrecida.
 - Cumplimiento de la implementación del plan de atención integral de salud de la PCD y socialización del listado de medidas preventivas y/o promocionales, entre otras. Verificar el cumplimiento de la orientación brindada.



La actividad visitas a la Familia de la persona con discapacidad en el marco de rehabilitación basada en la comunidad, está a cargo del personal de salud de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención y II-1 con población asignada.

❖ En la primera visita:

Verificar si la PCD cuenta Certificado de Discapacidad. El Plan de atención integral se elabora de manera consensuada con la PCD y familia. Considerar llevar un registro nominal de ayuda técnica y/o producto de apoyo por PCD identificada que vaya de acuerdo con su necesidad en particular.

Ejemplo. Registro de Inicio de Visita Familiar (1º Visita Familiar)

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

- En el 1º casillero: Registrar el diagnóstico de la PCD según la denominación CIE -10. Tipo de Diagnóstico marcar “R”.
 - En el 2º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”.
 - En el 3º casillero: Registrar la actividad “Visita familiar integral”. Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”.

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero de la 1º actividad de salud anote las siglas que corresponda (LEV, MOD o SEV) si cuenta con certificado de discapacidad.
 - En el 1º casillero de la actividad de “Visita familiar integral”, anote el número “1” correspondiente a la primera visita familiar realizada.
 - En el 2º casillero de la actividad de “Visita familiar integral”, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba

- En el 1º casillero: Registrar el código alfanumérico CIE 10 correspondiente a la 1º actividad.
 - En el 2º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
 - En el 3º casillero: Registrar “C0011” (código de la actividad de “Visita familiar integral”)

Ejemplo de registro de la 1ra Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona CON certificado de discapacidad (Cuenta con grado de severidad):

Ejemplo de registro de la 1ra Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona SIN certificado de discapacidad:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS				
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JORGE GUTIERREZ (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /)										FECHA DE ULTIMA REGLA: / /)								
	76018342	CURAHUASI	5	X	X	PC	PESO	X	X	1.	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	P	X	R			F84.0	
				M		TALLA		C	C	2.	CONSEJERIA EN DEBERES Y DERECHOS, EQUIDAD DE GENERO, INTERCULTURALIDAD	P	X	R				99401.27
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	X	R	1	DIS		

Ejemplo. Registro de la 2º Visita Familiar

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

- En el 1º casillero: Registrar el diagnóstico de la PCD según la denominación CIE -10. Tipo de Diagnóstico marque “R”.
- En el 2º casillero: Registrar la consejería integral de salud que se ofrece durante la visita familiar (Oferta de servicio priorizado según al Plan Integral de Salud), según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque “D”.
- En el 3º casillero: Registrar la actividad “Visita familiar integral”. Tipo de Diagnóstico marque “D”.

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado al diagnóstico, anote las siglas que corresponda (LEV, MOD o SEV) si cuenta con certificado de discapacidad
- En el 1º casillero relacionado a la “Visita familiar integral”, anote el número de visita familiar realizada (2 o 3 según corresponda al número de visita).
- En el 2º casillero relacionado a la “Visita familiar integral”, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código alfanumérico CIE 10 correspondiente al diagnóstico.
- En el 2º casillero: Se registra el código de la consejería ofrecida, según código de procedimiento- 1.1.3.
- En el 3º casillero: Registrar “C0011” (código de la actividad de “Visita familiar integral”)

Ejemplo de registro de la 2da Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona con certificado de discapacidad (Cuenta con grado de severidad):

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS				
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JORGE GUTIERREZ (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /)										FECHA DE ULTIMA REGLA: / /)								
	76018342	CURAHUASI	5	X	X	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	P	X	LEV			F84.0	
				M		TALLA		X	X	2.	CONSEJERÍA EN SALUD BUCAL	P	X	R				99401.18
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	VISITA FAMILIAR INTEGRAL	P	X	R	2	DIS		

Ejemplo de registro de la 2da Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona SIN certificado de discapacidad:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS				
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado							P D R 1º 2º 3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JORGE GUTIERREZ (*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	76018342	CURAHUASI	5	M	PC	PESO	N	N	1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA			P D X			F84.0			
									3454	TALLA	X X					2. CONSEJERÍA EN SALUD BUCAL		
																Hb	R	R

Ejemplo. Registro de la 3º Visita Familiar

Ejemplo de registro de la 3ra Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona CON certificado de discapacidad (Cuenta con grado de severidad):

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS				
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado							P D R 1º 2º 3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JORGE GUTIERREZ (*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	76018342	CURAHUASI	5	M	PC	PESO	N	N	1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA			P D X LEV			F84.0			
									3454	TALLA	X X					2. CONSEJERÍA EN SALUD BUCAL		
																Hb	R	R

Ejemplo de registro de la 3ra Visita Familiar domiciliaria por RBC a persona SIN certificado de discapacidad:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS				
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado							P D R 1º 2º 3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JORGE GUTIERREZ (*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	76018342	CURAHUASI	5	M	PC	PESO	N	N	1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA			P D X			F84.0			
									3454	TALLA	X X					2. CONSEJERÍA EN SALUD BUCAL		
																Hb	R	R

NOTA: Al término de la 3ta. visita se da cumplimiento del “Paquete Básico de Atención Integral por RBC” (Atención Preventiva, Promocional, Recuperativa, Rehabilitadora) y se considera el cumplimiento de visita familiar integral, pudiéndose ampliar el número de visitas a la familia de manera específica o particular, para brindar por curso de vida u otras estrategias sanitarias.

5.3. Capacitación a actores sociales en rehabilitación basada en la comunidad

Actividad de formación en la temática de discapacidad, dirigida a autoridades locales, actores sociales de la comunidad y otras instancias, a fin de lograr el compromiso conjunto en favor del bienestar integral de la PCD y su familia con participación, articulada y comprometida de la comunidad. La realizan profesionales de la salud capacitados y sensibilizados en la temática de la discapacidad. Mediante la modalidad presencial, virtual (empleo de la Tecnología de la Información y comunicación - TIC). Se realice lo siguiente:

- Gobiernos Locales: Articulación de actividades entre la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) con el sector salud.
- Gobiernos Regionales: Articulación de actividades entre la Oficina Regional de Atención a las PCD (OREDIS) con actividades de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- Dirección Regional de Educación: Articulación de actividades en favor de los niños y jóvenes con discapacidad en Instituciones de educación especial e inclusiva.
- Dirigentes Vecinales/organizaciones sociales de base: Identificación de la PCD, sus necesidades individuales y colectivas. Abordaje para la inserción al sistema de salud.

Capacitación a Actores Sociales en el marco de Rehabilitación Basada en la Comunidad, está a cargo del profesional de salud capacitados y sensibilizados en la temática de la discapacidad, de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención y II-1 con población asignada.

- ❖ **Responsable del registro:** Profesional de salud a cargo de la capacitación.

5.3.1. Registro de actividades con Gobiernos Locales:

Registro de Capacitación con la Oficina Municipal de Atención a la PCD (OMAPED).

a. En el caso de Taller para Municipios

En el ítem de DNI registre: "APP104" (correspondiente al APP de actividad con Municipios)

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

En el 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. En el Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de taller realizado (1 o 2 según corresponde).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Ejemplo de 1er taller para Municipios:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI			302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA						DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS		
		7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
DIA		D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS
		HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									1 ^o	2 ^o	3 ^o
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____)				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____)				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/_____/_____)			
		APP104	CURAHUASI									1. TALLER PARA MUNICIPIOS	P <input checked="" type="checkbox"/> R 1 15 DIS C0004		

Ejemplo de 2do taller para Municipios:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:					

Para que se considere el cumplimiento del taller, se deben realizar 2 talleres

b. En el caso de Sesiones Educativas y/o Demostrativa para Municipios

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP104" (correspondiente al APP de actividad con Municipios)

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

- En el 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque:

- En el 1º casillero: Marcar "D"

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de la sesión educativa y/o demostrativa (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
- Ejemplo de Primera Sesión Educativa para Municipios:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS		
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:					

Ejemplo de Segunda Sesión Educativa para Municipios:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS																		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R	1º 2º 3º																					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
	APP104	CURAHUASI													SESIONES EDUCATIVAS EN DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ADAPTACIONES ARQUITECTONICAS Y OTROS																		
															A	M	PC	PESO	N	N	1.						P	X	R	2	15	DIS	C3121
															M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R				
D			Hb	R	R	3.						P	D	R																			

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones

Ejemplo de Primera Sesión Demostrativa para Municipios:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS																		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R	1º 2º 3º																					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
	APP104	CURAHUASI													SESION DEMOSTRATIVA																		
															A	M	PC	PESO	N	N	1.						P	X	R	1	15	DIS	C0010
															M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R				
D			Hb	R	R	3.						P	D	R																			

Ejemplo de Segunda Sesión Demostrativa para Municipios:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS																		
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																			
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P D R	1º 2º 3º																					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
	APP104	CURAHUASI													SESION DEMOSTRATIVA																		
															A	M	PC	PESO	N	N	1.						P	X	R	2	15	DIS	C0010
															M	F	Pab	TALLA	C	C	2.						P	D	R				
D			Hb	R	R	3.						P	D	R																			

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones

5.3.2. Registro de actividades en Dependencias del Sector Educación:

Actividades de capacitación entre el sector salud y educación, orientada a la mejora de la calidad de vida de los niños y jóvenes con discapacidad en instituciones de educación especiales e inclusivas (PRITE se encarga de menores de 5 años y CEBE de inicial y primaria).

a. En el caso de Taller para Docentes

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP144" (correspondiente al APP de actividad con Docentes)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. En Tipo de Diagnóstico siempre marque "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de taller (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Ejemplo de Primer taller para Docentes:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																					
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA							DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS																																																																																			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																																																																									
DIA	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																																																																			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12																																																																																																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																																																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____										(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">APP144</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">CURAHUASI</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PESO</td><td>N</td><td>N</td><td>1.</td> <td colspan="4">TALLA</td> <td>C</td><td>C</td><td>2.</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>M</td><td>F</td><td>Pab</td><td>Hb</td><td></td><td></td><td></td> <td>R</td><td>R</td><td>3.</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										APP144	CURAHUASI																											A	M	PC	PESO	N	N	1.	TALLA				C	C	2.																							M	F	Pab	Hb				R	R	3.																			
										APP144	CURAHUASI																																																																																											
A	M	PC	PESO	N	N	1.	TALLA																					C	C	2.																																																																								
																		M	F	Pab	Hb				R	R	3.																																																																											

Ejemplo de Segundo taller para Docentes:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																		
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA							DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS																																																																																
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																																																																						
DIA	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																																																																
	HISTORIA CLÍNICA	10	12																																																																																																
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																																																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____										(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">APP144</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">CURAHUASI</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PESO</td><td>N</td><td>N</td><td>1.</td> <td colspan="4">TALLA</td> <td>C</td><td>C</td><td>2.</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>M</td><td>F</td><td>Pab</td><td>Hb</td><td></td><td></td><td></td> <td>R</td><td>R</td><td>3.</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										APP144	CURAHUASI																											A	M	PC	PESO	N	N	1.	TALLA				C	C	2.																							M	F	Pab	Hb				R	R	3.																
										APP144	CURAHUASI																																																																																								
A	M	PC	PESO	N	N	1.	TALLA																					C	C	2.																																																																					
																		M	F	Pab	Hb				R	R	3.																																																																								

Para que se considere el cumplimiento del taller, se deben realizar 2 talleres

Temas a tratar en los Talleres (considerar posibilidad de desarrollar la actividad en 02 días):

- ✓ Derecho de las Personas con discapacidad (Convención y ley de PCD)
- ✓ Importancia del Cuidado y autocuidado Integral de Salud
- ✓ Orientación sobre la cobertura de seguro de salud
- ✓ Importancia del Certificado de Discapacidad
- ✓ Modificaciones ambientales entre otros (ajustes razonables) necesarias para la participación plena de las PCD.

5.3.3. Registro de actividades con Autoridades Locales y Organizaciones Locales:

a. En el caso de Reunión de Abogacía para Autoridades Locales

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP150" (correspondiente al APP de actividad con Autoridades)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. En el Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de reunión (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
Primera reunión para Autoridades:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																					
	HISTORIA CLÍNICA	10	11	12									P D R	1º 2º 3º																						
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																				
APP150 CURAHUASI										A M PC M D F Pab TA LL A Hb			PE SO N N 1. C C 2. R R 3.			REUNIÓN DE ABOGACÍA CON LAS AUTORIDADES LOCALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA EL TRABAJO ARTICULADO DE LA MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN			P <input checked="" type="checkbox"/> R 1 15 DIS C1042																	

Segunda reunión para Autoridades:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																					
	HISTORIA CLÍNICA	10	11	12									P D R	1º 2º 3º																						
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																				
APP150 CURAHUASI										A M PC M D F Pab TA LL A Hb			PE SO N N 1. C C 2. R R 3.			REUNIÓN DE ABOGACÍA CON LAS AUTORIDADES LOCALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA EL TRABAJO ARTICULADO DE LA MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN			P <input checked="" type="checkbox"/> R 2 15 DIS C1042																	

Para que se considere el cumplimiento de la reunión. se deben realizar 2 reuniones

En el caso de Sesión Educativa para Autoridades Locales

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP150" (correspondiente al APP de actividad con Autoridades).

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
- Primera sesión educativa para Autoridades:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS																					
	HISTORIA CLÍNICA	10	11	12									P D R	1º 2º 3º																						
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																				
APP150 CURAHUASI										A M PC M D F Pab TA LL A Hb			PE SO N N 1. C C 2. R R 3.			SESIÓN EDUCATIVA			P <input checked="" type="checkbox"/> R 1 15 DIS C0009																	

Segunda sesión educativa para Autoridades:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGA: _____

APP150	CURAHUASI															1. SESIÓN EDUCATIVA			P	X	R	2	15	DIS	C0009																				
																A	M	PC								PESO	N	N																	
																M										TALLE	C	C	2.																
P		Pab	Hb	R	R	3.																																							

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones

5.3.4. Registro de actividades con Organización Vecinal:

Trabajo articulado con Dirigentes Vecinales/organizaciones sociales de base capacitados y sensibilizados.

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP91" (correspondiente al APP de actividad con Organización Vecinal)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. En Tipo de Diagnóstico marque "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Primera sesión educativa para Organización Vecinal:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGA: _____

APP91	CURAHUASI															1. SESIÓN EDUCATIVA			P	X	R	1	15	DIS	C0009																			
																A	M	PC								PESO	N	N																
																M										TALLE	C	C	2.															
P		Pab	Hb	R	R	3.																																						

Segunda sesión educativa para Organización Vecinal:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º	
	HISTORIA CLINICA	10	12																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado																	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGA: _____

APP91	CURAHUASI															1. SESIÓN EDUCATIVA			P	X	R	2	15	DIS	C0009																		
																A	M	PC								PESO	N	N															
																M										TALLE	C	C	2.														
P		Pab	Hb	R	R	3.																																					

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones

5.3.5. Registro de actividades de capacitación con grupo de Ayuda Mutua en contexto de familia y vivienda, entre otras organizaciones:

Espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación mediante el fortalecimiento de sus conocimientos o competencias a través de la capacitación e intercambio de experiencias.

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP136" (correspondiente al APP de actividad con Familia y Vivienda)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud/Tipo de Diagnóstico, anote claramente:

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”.

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión (1 o 2).
 - En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
 - En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
Primera sesión para Grupos de Ayuda Mutua:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA						DNI	45674123			Lic. SARA ROJAS				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO	EVALUACION	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / PCMS									
	HISTORIA CLINICA	10	12	SEXO	CEFALICO Y ANTRÓPOMETRICOS	BLECA	VICIO				P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado	ABDOMINALES	ANTHEMOGLOBINA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____																						
APP136		CURAHUASI		A	M	PC	PESO		N	N	SESION DE GRUPO DE AYUDA MUTUA				P	X	R	1	15	DIS	C0012	
							TAMAÑO				C		C									2.
					M	Pab	Hb		R	R	3.				P	D	R					

Segunda sesión para Grupos de Ayuda Mutua:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2021	ENERO	P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA						DNI		45674123		Lic. SARA ROJAS			
DIA	8	9	11	13	14	15	PERIMETRO	16	17	18	19	20	21	22							
	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEXO	EVALUACION	ESTADOCIAL	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE	VALOR	CÓDIGO								
	HISTORIA CLINICA	10	12	EDAD	CEFALICO Y ANTRÓPOMETRICOS	BLEC	VICIO	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			DIAGNOSTICO	LAB	CIE / PCMS								
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO Poblado	ABDOMINALES	AIHEMOGLOBINA			P	D	R	1º	2º	3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____					
	APP136	CURAHUASI	A M M D	PESO PC TABLA Pab	N N C Hb	1. 2. 3.	SESION DE GRUPO DE AYUDA MUTUA						P X R 2 15 DIS	C0012							
							P	D	R												

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones

5.3.6. Registro de actividades de capacitación para Personal de Salud:

a. En el caso de Taller para Personal de Salud

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP100" (correspondiente al APP de actividad en Establecimiento de Salud)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: VALOR IAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de taller (1 o 2).
 - En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.
- Primer taller para Personal de Salud:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)							6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																	
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA							DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS																																																																																
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO																																																																									
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	CEFÁLICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC	BLEC	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	VICIO	A HEMOGLOBINA	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB	CIE / CPMS	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R																																																																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																															
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; text-align: center;">APP100</div> <div style="flex: 1; text-align: center;">CURAHUASI</div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;">A</td><td style="width: 10px;">M</td><td style="width: 10px;">PC</td><td style="width: 10px;">PESO</td><td style="width: 10px;">N</td><td style="width: 10px;">N</td><td colspan="2">1.</td><td colspan="2">TALLER PARA PERSONAL DE SALUD</td><td colspan="2">P</td><td colspan="2">X</td><td colspan="2">R</td><td colspan="2">1</td><td colspan="2">15</td><td colspan="2">DIS</td><td colspan="2">C0008</td></tr> <tr><td></td><td>M</td><td></td><td></td><td>TAMAÑO</td><td></td><td></td><td>C</td><td>C</td><td colspan="2">2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>Pab</td><td>Hb</td><td></td><td></td><td>R</td><td>R</td><td colspan="2">3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>											A	M	PC	PESO	N	N	1.		TALLER PARA PERSONAL DE SALUD		P		X		R		1		15		DIS		C0008			M			TAMAÑO			C	C	2.								P	D	R									Pab	Hb			R	R	3.								P	D	R																				
											A	M	PC	PESO	N	N	1.		TALLER PARA PERSONAL DE SALUD		P		X		R		1		15		DIS		C0008																																																																		
											M			TAMAÑO			C	C	2.								P	D	R																																																																						
			Pab	Hb			R	R	3.								P	D	R																																																																																

Segundo taller para Personal de Salud:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)							6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																	
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA							DNI	45674123	Lic. SARA ROJAS																																																																																
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE	VALOR	CÓDIGO																																																																									
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12	CEFÁLICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRIC	BLEC	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	VICIO	A HEMOGLOBINA	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO	LAB	CIE / CPMS	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	3º	P	D	R																																																																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																															
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; text-align: center;">APP100</div> <div style="flex: 1; text-align: center;">CURAHUASI</div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;">A</td><td style="width: 10px;">M</td><td style="width: 10px;">PC</td><td style="width: 10px;">PESO</td><td style="width: 10px;">N</td><td style="width: 10px;">N</td><td colspan="2">1.</td><td colspan="2">TALLER PARA PERSONAL DE SALUD</td><td colspan="2">P</td><td colspan="2">X</td><td colspan="2">R</td><td colspan="2">2</td><td colspan="2">15</td><td colspan="2">DIS</td><td colspan="2">C0008</td></tr> <tr><td></td><td>M</td><td></td><td></td><td>TAMAÑO</td><td></td><td></td><td>C</td><td>C</td><td colspan="2">2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>Pab</td><td>Hb</td><td></td><td></td><td>R</td><td>R</td><td colspan="2">3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>											A	M	PC	PESO	N	N	1.		TALLER PARA PERSONAL DE SALUD		P		X		R		2		15		DIS		C0008			M			TAMAÑO			C	C	2.								P	D	R									Pab	Hb			R	R	3.								P	D	R																				
											A	M	PC	PESO	N	N	1.		TALLER PARA PERSONAL DE SALUD		P		X		R		2		15		DIS		C0008																																																																		
											M			TAMAÑO			C	C	2.								P	D	R																																																																						
			Pab	Hb			R	R	3.								P	D	R																																																																																

*Para que se considere el cumplimiento del taller, se deben realizar 2 talleres *

b. En el caso de Sesión Educativa y/o Demostrativa para Personal de Salud

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP100" (correspondiente al APP de actividad en Establecimiento de Salud)

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

- En el 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de la sesión educativa y/o demostrativa (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Primera sesión educativa para Personal de Salud:

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																														
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA										DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																			
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																																		
APP100										CURAHUASI					A					M					PC					PESO					N					N					1. SESIÓN EDUCATIVA					P <input checked="" type="checkbox"/> R 1 15 DIS C0009				
															M					Talla					C					R					Hb					C					2.					P D R				
															P					Pab					R					R					R					R					3.					P D R				

Segunda sesión educativa para Personal de Salud:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																														
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA										DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																			
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																																		
APP100										CURAHUASI					A					M					PC					PESO					N					N					1. SESIÓN EDUCATIVA					P <input checked="" type="checkbox"/> R 2 15 DIS C0009				
															M					Talla					C					R					Hb					C					2.					P D R				
															P					Pab					R					R					R					R					3.					P D R				

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se debe realizar 2 sesiones

Primera sesión demostrativa para Personal de Salud:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																														
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA										DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																			
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																																		
APP100										CURAHUASI					A					M					PC					PESO					N					N					1. SESIÓN DEMOSTRATIVA					P <input checked="" type="checkbox"/> R 1 15 DIS C0010				
															M					Talla					C					R					Hb					C					2.					P D R				
															P					Pab					R					R					R					R					3.					P D R				

Segunda sesión demostrativa para Personal de Salud:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																														
2021	ENERO		P.S. CURAHUASI					302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA										DNI 45674123 Lic. SARA ROJAS																																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS	P	D	R	1º	2º	3º																																			
	HISTORIA CLINICA	10	12																																																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																																		
APP100										CURAHUASI					A					M					PC					PESO					N					N					1. SESIÓN DEMOSTRATIVA					P <input checked="" type="checkbox"/> R 2 15 DIS C0010				
															M					Talla					C					R					Hb					C					2.					P D R				
															P					Pab					R					R					R					R					3.					P D R				

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se debe realizar 2 sesiones

5.3.7. Registro de actividades en Formación de Cuidadores:

Detalla un conjunto de actividades diseñadas con una metodología para la capacitación dirigida a personal de salud, familia y/o cuidador, y fortalecer habilidades en el cuidado y manejo de las condiciones del binomio Cuidador - Persona Cuidada.

a. Sesión Educativa de Cuidadores en Establecimientos de Salud

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

En el ítem, Historia Clínica registre: "APP100" (correspondiente al APP de actividad en Establecimiento de Salud)

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

- En 1º casillero: Registrar la actividad en salud, según código de procedimiento- 1.1.3. En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D"

En el ítem: VALOR LAB registre:

- En el 1º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de sesión (1 o 2).
- En el 2º casillero relacionado a la actividad en salud, anote el número de personas capacitadas.
- En el 3º casillero relacionado a la actividad en salud, anote la sigla DIS, en caso de ser una PCD con o sin certificado de discapacidad.

En el ítem: CÓDIGO escriba:

- En el 1º casillero: Registrar el código de la actividad realizada, según código de procedimiento- 1.1.3.

Primera sesión educativa para Cuidadores:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC AHEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º									
	HISTORIA CLINICA	10	12																									
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO PUEBLO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
APP100		CURAHUASI			A M PC M Pab	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. 2. 3.	SESION EDUCATIVA PARA CUIDADORES					P	X	R	1	15	DIS	C2063							
															P	D	R											
															P	D	R											

Segunda sesión educativa para Cuidadores:

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2021		ENERO		P.S. CURAHUASI						302101 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA					DNI	45674123		Lic. SARA ROJAS										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22															
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC AHEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPMS	P	D	R	1º	2º	3º									
	HISTORIA CLINICA	10	12																									
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO PUEBLO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
APP100		CURAHUASI			A M PC M Pab	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. 2. 3.	SESION EDUCATIVA PARA CUIDADORES					P	X	R	2	15	DIS	C2063							
															P	D	R											
															P	D	R											

Para que se considere el cumplimiento de la sesión, se deben realizar 2 sesiones



Lo aplican todos los establecimientos de salud. Se implementa través del personal de salud de 1er nivel de atención y II-1 con población asignada, para grupos de PCD y/o sus familias para la realización de la actividad.

VI. SERVICIOS MÉDICOS DE AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTO DE APOYO.

Listados de ayudas técnicas o producto de apoyo para personas con discapacidad o riesgo de ella (En Definiciones Operacionales y Criterios de programación y de Medición de Avances de los Programa presupuestal aprobada con RM N° 907-2016/MINSA) contiene el Anexo N° 1 LISTADO DE AYUDAS TECNICAS).

6.1. Atención de Ayudas técnicas o producto de apoyo para personas con discapacidad o riesgo de ella

Son aquellos dispositivos, equipos, instrumentos y software fabricados especialmente o disponibles en el mercado, utilizados por o para personas con discapacidad destinado a: Facilitar la participación;

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

Proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; Prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación (OMS). La atención está a cargo del profesional especialista en el marco de la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01). En Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con Unidad Productora de Servicios de Salud de Medicina de Rehabilitación (UPSS MR) o Sub UPSS de Medicina Física y Rehabilitación de la DIRESA/ GERESA o DIRIS, y de corresponder en su respectiva ejecutora, a través de la modalidad de oferta fija, oferta móvil, según corresponda.

- ❖ **Responsable del registro:** El profesional especialista en la atención de la ayuda técnica o producto de apoyo, en las siguientes actividades.

VALOR LAB	ACTIVIDAD
1	Prescripción de Ayudas Técnicas o producto de apoyo.
2	Entrega de Ayudas Técnicas o productos de apoyo.

Ejemplo de la prescripción de la atención de Ayudas técnicas o producto de apoyo para personas con discapacidad o riesgo de ella.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, ejemplo en este caso “Amputación”, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “R”.
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con el usuario, para la evaluación y manejo de un paciente según el nivel de atención (o el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS para registro de procedimientos médicos), para este caso la consulta ambulatoria según el nivel de atención II. En el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad, registre el número de procedimiento Médicos y Sanitarios - CPMS (1,2,3 ...) según corresponda.
- En el 2º casillero Lab de la 2da actividad, registre código numérico “1” (correspondiente a la prescripción del producto de apoyo).

Ejemplo de registro de prescripción de la atención de Ayudas Técnicas o producto de apoyo.

1 AÑO	2 MES	3 DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IP)	4 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	5 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2025	MARZO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	UPSS - MR	DNI 23656767 DR. JOSE SANCHEZ
7	8	9 FINANCIEROS Y TIPO DE PROCEDENCIA	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	
DIA	D.N.I.	ESTRUCTURA DE PROCEDENCIA	PERÍMETRO EDAD SEXO EVALUACIÓN ESTADÍSTICO SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD
GESTANTE/EMERGENCIA	HISTORIA CLÍNICA	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	EDAD SEXO CEFALEICO ANTRÓPOMOMÉTRICO	TIPO DE VALOR CÓDIGO DIAGNÓSTICO LAB CIE / CPMS
NOMBRE Y APELLIDOS PAC	CARLOS CONTE (*)	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:	FECHA DE ÚLTIMA REGLA:
23481762	30	SANTA ANA	43 X M PC	PESO N X 1. AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE RODILLA
12	34355		X M F Pab	TALLA X C 2. Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II
				P X R DIS MOD 5880
				P X R 1 1 99202

Ejemplo de la entrega de la atención de Ayudas técnicas o producto de apoyo para personas con discapacidad o riesgo de ella.

En el ítem: Historia clínica, registre el DNI o documento de identidad de la persona usuaria.

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

- En el 1º casillero registre el diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según el manual CIE 10, ejemplo en este caso “Amputación”, en el tipo de Diagnóstico marque salud, con “R”.
- En el 2º casillero registre la (s) intervención(es) realizada(s) con el usuario, para la evaluación y manejo de un paciente según el nivel de atención (o el que corresponda según el Listado de códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS para registro de procedimientos médicos), para este caso “revisión final...” o “evaluación ortética...”. En el tipo de diagnóstico marque “D”.

En el ítem, Lab registre:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla “DIS” en caso de ser PCD con o sin acreditación del certificado de discapacidad; que corresponde a la calificación de persona con discapacidad.
- En el 2º casillero lab de la 1era actividad registre la sigla de grado de severidad de la persona con discapacidad acreditada con certificado de discapacidad: Leve (LEV), Moderada (MOD) o Severa (SEV).
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad, registre el número de procedimiento Médicos y Sanitarios - CPMS (1,2,3 ...) según corresponda.
- En el 2º casillero Lab de la 2da actividad, registre código numérico “2” (correspondiente a la entrega del producto de apoyo).

Ejemplo de registro de Entrega de la Ayudas Técnicas o producto de apoyo.

AÑO	MES	DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	S	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICOS (UPSS)												NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
				2025	MARZO	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DNI	23656767	DR. JOSE SANCHEZ
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	CÓDIGO CIE / CPMS			
DIA	DNI	FINANCRITO DE PROCEDER	HISTORIA CLINICA	ESTAD	SEXO	PERIME	EVALUAC	ESTA	SER	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	P	D	R	1*	2*	3*	
GESTANTE/PUERPE	ETNIA	ENTRO POBLAD		CEFA	ANTROP	CEFALI	ANTR	ION	SE	Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	P	D	R	1*	2*	3*			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	CARLOS CONTRER	(*FECHA DE NACIMIENTO:	/	/	FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB:	/	/			FECHA DE ULTIMA REGLA:	/	/							
23481762	30	SANTA ANA	X	X	PC	PES O	N	N	I	AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE RODILLA	P	D	X	DIS	MOD		S880		
12	34355		43	M	F	TAL LA	X	X	2.	Revisión final para el uso de dispositivos ortóticos/protésicos usuario de salud establecido)	P	X	R	2	2		97703		
				D		Hb	R	R	3.		P	D	R						

Recordar: en la 2º casillero de la 2da. Actividad se registra la actividad/procedimiento realizado, con el código numérico “1” (correspondiente a la prescripción del producto de apoyo) o el código numérico “2” (correspondiente a la entrega del producto de apoyo).

Procedimientos Médicos y Sanitarios - CPMS	Códigos	La actividad de la ayuda técnica o producto de apoyo.
Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención I	99201	PRESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA AYUDA TÉCNICA O PRODUCTO DE APOYO
Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención II	99202	

Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención III	99203	
Consulta ambulatoria prolongada para la evaluación y manejo de un paciente hospitalizado	99204	
evaluación de uso ortético/prótesis, asistencia	97762	ENTREGA DE LA AYUDA TÉCNICA O PRODUCTO DE APOYO
Revisión final para el uso de dispositivos ortéticos/protésicos	97703	

VII. GLOSARIO.

- ⊕ **Atención Integral de Salud:** Provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para la persona en el contexto de su familia y comunidad.
- ⊕ **Atención extramural:** Atención integral de salud que se brinda a la persona, familia y comunidad de su jurisdicción fuera del establecimiento por el personal de salud según competencias y nivel de complejidad a través de visita domiciliaria, visita a escuelas, organizaciones comunitarias y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa.
- ⊕ **Ayudas técnicas y/o productos de apoyo:** “Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad y/o riesgo de ella, creado específicamente para ello o de uso general, que sirva para prevenir, compensar, supervisar, aliviar o neutralizar la discapacidad”.¹
- ⊕ **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios (CPMS):** Es la relación ordenada de los Procedimientos Médicos y sanitarios que se brindan en una IPRESS, o una red de salud, y que incluye sus denominaciones correctas y los respectivos códigos de identificación estándar en salud.²
- ⊕ **Certificado médico de Discapacidad:** Documento que acredita la condición de persona con discapacidad y es otorgado por médicos certificadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS, del Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, EsSalud, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y los establecimientos de salud de las clínicas privadas autorizadas.
- ⊕ **Condición de Salud:** Es un término general para las enfermedades, los trastornos, las lesiones o traumas. Las condiciones de salud pueden ser codificadas usando el CIE-10. (Modelo CIF).
- ⊕ **Cuidado Integral de Salud:** Acciones e intervenciones a la persona, familia y comunidad, destinadas a promover hábitos y conductas saludables; estas buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarla, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social. Comprende las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad.
- ⊕ **Discapacidad:** Es un término genérico, que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación que al interactuar con la condición de salud de un individuo y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). (CIF-2001). **DIS:** Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando se atiende a las personas con discapacidad “inherente” con o sin acreditación de certificado de discapacidad.
- ⊕ **Discapacidad Leve (LEV):** Condición en la que la persona con discapacidad realiza sus actividades cotidianas con dificultad, pero sin asistencia. Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carné de CONADIS.
- ⊕ **Discapacidad Moderada (MOD):** Condición en la que la persona con discapacidad realiza sus actividades cotidianas, requiriendo de ayudas técnicas o productos de apoyo necesarias, o de la asistencia momentánea de otra persona. Para término de este manual, se tiene en consideración a las personas que cuentan con certificado de discapacidad o carné de CONADIS. **Equipo de Rehabilitación basada en la comunidad:** Personal de Salud multidisciplinario del primer nivel de atención que labora en los establecimientos de salud, capacitados para ejercer las funciones de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- ⊕ **Familia:** Unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros, que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno.

¹ OMS. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Organización Mundial de la Salud. Génova, 2001.

² Resolución Ministerial N° 653-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Bases conceptuales para el ejercicio de la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud".

- ⊕ **Factor de riesgo:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su posibilidad de sufrir un daño en la salud.
- ⊕ **Medicina de Rehabilitación:** Es la especialidad médica que brinda prestaciones de salud de rehabilitación integral a las personas con discapacidad o en riesgo de ello.
- ⊕ **Persona con Discapacidad:** Es aquella persona que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones de los demás.
- ⊕ **Persona Atendida en la UPSS-MR o UF-MR:** Es la persona con discapacidad o en riesgo de ella, atendida por el profesional de Rehabilitación en el servicio de salud de Medicina Física y Rehabilitación por una determinada condición de salud del listado de daños de CIE 10, bajo la modalidad presencial, móvil o telemedicina, de acuerdo al marco a la NTS N° 079-MINSA/DG-SA: "Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación", con RM N°308-2009/MINSA, con Documento de Identidad o carnet de extranjería. Que tenga registrado el valor LAB (DIS, LEV, MOD, SEV) y se registre en el sistema estadísticos como caso nuevo (N) y reingreso (R).
- ⊕ **Persona con atenciones en las UPSS-MR o UF-MR:** Es la persona con discapacidad o en riesgo de ella, que recibe atención por el profesional de salud en el servicio de salud de Medicina Física y Rehabilitación por una determinada condición de salud del listado de daños de CIE 10 según CPMS, bajo la modalidad presencial, móvil o telemedicina, de acuerdo al marco a la NTS N° 079-MINSA/DG-SA: "Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación", con RM N°308-2009/MINSA, identificada con Documento de Identidad o carnet de extranjería. Que tenga registrado el valor LAB (DIS, LEV, MOV, SEV) y se registre en el sistema estadísticos como caso nuevo (N), (C) y reingreso (R).
- ⊕ **Procedimiento:** Es el conjunto de actividades que describe un modo de operar, que va agregando valor en el logro de los resultados esperados (bienes o servicios producidos).
- ⊕ **Primer nivel de atención:** Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.
- ⊕ **Procedimiento Médico o Procedimiento Sanitario:** Es la prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal de la salud de las IPRESS.
- ⊕ **Rehabilitación:** Es el proceso mediante el cual, con el uso coordinado y combinado de medidas médicas, educativas y vocacionales, se ayuda a las personas con discapacidad (con limitaciones físicas, sensoriales o mentales) a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse a la sociedad.
- ⊕ **Reabilitado (REH):** Para término de este manual, se tiene en consideración su registro cuando la persona con discapacidad o riesgo de discapacidad, es dada de alta del servicio de rehabilitación, por haber logrado metas funcionales, en un determinado periodo de tiempo
- ⊕ **Rehabilitación Integral:** Es un proceso mediante el cual el Sistema de Salud a través de planes, programas, servicios y acciones sectoriales e intersectoriales provee a las personas con discapacidad, igualdad de oportunidades que hagan posible el desarrollo y uso de sus capacidades, con el propósito de lograr el más alto nivel de autonomía funcional para facilitar el ejercicio de sus libertades fundamentales y derechos humanos, sociales, políticos y civiles, logrando así la participación e igualdad plena de ellos y de sus familias en la sociedad. (OPS).
- ⊕ **Servicios Integrales de Salud:** Cobertura de salud que forma parte de los objetivos prioritarios de la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, en el cual considera:
 - Mejorar el acceso a la Certificación de la Discapacidad.
 - Implementar el Modelo de Cuidado Integral de salud de la población con discapacidad por curso de vida.
 - Fortalecer las intervenciones orientadas a la prevención y detección temprana de la discapacidad.
 - Incrementar el acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad.

- Gestionar el acceso a las tecnologías de apoyo, dispositivos y ayudas compensatorias que promuevan la vida independiente para personas con discapacidad.
- ✚ **Terapia Física:** Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de agentes físicos y mecánicos (ejercicios terapéuticos, masajes, entre otros), previene, recupera y favorece la capacidad funcional y calidad de vida a un nivel adecuado y óptimo de salud, es realizado por el Tecnólogo Médico especialista de Terapia Física y Rehabilitación.³
- ✚ **Terapia de Lenguaje:** Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de las intervenciones destinadas a atender deficiencias o discapacidades en la comunicación humana, previene, recupera y favorece los problemas de fonación, habla, deglución, uso del lenguaje y dificultades de aprendizaje es realizado por el Tecnólogo Médico especialista de Terapia de Lenguaje.⁴
- ✚ **Terapia Ocupacional:** Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias discapacitantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. Es realizado por Tecnólogo Médico especialista de Terapia Ocupacional.⁵
- ✚ **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.
- ✚ **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad. Para efectos de esta norma se tomarán a las UPS referidas a los procesos operativos del establecimiento de salud (Atención Directa de Salud, Investigación y Docencia), y a aquellos procesos de soporte que corresponden a las UPSS de Atención de Soporte en Salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelvan necesidades de salud individual de un usuario en el entorno de su familia y comunidad.
- ✚ **Unidad Productora de Servicios de Salud – Medicina de Rehabilitación (UPSS- MR).** Unidad básica del establecimiento de salud organizada para brindar atención a la persona con discapacidad temporal o permanente.⁶
- ✚ **Visita domiciliaria.** Actividad de salud realizada con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida a la persona, familia y comunidad.
- ✚ **Visita domiciliaria Integral.** Actividad extramural realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios. Contribuye a reforzar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación que realiza el personal de salud en el hogar.

VIII. LISTADO DE DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

³ Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Canabria. Fisioterapia y Fisioterapeuta: Definiciones. (2021). Recuperado 8 de febrero de 2021, de Colfisiocant.org website: <https://www.colfisiocant.org/definiciones.php>.

⁴ Nelson, A. (2008). La terapia del habla y del lenguaje. Recuperado 3 de agosto de 2020, de Rady Childrens website: <https://www.rchsd.org/health-articles/la-terapia-del-lenguaje-y-del-habla/>.

⁵ Definición de Terapia Ocupacional. (2012). Recuperado 7 de julio de 2020, de Terapeutas-Ocupacionales website: <http://www.terapeutas-ocupacionales.com/2012/09/definiciones-de-terapia-ocupacional.html>.

⁶ RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 NORMA TÉCNICA DE SALUD “CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD”, pág.39.

**CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICOS FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE
REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**

8.1. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN DE LESIONES MEDULARES

1. Lesiones Medulares	
A178	Otras Tuberculosis del Sistema Nervioso
A1782	Meningitis Tuberculosa
A800	Poliomielitis Aguda Paralítica, Asociada a Vacuna
B690	Cisticercosis del Sistema Nervioso Central
B91X	Secuelas de Poliomielitis
B941	Secuelas de Encefalitis Viral
C720	Tumor Maligno de la Medula Espinal
C721	Tumor Maligno de la Cola de Caballo
D334	Tumor Benigno de la Medula Espinal
G041	Paraplejia Espástica Tropical
G042	Meningoencefalitis y Meningomielitis Bacterianas, no Clasificadas en otra parte
G048	Otras Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis
G049	Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis, no Especificadas
G050	Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis en Enfermedades Bacterianas Clasificadas en otra Parte.
G051	Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis en Enfermedades Virales Clasificadas en otra Parte.
G052	Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis en otras Enfermedades Infecciosas y Parasitarias clasificadas en otra Parte
G058	Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis en Enfermedades Clasificadas en otra parte
G114	Paraplejia Espástica Hereditaria
G320	Degeneración combinada subaguda de la medula espinal enfermedades clasificadas en otras partes
G35X	Esclerosis múltiple
G360	Neuromielitis Óptica [Devic]
G373	Mielitis Transversa Aguda en Enfermedad Desmielinizante del Sistema Nervioso Central
G820	Paraplejia flácida
G821	Paraplejia espástica
G822	Paraplejia, no especificada
G823	Cuadriplejía flácida
G824	Cuadriplejía espástica
G825	Cuadriplejía, no especificada
G834	Síndrome de la Cola de Caballo
G950	Siringomielia y Siringobulbia
G951	Mielopatías Vasculares
G952	Compresión Medular, no Especificada
G958	Otras Enfermedades Especificadas de la Medula Espinal
G959	Enfermedad de la Medula Espinal, no Especificada
G971	Otra Reacción a la Punción Espinal y Lumbar
M471	Otras Espondilosis con Mielopatía
M480	Estenosis Espinal
M500	Trastorno de Disco Cervical con Mielopatía (G99.2*)
Q050	Espina Bífida Cervical con Hidrocéfalo
Q051	Espina Bífida Torácica con Hidrocéfalo
Q052	Espina Bífida Lumbar con Hidrocéfalo
Q053	Espina Bífida Sacra con Hidrocéfalo
Q054	Espina Bífida con Hidrocéfalo, sin otra Especificación
Q055	Espina Bífida Cervical sin Hidrocéfalo
Q056	Espina Bífida Torácica sin Hidrocéfalo

Q057	Espina Bífida Lumbar sin Hidrocéfalo
Q058	Espina Bífida Sacra sin Hidrocéfalo
Q059	Espina Bífida, no Especificada (Meningocele)
Q060	Amelia
Q061	Hipoplasia y displasia de la Medula Espinal
Q062	Diastematomyelia
Q063	Otras Anomalías Congénitas de la Cola de Caballo
Q064	Hidromielia
Q068	Otras Malformaciones Congénitas Especificadas de la Medula Espinal
Q069	Malformación Congénita de la Medula Espinal, no Especificada
S140	Concisión y Edema de la Medula Espinal Cervical
S141	Otros Traumatismos de la Medula Espinal Cervical y los no Especificados
S240	Concisión y Edema de la Medula Espinal Torácica
S241	Otros Traumatismos y los no Especificados de la Medula Espinal Torácica
S340	Concisión y Edema de la Medula Espinal Lumbar
S341	Otro Traumatismo de la Medula Espinal Lumbar
T88.9	Complicaciones no Especificadas de la Atención Médica y Quirúrgica.
T093	Traumatismo de la Medula Espinal, Nivel no Especificado

8.2. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ

2. Trastornos del Desarrollo de la Función Motriz	
Q650	Luxación Congénita de la Cadera, Unilateral
Q651	Luxación Congénita de la Cadera, Bilateral
Q652	Luxación Congénita de la Cadera, no Especificada
Q653	Subluxación Congénita de la Cadera, Unilateral
Q654	Subluxación Congénita de la Cadera, Bilateral
Q655	Subluxación Congénita de la Cadera, no Especificada
Q656	Cadera Inestable
Q658	Otras deformidades Congénitas de la Cadera
Q659	Deformidad Congénita de la Cadera, no Especificada
Q660	Talipes Equinovarus
Q661	Talipes Calcanoevarus
Q662	Metatarsus Varus
Q663	Otras deformidades Varus Congénitas de los Pies
Q664	Talipes Calcaneovalgus
Q665	Pie Plano Congénito
Q666	Otras deformidades Valgus Congénitas de los Pies
Q667	Pie Cavus
Q668	Otras deformidades Congénitas de los Pies
Q669	Deformidad Congénita de los Pies, no Especificada
Q671	Facies Comprimida
Q672	Dolicocefalia
Q673	Plagiocefalia
Q674	Otras deformidades Congénitas del Cráneo, de la Cara y de la Mandíbula
Q675	Deformidad Congénita de la Columna Vertebral
Q676	Tórax Excavado
Q677	Tórax en Quilla
Q678	Otras deformidades Congénitas del Tórax
Q74	Otras anomalías congénitas del (de los) miembros (s)
Q740	Otras Malformaciones Congénitas del (de los) Miembro (s) Superior(es)
Q741	Malformación Congénita de la Rodilla

Q742	Otras Malformaciones Congénitas del (de los) Miembro (s) Inferior(es), Incluida la Cintura
Q748	Otras Malformaciones Congénitas Especificadas del (de Los) Miembro (s)
Q749	Malformación de miembros no especificado
Q750	Craneosinostosis
Q751	Disostosis Craneofacial
Q752	Hipertelorismo
Q753	Macrocefalia
Q754	Disostosis Maxilofacial
Q755	Disostosis Oculomaxilar
Q758	Otras Malformaciones Congénitas Especificadas de los Huesos del Cráneo y de la Cara
Q759	Malformación Congénita no Especificada de los Huesos del Cráneo y de la Cara
Q760	Espina Bífida Oculta
Q761	Síndrome de Klippel-Feil
Q762	Espondilolistesis Congénita
Q763	Escoliosis Congénita debida a Malformación Congénita Ósea
Q764	Otra Malformación Congénita de la Columna Vertebral, no Asociada con Escoliosis
Q765	Costilla Cervical
Q766	Otras Malformaciones Congénitas de las Costillas
Q767	Malformación Congénita del Esternón
Q768	Otras Malformaciones Congénitas del Tórax Óseo
Q769	Malformación Congénita del Tórax Óseo, no Especificada
Q771	Enanismo Tanatoforico
Q772	Síndrome de Costilla Corta
Q773	Condrodisplasia Punctata
Q775	Displasia distrófica
Q776	Displasia Condroectodermica
Q777	Displasia Espondiloepifisiaria
Q778	Otras Osteocondrodisplasias con defectos del Crecimiento de los Huesos Largos y de la Columna vertebral
Q779	Osteocondrodisplasia con defectos del Crecimiento de los Huesos Largos y de la Columna Vertebral, sin otra especificación
Q780	Osteogénesis Imperfecta
Q781	Displasia Poliostotica Fibrosa
Q782	Osteopetrosis
Q783	Displasia Diafisaria Progresiva
Q784	Encondromatosis
Q785	Displasia Metafisaria
Q786	exostosis congénita múltiple
Q788	Otras Osteocondrodisplasias Especificadas
Q789	Osteocondrodisplasia, no Especificada
Q790	Hernia Diafragmática Congénita
Q791	Otras Malformaciones congénitas del diafragma
Q792	Exónfalos
Q793	Gastrosquisis
Q794	Síndrome del Abdomen en Ciruela Pasa
Q795	Otras Malformaciones Congénitas de la Pared Abdominal
Q796	Síndrome de Ehlers-danlos
Q798	Otras Malformaciones Congénitas del Sistema Osteomuscular
Q799	Malformación Congénita del Sistema Osteomuscular, no Especificada

8.3. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN DE ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

3. Enfermedad Articular Degenerativa

M150	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada
M151	Nódulos de Heberden (Con Artropatía)
M152	Nódulos de Bouchard (Con Artropatía)
M153	Artrosis Secundaria Múltiple
M154	(Osteo)Artrosis Erosiva
M158	Otras Poliartrosis
M159	Poliartrosis, no Especificada
M160	Coxartrosis Primaria, Bilateral
M161	Otras Coxartrosis Primarias
M162	Coxartrosis a Consecuencia de displasia, Bilateral
M163	Otras Coxartrosis displásicas
M164	Coartrosis Postraumática, Bilateral
M165	Otra Coxartrosis Postraumática
M166	Otra Coxartrosis Secundaria, Bilateral
M167	Otras Coxartrosis Secundarias
M169	Coxartrosis, no Especificada
M170	Gonartrosis Primaria, Bilateral
M171	Otras Gonartrosis Primarias
M172	Gonartrosis Postraumática, Bilateral
M173	Otras Gonartrosis Postraumáticas
M174	Otras Gonartrosis Secundarias, Bilaterales
M175	Otras Gonartrosis Secundarias
M179	Gonartrosis, no Especificada
M180	Artrosis Primaria de la Primera Articulación Carpometacarpiana, Bilateral
M181	Otras Artrosis Primarias de la Primera Articulación Carpometacarpiana
M182	Artrosis Postraumática de la Primera Articulación Carpometacarpiana, Bilateral
M183	Otras Artrosis Postraumáticas de la Primera Articulación Carpometacarpiana
M184	Otras Artrosis Secundarias de la Primera Articulación Carpometacarpiana, Bilaterales
M185	Otras Artrosis Secundarias de la Primera Articulación Carpometacarpiana
M189	Artrosis de la Primera Articulación Carpometacarpiana, sin otra Especificación
M190	Artrosis Primaria de otras Articulaciones
M191	Artrosis Postraumática de otras Articulaciones
M192	Artrosis Secundaria de otras Articulaciones
M198	Otras Artrosis Específicas
M199	Artrosis, no Especificada
M224	Condromalacia de la Rotula
M235	Inestabilidad Crónica de la Rodilla
M238	Otros Trastornos Internos de la Rodilla
M239	Trastorno Interno de la Rodilla, no Especificado
M241	Otros Trastornos del Cartílago Articular
M470	Síndromes de Compresión de la Arteria Espinal o Vertebral Anterior (G99.2*)
M472	Otras Espondilosis con Radiculopatía
M478	Otras Espondilosis
M479	Otras Espondilosis no especificadas

8.4. CÓDIGOS CIE 10. ENCEFALOPATÍA INFANTIL**4. Encefalopatía infantil y otras lesiones**

A32.1	Meningitis y meningoencefalitis listeriana
B58.2	Meningoencefalitis debida a toxoplasma (G05.2*)
F83X	Trastornos Específicos Mixtos del desarrollo

G00	Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte
G00.0	Meningitis por hemófilos
G00.1	Meningitis neumocócica
G00.2	Meningitis estreptocócica
G00.3	Meningitis estafilocócica
G00.8	Otras meningitis bacterianas
G00.9	Meningitis bacteriana, no especificada
G01	Meningitis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte
G02	Meningitis en otras enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (considere todas sus variables)
G03	Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas (considere todas sus variables)
G04	Encefalitis, mielitis y encefalomielitis (considere todas sus variables)
G04.2	Meningoencefalitis y meningomielitis bacterianas, no clasificadas en otra parte
G05	Encefalitis, mielitis y encefalomielitis en enfermedades clasificadas en otra parte (considere todas sus variables)
G800	Parálisis Cerebral Espástica
G801	Parálisis cerebral Espástica dipléjica
G802	Parálisis cerebral espástica Hemipléjica Infantil
G803	Parálisis Cerebral discinética
G804	Parálisis Cerebral Atáxica
G808	Otros Tipos de Parálisis Cerebral Infantil
G809	Parálisis Cerebral Infantil, sin otra Especificación
G82	Paraplejia y tetraplejia
G91	Hidrocéfalo
G91.0	Hidrocéfalo comunicante
G91.1	Hidrocéfalo obstrutivo
G91.2	Hidrocéfalo de presión normal
G91.3	Hidrocéfalo postraumático, sin otra especificación
G91.8	Otros tipos de hidrocéfalo
G91.9	Hidrocéfalo, no especificado
P90	Convulsiones neonatales
P940	Miastenia Grave Neonatal Transitoria
P941	Hipertonia Congénita
P942	Hipotonía Congénita
P948	Otros Trastornos del Tono Muscular en el Recién Nacido
P949	Trastorno no Especificado del Tono Muscular en el Recién Nacido
Q00	Anencefalia y malformaciones congénitas similares (considere todas sus variables).
Q01	Encefalocele (considere todas sus variables)
Q02	Microcefalia
Q03	Hidrocéfalo congénito (considere todas sus variables)
Q04	Otras malformaciones congénitas del encéfalo (considere todas sus variables)
Q07	Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (considere todas sus variables)

8.5. CÓDIGOS CIE 10. SINDROME DE DOWN

5. Síndrome de Down	
Q900	Trisomía 21, por Falta de disyunción Meiótica
Q901	Trisomía 21, Mosaico (Por Falta de disyunción Mitótica)
Q902	Trisomía 21, por Translocación
Q909	Síndrome de Down, no Especificado

8.6. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PACIENTES AMPUTADOS

6. Amputados de Miembros Superiores

S480	Amputación Traumática en la Articulación del Hombro
S481	Amputación Traumática a nivel Entre el Hombro y el Codo
S489	Amputación Traumática del Hombro y del Brazo, nivel no Especificado
S580	Amputación Traumática a nivel del Codo
S581	Amputación Traumática nivel Entre el Codo y la Muñeca
S589	Amputación Traumática del Antebrazo, nivel no Especificado
S680	Amputación Traumática del Pulgar (Completa) (Parcial)
S681	Amputación Traumática de Otro dedo Único (Completa) (Parcial)
S682	Amputación Traumática de dos o Mas dedos Solamente (Completa) (Parcial)
S683	Amputación Traumática Combinada (de parte) de dedo (s) con otras partes de la Muñeca y de la Mano
S684	Amputación Traumática de la Mano a nivel de la Muñeca
S688	Amputación Traumática de otras partes de la Muñeca y de la Mano
S689	Amputación Traumática de la Muñeca y de la Mano, nivel no Especificado
T050	Amputación Traumática de Ambas Manos
T051	Amputación Traumática de una Mano y el Otro Brazo [Cualquier Nivel, Excepto Mano]
T052	Amputación Traumática de Ambos Brazos [Cualquier Nivel]
T056	Amputación Traumática de Miembros Superior (Es) e Inferior (Es), Cualquier Combinación [Cualquier Nivel]
T058	Amputación Traumática que afecta otras Combinaciones de Regiones del Cuerpo
T059	Amputaciones Traumáticas Múltiples, no Especificadas
Z890	Ausencia Adquirida de dedo (s), [Incluido el Pulgar], Unilateral
Z891	Ausencia Adquirida de Mano y Muñeca
Z892	Ausencia Adquirida de Miembro Superior por Arriba de la Muñeca
Z893	Ausencia Adquirida de Ambos Miembros Superiores [Cualquier Nivel]
Z898	Ausencia Adquirida de Miembros Superiores e Inferiores [Cualquier Nivel]

7. Amputados de Miembros Inferiores

S780	Amputación Traumática de la Articulación de la Cadera
S781	Amputación Traumática en Algún nivel Entre la Cadera y la Rodilla
S789	Amputación Traumática de Cadera y Muslo, nivel no Especificado
S880	Amputación Traumática a nivel de la Rodilla
S881	Amputación Traumática en Algún nivel Entre la Rodilla y el Tobillo
S889	Amputación Traumática de la Pierna, nivel no Especificado
S980	Amputación Traumática del Pie a nivel del Tobillo
S981	Amputación Traumática de un dedo del Pie
S982	Amputación Traumática de dos o Mas dedos del Pie
S983	Amputación Traumática de otras partes del Pie
S984	Amputación del Pie, nivel no Especificado
T053	Amputación Traumática de Ambos Pies
T054	Amputación Traumática de un Pie y la otra Pierna [Cualquier Nivel, Excepto Pie]
T055	Amputación Traumática de Ambas Piernas [Cualquier Nivel]
Z894	Ausencia Adquirida de Pie y Tobillo
Z895	Ausencia Adquirida de Pierna a nivel de o debajo de la Rodilla
Z896	Ausencia Adquirida de Pierna por Arriba de la Rodilla
Z897	Ausencia Adquirida de Ambos Miembros Inferiores [Cualquier Nivel, Excepto dedos del Pie]

8.7. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA**8. Enfermedades Musculares y de la Unión Mioneural**

G120	Atrofia Muscular Espinal Infantil, Tipo I [Werdnig - Hoffman]
G121	Otras Atrofias Musculares Espinales Hereditarias
G129	Atrofia Muscular Espinal, sin otra Especificación
G700	Miastenia Gravis
G701	Trastornos Tóxicos Neuromusculares

G702	Miastenia Congénita o del desarrollo
G708	Otros Trastornos Neuromusculares Especificados
G709	Trastorno Neuromuscular, no Especificado
G710	Distrofia Muscular
G711	Trastornos Miotónicos
G712	Miopatías Congénitas
G713	Miopatía Mitocondrica, no Clasificada en otra parte
G718	Otros Trastornos Primarios de los Músculos
G719	Trastorno Primario del Musculo, Tipo no Especificado
G720	Miopatía Inducida por drogas
G721	Miopatía Alcohólica
G723	Parálisis Periódica
G724	Miopatía Inflamatoria, no Clasificada en otra parte
G728	Otras Miopatías Especificadas
G729	Miopatía, no Especificada
G730	Síndromes Miasténicos en Enfermedades Endocrinas
G731	Síndrome de Lambert - Eaton (C80+)
G732	Otros Síndromes Miasténicos en Enfermedad Neoplásica
G733	Síndromes Miasténicos en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte

9. Lesiones de Nervios Periféricos

G500	Neuralgia del Trigémino
G501	Dolor Facial Atípico
G508	Otros Trastornos del Trigémino
G509	Trastorno del Trigémino, no Especificado
G510	Parálisis de Bell
G511	Ganglionitis Geniculada
G512	Síndrome de Melkersson
G513	Espasmo Hemifacial Clónico
G514	Mioquimia Facial
G518	Otros Trastornos del Nervio Facial
G519	Trastorno del Nervio Facial, no Especificado
G530	Neuralgia Postherpes Zoster
G531	Parálisis Múltiple de los Nervios Craneales en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas en otra Parte
G532	Parálisis Múltiple de los Nervios Craneales, en la Sarcoidosis
G533	Parálisis Múltiple de los Nervios Craneales, en Enfermedades Neoplásicas
G538	Otros Trastornos de los Nervios Craneales en otras Enfermedades Clasificadas en otra Parte
G540	Trastornos del Plexo Braquial
G541	Trastornos del Plexo Lumbosacro
G542	Trastornos de la Raíz Cervical, no Clasificados en otra parte
G543	Trastornos de la Raíz Torácica, no Clasificados en otra parte
G544	Trastornos de la Raíz Lumbosacra, no Clasificados en otra parte
G545	Amiotrofia Neurálgica
G546	Síndrome del Miembro Fantasma con dolor
G547	Síndrome del Miembro Fantasma sin dolor
G548	Otros Trastornos de las Raíces y Plexos Nerviosos
G549	Trastorno de la Raíz y Plexos Nerviosos, no Especificado
G550	Compresiones de las Raíces y Plexos Nerviosos en Enfermedades Neoplásicas
G551	Compresiones de las Raíces y Plexos Nerviosos en Trastornos de los discos Intervertebral
G552	Compresiones de las Raíces y Plexos Nerviosos en la Espondilosis
G553	Compresiones de las Raíces y Plexos Nerviosos en otras dorsopatias
G558	Compresiones de las Raíces y Plexos Nerviosos en otras Enfermedades Clasificadas en Otra
G560	Síndrome del Túnel Carpiano

G561	Otras Lesiones del Nervio Mediano
G562	Lesión del Nervio Cubital
G563	Lesión del Nervio Radial
G564	Causalgia
G568	Otras Mononeuropatías del Miembro Superior
G569	Mononeuropatía del Miembro Superior, sin otra Especificación
G570	Lesión del Nervio Ciático
G571	Meralgia Parestesica
G572	Lesión del Nervio Crural
G573	Lesión del Nervio Ciático Poplíteo Externo
G574	Lesión del Nervio Ciático Poplíteo Interno
G575	Síndrome del Túnel Calcáneo
G576	Lesión del Nervio Plantar
G578	Otras Mononeuropatías del Miembro Inferior
G579	Mononeuropatía del Miembro Inferior, sin otra Especificación
G580	Neuropatía Intercostal
G587	Mononeuritis Múltiple
G588	Otras Mononeuropatías Especificadas
G589	Mononeuropatía, no Especificada
G590	Mononeuropatía diabética (E10-E14+ con Cuarto Carácter Común .4)
G598	Otras Mononeuropatías en Enfermedades Clasificadas en otra parte
G600	Neuropatía Hereditaria Motora y Sensorial
G601	Enfermedad de Refsum
G602	Neuropatía Asociada con Ataxia Hereditaria
G603	Neuropatía Progresiva Idiopática
G608	Otras Neuropatías Hereditarias e Idiopáticas
G609	Neuropatía Hereditaria e Idiopática, sin otra Especificación
G610	Síndrome de Guillain-Barre
G611	Neuropatía al Suero
G618	Otras Polineuropatías Inflamatorias
G619	Polineuropatía Inflamatoria, no Especificada
G620	Polineuropatía Inducida por drogas
G621	Polineuropatía Alcohólica
G622	Polineuropatía debida a Otro Agente Toxicó
G628	Otras Polineuropatías Especificadas
G629	Polineuropatía, no Especificada
G630	Polineuropatía en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas en otra parte
G631	Polineuropatía en Enfermedad Neoplásica
G632	Polineuropatía diabética (E10-E14+ con Cuarto Carácter Común .4)
G633	Polineuropatía en otras Enfermedades Endocrinas y Metabólicas
G634	Polineuropatía en deficiencia Nutricional
G635	Polineuropatía en Trastornos del Tejido Conectivo Sistémico
G636	Polineuropatía en otros Trastornos Osteomusculares
G638	Polineuropatía en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
G64X	Otros Trastornos del Sistema Nervioso Periférico
M501	Trastorno de Disco Cervical con Radiculopatía
M511	Trastornos de Disco Lumbar y Otros, con Radiculopatía
M541	Radiculopatía
M543	Ciática
M544	Lumbago con Ciática
M792	Neuralgia y neuritis
P140	Parálisis de Erb debida a Traumatismo del Nacimiento
P141	Parálisis de Klumpke debida a Traumatismo del Nacimiento

P142	Parálisis del Nervio Frénico debida a Traumatismo del Nacimiento
P143	Otro Traumatismo del Plexo Braquial durante el Nacimiento
P148	Traumatismo durante el Nacimiento en otras partes del Sistema Nervioso Periférico
P149	Traumatismo no Especificado del Sistema Nervioso Periférico durante el Nacimiento
S142	Traumatismo de Raíz Nerviosa de Columna Cervical
S143	Traumatismo del Plexo Braquial
S242	Traumatismo de Raíces Nerviosas de la Columna Torácica
S243	Traumatismo de Nervios Periféricos del Tórax
S342	Traumatismo de Raíz Nerviosa de la Columna Lumbar y Sacra
S343	Traumatismo de la Cola de Caballo
S344	Traumatismo del Plexo Lumbosacro
S346	Traumatismo de nervio periférico del abdomen de la región lumbosacra y de la pelvis
S440	Traumatismo del Nervio Cubital a nivel del Brazo
S441	Traumatismo del Nervio Mediano a nivel del Brazo
S442	Traumatismo del Nervio Radial a nivel del Brazo
S443	Traumatismo del Nervio Axilar
S444	Traumatismo del Nervio Musculocutáneo
S445	Traumatismo del Nervio Sensitivo Cutáneo a nivel del Hombro y del Brazo
S447	Traumatismo de Múltiples Nervios a nivel del Hombro y del Brazo
S448	Traumatismo de otros Nervios a nivel del Hombro y del Brazo
S449	Traumatismo de Nervio no Especificado a nivel del Hombro y del Brazo
S540	Traumatismo del Nervio Cubital a nivel del Antebrazo
S541	Traumatismo del Nervio Mediano a nivel del Antebrazo
S542	Traumatismo del Nervio Radial a nivel del Antebrazo
S543	Traumatismo del Nervio Sensorial Cutáneo a nivel del Antebrazo
S547	Traumatismo de Múltiples Nervios a nivel del Antebrazo
S548	Traumatismo de otros Nervios a nivel del Antebrazo
S549	Traumatismo de Nervio no Especificado a nivel del Antebrazo
S640	Traumatismo del Nervio Cubital a nivel de la Muñeca y de la Mano
S641	Traumatismo del Nervio Mediano a nivel de la Muñeca y de la Mano
S642	Traumatismo del Nervio Radial a nivel de la Muñeca y de la Mano
S643	Traumatismo del Nervio digital del Pulgar
S644	Traumatismo del Nervio digital de Otro dedo
S647	Traumatismo de Múltiples Nervios a nivel de la Muñeca y de la Mano
S648	Traumatismo de otros Nervios a nivel de la Muñeca y de la Mano
S649	Traumatismo de Nervio no Especificado a nivel de la Muñeca y de la Mano
S840	Traumatismo del Nervio Tibial a nivel de la Pierna
S841	Traumatismo del Nervio Peroneo a nivel de la Pierna
S842	Traumatismo del Nervio Sensorial Cutáneo a nivel de la Pierna
S847	Traumatismo de Nervios Múltiples a nivel de la Pierna
S848	Traumatismo de otros Nervios a nivel de la Pierna
S849	Traumatismo de Nervio no Especificado a nivel de la Pierna
S940	Traumatismo del Nervio Plantar Externo
S941	Traumatismo del Nervio Plantar Interno
S942	Traumatismo del Nervio Peroneal Profundo a nivel del Pie y del Tobillo
S943	Traumatismo de Nervio Sensorial Cutáneo a nivel del Pie y del Tobillo
S947	Traumatismo de Múltiples Nervios a nivel del Pie y del Tobillo
S948	Traumatismo de otros Nervios a nivel del Pie y del Tobillo
S949	Traumatismo de Nervio no Especificado a nivel del Pie y del Tobillo
10. Enfermedades cerebrovasculares	
G811	Hemiplejia espástica.
I600	Hemorragia Subaracnoidea de Sifón y Bifurcación Carotidea
I601	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Cerebral Media

I602	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Comunicante Anterior
I603	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Comunicante Posterior
I604	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Basilar
I605	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Vertebral
I606	Hemorragia Subaracnoidea de otras Arterias Intracraneales
I607	Hemorragia Subaracnoidea de Arteria Intracraneal no Especificada
I608	Otras Hemorragias Subaracnoideas
I609	Hemorragia Subaracnoidea, no Especificada
I610	Hemorragia Intracerebral en hemisferio, Subcortical
I611	Hemorragia Intracerebral en hemisferio, Cortical
I612	Hemorragia Intracerebral en hemisferio, no Especificada
I613	Hemorragia Intraencefalica en Tallo Cerebral
I614	Hemorragia Intraencefalica en Cerebelo
I615	Hemorragia Intraencefalica, Intraventricular
I616	Hemorragia Intraencefalica de Localizaciones Múltiples
I618	Otras Hemorragias Intraencefalias
I619	Hemorragia Intraencefalica, no Especificada
I620	Hemorragia Subdural (Aguda) (No Traumática)
I621	Hemorragia Extradural no Traumática
I629	Hemorragia Intracraneal (No Traumática), no Especificada
I630	Infarto Cerebral debido a Trombosis de Arterias Precerebrales
I631	Infarto Cerebral debido a Embolia de Arterias Precerebrales
I632	Infarto Cerebral debido a Oclusión o Estenosis no Especificada de Arterias Precerebrales
I633	Infarto Cerebral debido a Trombosis de Arterias Cerebrales
I634	Infarto Cerebral debido a Embolia de Arterias Cerebrales
I635	Infarto Cerebral debido a Oclusión o Estenosis no Especificada de Arterias Cerebrales
I636	Infarto Cerebral debido a Trombosis de Venas Cerebrales, no Piógeno
I638	Otros Infartos Cerebrales
I639	Infarto Cerebral, no Especificado
I64X	Accidente Vascular Encefálico Agudo, no Especificado como Hemorrágico o Isquémico
I650	Oclusión y Estenosis de Arteria Vertebral
I651	Oclusión y Estenosis de Arteria Basilar
I652	Oclusión y Estenosis de Arteria Carótida
I653	Oclusión y Estenosis Múltiple Bilateral de Arterias Precerebrales
I658	Oclusión y Estenosis de otras Arterias Precerebrales
I659	Oclusión y Estenosis de Arteria Precerebral no Especificada
I660	Oclusión y Estenosis de la Arteria Cerebral Media
I661	Oclusión y Estenosis de la Arteria Cerebral Anterior
I662	Oclusión y Estenosis de la Arteria Cerebral Posterior
I663	Oclusión y Estenosis de Arterias Cerebelosas
I664	Oclusión y Estenosis Múltiple Bilateral de Arterias Cerebrales
I668	Oclusión y Estenosis de otras Arterias Cerebrales
I669	Oclusión y Estenosis de Arteria Cerebral no Especificada
I670	Disección de Arterias Cerebrales, sin Ruptura
I671	Aneurisma Cerebral, sin Ruptura
I672	Aterosclerosis Cerebral
I673	Leucoencefalopatia Vascular Progresiva
I674	Encefalopatia Hipertensiva
I675	Enfermedad de Moyamoya
I676	Trombosis Apiogena del Sistema Venoso Intracraneal
I677	Arteritis Cerebral, no Clasificada en otra parte
I678	Otras Enfermedades Cerebrovasculares Especificadas
I679	Enfermedad Cerebrovascular, no Especificada

I680	Angiopatía Cerebral Amiloide (E85.-+)
I681	Arteritis Cerebral en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas en otra parte
I682	Arteritis Cerebral en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
I688	Otros Trastornos Cerebrovasculares en Enfermedades Clasificadas en otra parte
I690	Secuela de enfermedades cerebro vasculares.
I69.4	Secuela de accidente vascular encefálico
Q282	Malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales.
11. Enfermedad de Parkinson y similares	
G20X	Enfermedad de Parkinson
G210	Síndrome Neuroléptico Maligno
G211	Otro Parkinsonismo Secundario Inducido por drogas
G212	Parkinsonismo Secundario debido a otros Agentes Externos
G213	Parkinsonismo Postencefalítico
G214	Parkinsonismo vascular
G218	Otros Tipos de Parkinsonismo Secundario
G219	Parkinsonismo Secundario, no Especificado
G22X	Parkinsonismo en Enfermedades Clasificadas en otra parte

8.8. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y OTROS TRASTORNOS POSTURALES

12. Cifosis y Lordosis	
M400	Cifosis Postural
M401	Otras Cifosis Secundarias
M402	Otras Cifosis y las no Especificadas
M403	Síndrome de Espalda Plana
M404	Otras Lordosis
M405	Lordosis no Especificada
M410	Escoliosis Idiopática Infantil
M411	Escoliosis Idiopática Juvenil
M412	Otras Escoliosis Idiopáticas
M413	Escoliosis Toracogénica
M414	Escoliosis Neuromuscular
M415	Otras Escoliosis Secundarias
M418	Otras Formas de Escoliosis
M419	Escoliosis, no Especificada
13. Espondilo Artropatías	
M420	Osteocondrosis Juvenil de la Columna Vertebral
M421	Osteocondrosis de la Columna Vertebral del Adulto
M429	Osteocondrosis Vertebral, no Especificada
M45X	Espondilitis Anquilosante
M491	Espondilitis por Brucelosis
M492	Espondilitis por Enterobacterias
M493	Espondilopatía en otras Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas en otra parte
M494	Espondilopatía Neuropática
M495	Vertebra Colapsada en Enfermedades Clasificadas en otra parte
M498	Espondilopatía en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
14. Otros Trastornos de los Discos Intervertebrales.	
G992	Mielopatía en enfermedades clasificadas en otra parte
M501	Trastorno de Disco Cervical con Radiculopatía
M502	Otros Desplazamientos de Disco Cervical
M503	Otras Degeneraciones de Disco Cervical

M508	Otros Trastornos de Disco Cervical
M509	Trastorno de Disco Cervical, no Especificado
M510	Trastornos de Discos Intervertebrales Lumbares y Otros, con Mielopatía (G99.2*)
M512	Otros Desplazamientos Especificados de Disco Intervertebral
M513	Otras Degeneraciones Especificadas de Disco Intervertebral
M514	Nódulos de Schmorl
M518	Otros Trastornos Especificados de los Discos Intervertebrales
M519	Trastorno de los Discos Intervertebrales, no Especificado
M530	Síndrome Cervicocraneal
M531	Síndrome Cervicobraquial
M532	Inestabilidad de la Columna Vertebral
M533	Trastornos Sacrococcígeos, no Clasificados en otra parte
M538	Otras Dorsopatías Especificadas
M539	Dorsopatía, no Especificada

15. Cervicalgia, Dorsalgia, Lumbago

M542	Cervicalgia
M545	Lumbago no Especificado
M546	Dolor en la Columna Dorsal
M548	Otras dorsalgias
M549	Dorsalgia, no Especificada

16. Otras Dorsopatías Deformantes.

M430	Espondilólisis
M431	Espondilolistesis
M432	Otras Fusiones de la Columna Vertebral

17. Otros trastornos articulares

Q24.1	Genu valgo congénito
Q670	Asimetría Facial
Q715	Defecto por reducción longitudinal del cubito
Q716	Mano en pinza de langosta
Q718	Otros defectos por reducción de (de los) miembro(s) superior(es)
Q719	Defecto por reducción del miembro superior, no especificado
Q743	Artrogrirosis Múltiple Congénita
Q770	Acondrogénesis
Q774	Acondroplasia

18. Defectos en la Longitud de Extremidades

M910	Osteocondrosis Juvenil de la Pelvis
M911	Osteocondrosis Juvenil de la Cabeza del Fémur [Legg-Calve-Perthes]
M912	Coxa Plana
M913	Pseudocoxalgia
M918	Otras Osteocondrosis Juveniles de la Cadera y de la Pelvis
M919	Osteocondrosis Juvenil de la Cadera y de la Pelvis, sin otra Especificación
M920	Osteocondrosis Juvenil del Húmero
M921	Osteocondrosis Juvenil del Cubito y del Radio
M922	Osteocondrosis Juvenil de la Mano
M923	Otras Osteocondrosis Juveniles del Miembro Superior
M924	Osteocondrosis Juvenil de la Rotula
M925	Osteocondrosis Juvenil de la Tibia y del Peroné
M926	Osteocondrosis Juvenil del Tarso
M927	Osteocondrosis Juvenil del Metatarso
M928	Otras Osteocondrosis Juveniles Especificadas
M929	Osteocondrosis Juvenil, no Especificada
M930	Deslizamiento de la Epífisis Femoral Superior (No Traumático)

M931	Enfermedad de Kienbäck del Adulto
M932	Osteocondritis disecante
M938	Otras Osteocondropatías Especificadas
M939	Osteocondropatía, no Especificada
Q710	Ausencia congénita Completa del (de los) Miembro (s) Superior(es)
Q711	Ausencia Congénita del Brazo y del Antebrazo con Presencia de la Mano
Q712	Ausencia Congénita del Antebrazo y de la Mano
Q713	Ausencia Congénita de la Mano y el (los) dedo (s)
Q720	Ausencia Congénita Completa del (de Los) Miembro (s) Inferior(es)
Q721	Ausencia Congénita del Muslo y de la Pierna con Presencia del Pie
Q722	Ausencia Congénita de la Pierna y del Pie
Q723	Ausencia Congénita del Pie y dedo (s) del Pie
Q724	Defecto por Reducción Longitudinal del Fémur
Q725	Defecto por Reducción Longitudinal de la Tibia
Q726	Defecto por Reducción Longitudinal del Peroné
Q727	Pie Hendido
Q728	Otros Defectos por Reducción del (de Los) Miembro (s) Inferior (Es)
Q729	Defecto por Reducción del Miembro Inferior, no Especificado
Q730	Ausencia Completa de Miembro (s) no Especificado (s)
Q731	Focomelia, Miembro (s) no Especificado (s)
Q738	Otros Defectos por Reducción de Miembro (s) no Especificado (s)
19. Otros Trastornos del Sistema Musculoesquelético y el Tejido Conectivo	
M960	Pseudoartrosis Consecutiva a Fusión o Artrodesis
M961	Síndrome Postlaminectomía, no Clasificado en otra parte
M962	Cifosis Postradiación
M963	Cifosis Postlaminectomía
M964	Lordosis Postquirúrgica
M968	Otros Trastornos Osteomusculares Consecutivos a Procedimientos
M969	Trastornos Osteomusculares no Especificados Consecutivos a Procedimientos

8.9. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

20. Enfermedad cardiovascular	
I090	Miocarditis Reumática
I091	Enfermedades Reumáticas del Endocardio, Válvula no Especificada
I092	Pericarditis Reumática Crónica
I098	Otras Enfermedades Reumáticas Especificadas del Corazón
I099	Enfermedad Reumática del Corazón, no Especificada
I200	Angina Inestable
I201	Angina de Pecho con Espasmo documentado
I208	Otras Formas Especificadas de Angina de Pecho
I209	Angina de Pecho, no Especificada
I210	Infarto Transmural Agudo de Miocardio de la Pared Anterior
I211	Infarto Transmural Agudo de Miocardio de la Pared Inferior
I212	Infarto Agudo Transmural del Miocardio de otros Sitios
I213	Infarto Transmural Agudo de Miocardio, de Sitio no Especificado
I214	Infarto Subendocárdico Agudo de Miocardio
I219	Infarto Agudo de Miocardio, sin otra Especificación
I260	Embolia Pulmonar con Mención de Corazón Pulmonar Agudo
I269	Embolia Pulmonar sin Mención de Corazón Pulmonar Agudo
I270	Hipertensión Pulmonar Primaria
I271	Enfermedad Cifoscoliotica del Corazón
I272	OTRAS HIPERTENSIONES PULMONARES SECUNDARIAS
I278	Otras Enfermedades Cardiopulmonares Especificadas

I279	Enfermedad Pulmonar del Corazón, no Especificada
I280	Fistula Arteriovenosa de los Vasos Pulmonares
I281	Aneurisma de la Arteria Pulmonar
I288	Otras Enfermedades Especificadas de los Vasos Pulmonares
I289	Enfermedad de los Vasos Pulmonares, no Especificada
I430	Cardiomiopatía en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas en otra parte
I431	Cardiomiopatía en Enfermedades metabólicas
I432	Cardiomiopatía en Enfermedades Nutricionales
I438	Cardiomiopatía en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
I500	Insuficiencia Cardiaca Congestiva
I501	Insuficiencia Ventricular Izquierda
I509	Insuficiencia Cardiaca, no Especificada
I520	Otros Trastornos Cardiacos en Enfermedades Bacterianas Clasificadas en otra parte
I521	Otros Trastornos Cardiacos en otras Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Clasificadas
I528	Otros Trastornos Cardiacos en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
I690	Secuelas de hemorragia subaracnoidea
I691	Secuelas de hemorragia intraencefálica
I692	Secuelas de otras hemorragias intracraneales no traumáticas
I693	Secuelas de infarto cerebral
I694	Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificadas como hemorrágico o isquémico
I730	Síndrome de Raynaud
I731	Tromboangiitis Obliterante [Buerger]
I738	Otras Enfermedades Vasculares Periféricas Especificadas
I739	Enfermedad Vascular Periférica, no Especificada
I99X	Otros Trastornos y los no Especificados del Sistema Circulatorio
Q200	Tronco Arterioso Común
Q201	Transposición de los Grandes Vasos en Ventrículo derecho
Q202	Transposición de los Grandes Vasos en Ventrículo Izquierdo
Q203	Discordancia de la Conexión Ventriculoarterial
Q204	Ventrículo con doble Entrada
Q205	Discordancia de la Conexión Auriculoventricular
Q206	Isomerismo de los Apéndices Auriculares
Q208	Otras Malformaciones Congénitas de las Cámaras Cardiacas y sus Conexiones
Q209	Malformación Congénita de las Cámaras Cardiacas y sus Conexiones, no Especificada
Z95.0	Presencia de marcapaso cardíaco
Z95.1	Presencia de derivación aortocoronaria
Z95.2	Presencia de válvula cardíaca protésica

8.10. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ENFERMEDAD RESPIRATORIA

21. Enfermedad Respiratoria

J180	Bronconeumonía, no Especificada
J181	Neumonia Lobar, no Especificada
J182	Neumonia Hipostática, no Especificada
J188	Otras Neumonías, de Microorganismo no Especificado
J189	Neumonia, no Especificada
J1891	Neumonia Grave
J1892	Enfermedad Muy Grave
J430	Síndrome de Macleod
J431	Enfisema Panlobular
J432	Enfisema Centrolobular
J438	Otros Tipos de Enfisema
J439	Enfisema, no Especificado
J440	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con Infección Aguda de las Vías Respiratorias Inferiores
J441	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con Exacerbación Aguda, no Especificada
J448	Otras Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas Especificadas

J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, no Especificada
J47X	Bronquiectasia
J680	Bronquitis y Neumonitis debidas a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancias Químicas
J681	Edema Pulmonar Agudo debido a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancias Químicas
J682	Inflamación Respiratoria Superior debida a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancias químicas
J683	Otras Afecciones Respiratorias Agudas y Subagudas debidas a Inhalación de Gases, Humos, vapores y sustancias químicas
J684	Afecciones Respiratorias Crónicas debidas a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancias
J688	Otras Afecciones Respiratorias debidas a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancia
J689	Afección Respiratoria no Especificada, debida a Inhalación de Gases, Humos, Vapores y Sustancias químicas
J700	Manifestaciones Pulmonares Agudas debidas a Radiación
J701	Manifestaciones Pulmonares Crónicas y otras Manifestaciones debidas a Radiación
J702	Trastornos Pulmonares Intersticiales Agudos Inducidos por drogas
J703	Trastornos Pulmonares Intersticiales Crónicos Inducidos por drogas
J704	Trastornos Pulmonares Intersticiales no Especificados Inducidos por drogas
J708	Afecciones Respiratorias debidas a otros Agentes Externos Especificados
J709	Afecciones Respiratorias debidas a Agentes Externos no Especificados
J990	Enfermedad Pulmonar Reumatoide (M05.1+)
J991	Trastornos Respiratorios en otros Trastornos difusos del Tejido Conjuntivo
J998	Trastornos Respiratorios en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte
OTROS	
J12.81	Neumonía por coronavirus asociado al SARS
J12.89	Otros tipos de neumonía vírica (Neumonía debida a coronavirus Covid-19)
J20.8	Bronquitis aguda por otros organismos especificados
J22	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
J40X	Bronquitis, no Especificada como Aguda o Crónica
J410	Bronquitis Crónica Simple
J411	Bronquitis Crónica Mucopurulenta
J418	Bronquitis Crónica Mixta Simple y Mucopurulenta
J42X	Bronquitis Crónica no Especificada
J450	Asma Predominantemente Alérgica. Bronquitis Alérgica
J451	Asma no Alérgica.
J458	Asma Mixta
J459	Asma no Especificado. Asma de Aparición Tardía. Bronquitis Asmática/SOB, sibilancia, Hiperactividad Bronquial
J4591	SOB / Sibilancia, Hiperactividad Bronquial
J46X	Estado Asmático. Asma Aguda Severa.
J80	Síndrome de dificultad respiratoria [distrés respiratorio]
J841	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con Fibrosis
J848	Otras enfermedades pulmonares intersticiales especificadas
J960	Insuficiencia respiratoria aguda
J961	Insuficiencia respiratoria crónica
J969	Insuficiencia respiratoria, no especificada
J981	Colapso pulmonar
J98.8	Otros trastornos respiratorios especificados

8.11. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ALTERACIONES DEL PISO PÉLVICO

22. Vejiga Neurogénica	
N311	Vejiga Neuropática Refleja, no Clasificada en otra parte
N312	Vejiga Neuropática Flácida, no Clasificada en otra parte
N318	Otras disfunciones Neuromusculares de la Vejiga
N319	Disfunción Neuromuscular de la Vejiga, no Especificada
N320	Obstrucción de Cuello de la Vejiga
N941	Dispareunia

N942	Vaginismo
N948	Otras Afecciones Especificadas Asociadas con los Órganos Genitales Femeninos y el Ciclo Menstrual
R102	Dolor Pélvico y Perineal
R309	Micción dolorosa, no Especificada
23. Incontinencia	
N393	Incontinencia Urinaria por Tensión
N394	Otras Incontinencias Urinarias Especificadas
R15X	Incontinencia Fecal
R32X	Incontinencia Urinaria, no Especificada
24. Prolapso	
N812	Prolapso Uterovaginal Incompleto
N814	Prolapso Uterovaginal, sin otra Especificación
N815	Enterocèle Vaginal
N816	Rectocele
N818	Otros Prolapsos Genitales Femeninos
N819	Prolapso Genital Femenino, no Especificado

8.12. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA Y REUMATOLÓGICA

25. Traumatismos	
S000	Traumatismo Superficial del Cuero Cabelludo
S090	Traumatismo de los Vasos Sanguíneos de la Cabeza no Clasificados en otra parte
S091	Traumatismo de Tendón y Músculos de la Cabeza
S092	Ruptura Traumática del Tímpano del Oído
S097	Traumatismos Múltiples de la Cabeza
S098	Otros Traumatismos de la Cabeza, Especificados
S099	Traumatismo de la Cabeza, no Especificado
S100	Contusión de la Garganta
S101	Otros Traumatismos Superficiales y los no Especificados de la Garganta
S107	Traumatismo Superficial Múltiple del Cuello
S108	Traumatismo Superficial de otras partes del Cuello
S109	Traumatismo Superficial del Cuello, parte no Especificada
S197	Traumatismos Múltiples del Cuello
S198	Otros Traumatismos del Cuello, Especificados
S199	Traumatismo del Cuello, no Especificado
S200	Contusión de la Mama
S201	Otros Traumatismos Superficiales y los no Especificados de la Mama
S202	Contusión del Tórax
S203	Otros Traumatismos Superficiales de la Pared Anterior del Tórax
S204	Otros Traumatismos Superficiales de la Pared Posterior del Tórax
S207	Traumatismos Superficiales Múltiples del Tórax
S208	Traumatismo Superficial de otras partes y de las no Especificadas del Tórax
S290	Traumatismo de Tendón y Músculos a nivel del Tórax
S297	Traumatismos Múltiples del Tórax
S298	Otros Traumatismos del Tórax, Especificados
S299	Traumatismo del Tórax, no Especificado
S300	Contusión de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S301	Contusión de la Pared Abdominal
S302	Contusión de Órganos Genitales Externos
S307	Traumatismos Superficiales Múltiples del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S308	Otros Traumatismos Superficiales del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S309	Traumatismo Superficial del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis, parte no Especificada
S390	Traumatismo de Tendón y de Músculos del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S396	Traumatismo de Órgano (s) Intraabdominal(es) con Órgano (s) Pélvico (s)
S397	Otros Traumatismos Múltiples del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S398	Otros Traumatismos Especificados del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

S399	Traumatismo no Especificado del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
S400	Contusión del Hombro y del Brazo
S407	Traumatismos Superficiales Múltiples del Hombro y del Brazo
S408	Otros Traumatismos Superficiales del Hombro y del Brazo
S409	Traumatismo Superficial no Especificado del Hombro y del Brazo
S497	Traumatismos Múltiples del Hombro y del Brazo
S498	Otros Traumatismos Especificados del Hombro y del Brazo
S499	Traumatismos no Especificados del Hombro y del Brazo
S500	Contusión del Codo
S501	Contusión de otras partes del Antebrazo y de las no Especificadas
S507	Traumatismos Superficiales Múltiples del Antebrazo
S508	Otros Traumatismos Superficiales del Antebrazo
S509	Traumatismo Superficial del Antebrazo, no Especificado
S597	Traumatismos Múltiples del Antebrazo
S598	Otros Traumatismos Especificados del Antebrazo
S599	Traumatismo no Especificado del Antebrazo
S600	Contusión de dedo (s) de la Mano, sin daño de La (s) Uña (s)
S601	Contusión de dedo (s) de la Mano con daño de La (s) Uña (s)
S602	Contusión de otras partes de la Muñeca y de la Mano
S607	Traumatismos Superficiales Múltiples de la Muñeca y de la Mano
S608	Otros Traumatismos Superficiales de la Muñeca y de la Mano
S609	Traumatismo Superficial de la Muñeca y de la Mano, no Especificado
S697	Traumatismos Múltiples de la Muñeca y de la Mano
S698	Otros Traumatismos Especificados de la Muñeca y de la Mano
S699	Traumatismo no Especificado de la Muñeca y de la Mano
S700	Contusión de la Cadera
S701	Contusión del Muslo
S707	Traumatismos Superficiales Múltiples de la Cadera y del Muslo
S708	Otros Traumatismos Superficiales de la Cadera y del Muslo
S709	Traumatismo Superficial de la Cadera y del Muslo, no Especificado
S797	Traumatismos Múltiples de la Cadera y del Muslo
S798	Otros Traumatismos Especificados de la Cadera y del Muslo
S799	Traumatismo no Especificado de la Cadera y del Muslo
S800	Contusión de la Rodilla
S801	Contusión de otras partes y las no Especificadas de la Pierna
S807	Traumatismos Superficiales Múltiples de la Pierna
S808	Otros Traumatismos Superficiales de la Pierna
S809	Traumatismo Superficial de la Pierna, no Especificado
S897	Traumatismos Múltiples de la Pierna
S898	Otros Traumatismos de la Pierna, Especificados
S899	Traumatismo de la Pierna, no Especificado
S900	Contusión del Tobillo
S901	Contusión de dedo (s) del Pie sin daño de La (s) Una (s)
S902	Contusión de dedo (s) del Pie con daño de La (s) Una (s)
S903	Contusión de otras partes y de las no Especificadas del Pie
S907	Traumatismos Superficiales Múltiples del Pie y del Tobillo
S908	Otros Traumatismos Superficiales del Pie y del Tobillo
S909	Traumatismo Superficial del Pie y del Tobillo, no Especificado
S997	Traumatismos Múltiples del Pie y del Tobillo
S998	Otros Traumatismos del Pie y del Tobillo, Especificados
S999	Traumatismo del Pie y del Tobillo, no Especificado
T000	Traumatismos Superficiales que Afectan la Cabeza con el Cuello
T001	Traumatismos Superficiales que Afectan el Tórax con el Abdomen, la Región Lumbosacra y La Pelvis
T002	Traumatismos Superficiales que Afectan Múltiples Regiones del (de los) Miembro (s) Superior (es)
T003	Traumatismos Superficiales que Afectan Múltiples Regiones del (de los) Miembro (s) Inferior (es)
T006	Traumatismos Superficiales que Afectan Múltiples Regiones del (de los) Miembro (s) Superior (es) con Miembro Inferior (es)

T008	Traumatismos Superficiales que Afectan otras Combinaciones de Regiones del Cuerpo
T009	Traumatismos Superficiales Múltiples, no Especificados
T07X	Traumatismos Múltiples, no Especificados
T08X	Fractura de la Columna Vertebral, nivel no Especificado
T140	Traumatismo Superficial de Región no Especificada del Cuerpo
T141	Herida de Región no Especificada del Cuerpo
T142	Fractura de Región no Especificada del Cuerpo
T143	Luxación, Esguince y Torcedura de Región no Especificada del Cuerpo
T144	Traumatismo de Nervio (s) de Región no Especificada del Cuerpo
T145	Traumatismo de Vaso (s) Sanguíneo (s) de Región no Especificada del Cuerpo
T146	Traumatismo de Tendones y Músculos de Región no Especificada del Cuerpo
T147	Traumatismo por Aplastamiento y Amputación Traumática de Regiones no Especificadas del Cuerpo
T148	Otros Traumatismos de Región no Especificada del Cuerpo
T149	Traumatismo, no Especificado
T900	Secuelas de Traumatismo Superficial de la Cabeza
T901	Secuelas de Herida de la Cabeza
T902	Secuelas de Fractura del Cráneo y de Huesos Faciales
T903	Secuelas de Traumatismo de Nervios Craneales
T904	Secuelas de Traumatismo del Ojo y de la Orbita
T905	Secuelas de Traumatismo Intracranegal
T908	Secuelas de otros Traumatismos Especificados de la Cabeza
T909	Secuelas de Traumatismo no Especificado de la Cabeza
T910	Secuelas de Traumatismo Superficial y de Heridas del Cuello y del Tronco
T911	Secuelas de Fractura de la Columna Vertebral
T912	Secuelas de otra Fractura del Tórax y de la Pelvis
T913	Secuelas de Traumatismo de la Medula Espinal
T914	Secuelas de Traumatismo de Órganos Intratorácicos
T915	Secuelas de Traumatismo de Órganos Intraabdominales y Pélvicos
T918	Secuelas de otros Traumatismos Especificados del Cuello y del Tronco
T919	Secuelas de Traumatismo no Especificado del Cuello y del Tronco
T920	Secuelas de Herida de Miembro Superior
T921	Secuelas de Fractura del Brazo
T922	Secuelas de Fractura de la Muñeca y de la Mano
T923	Secuelas de Luxación, Torcedura y Esguince de Miembro Superior
T924	Secuelas de Traumatismo de Nervio de Miembro Superior
T925	Secuelas de Traumatismo de Tendón y Musculo de Miembro Superior
T926	Secuelas de Aplastamiento y Amputación Traumáticas de Miembro Superior
T928	Secuelas de otros Traumatismos Especificados de Miembro Superior
T929	Secuelas de Traumatismo no Especificado de Miembro Superior
T930	Secuelas de Herida de Miembro Inferior
T931	Secuelas de Fractura del Fémur
T932	Secuelas de otras Fracturas de Miembro Inferior
T933	Secuelas de Luxación, Torcedura y Esguince de Miembro Inferior
T934	Secuelas de Traumatismo de Nervio de Miembro Inferior
T935	Secuelas de Traumatismo de Tendón y Musculo de Miembro Inferior
T936	Secuelas de Aplastamiento y Amputación Traumáticas de Miembro Inferior
T938	Secuelas de otros Traumatismos Especificados de Miembro Inferior
T939	Secuelas de Traumatismo no Especificado de Miembro Inferior
T940	Secuelas de Traumatismos que Afectan Múltiples Regiones del Cuerpo
T941	Secuelas de Traumatismos de Regiones no Especificadas del Cuerpo
T950	Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento de la Cabeza y del Cuello
T951	Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento del Tronco
T952	Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento de Miembro Superior
T953	Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento de Miembro Inferior
T954	Secuelas de Quemadura y Corrosión Clasificables Solo de Acuerdo con la Extensión de la Superficie del cuerpo afectada
T958	Secuelas de otras Quemaduras, Corrosiones y Congelamientos Especificados

T959	Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento no Especificados
T96X	Secuelas de Envenenamientos por Drogas, Medicamentos y Sustancias Biológicas
T97X	Secuelas de Efectos Tóxicos de Sustancias de Procedencia Principalmente no Medicinal
T980	Secuelas de Efectos de Cuerpos Extraños que Penetran en Orificios Naturales
T981	Secuelas de otros Efectos y los no Especificados de Causas Externas
T982	Secuelas de Ciertas Complicaciones Precoces de los Traumatismos
T983	Secuelas de Complicaciones de la Atención Médica y Quirúrgica, no Clasificadas en otra Parte

26. Enfermedades del Tejido Conectivo

M000	Artritis y Poliartritis Estafilocócica
M001	Artritis y Poliartritis Neumocócica
M002	Otras Artritis y Poliartritis Esteptocócicas
M008	Artritis y Poliartritis debidas a otros Agentes Bacterianos Especificados
M009	Artritis Piógena, no Especificada
M300	Poliarteritis Nudosa
M301	Poliarteritis con Compromiso Pulmonar [Churg-Strauss]
M302	Poliarteritis Juvenil
M303	Síndrome Mucocutáneo Linfonodular [Kawasaki]
M308	Otras Afecciones Relacionadas con la Poliarteritis Nudosa
M310	Angitis debida a Hipersensibilidad
M311	Microangiopatía Trombótica
M312	Granuloma Letal de la Línea Media
M313	Granulomatosis de Wegener
M314	Síndrome del Cayado de la Aorta [Takayasu]
M315	Arteritis de Células Gigantes con Polimialgia Reumática
M316	Otras Arteritis de Células Gigantes
M317	Poliangiitis microscópica
M318	Otras Vasculopatías Necrotizantes Especificadas
M319	Vasculopatía Necrotizante, no Especificada
M320	Lupus Eritematoso Sistémico, Inducido por drogas
M321	Lupus Eritematoso Sistémico con Compromiso de Órganos o Sistemas
M328	Otras Formas de Lupus Eritematoso Sistémico
M329	Lupus Eritematoso Sistémico, sin otra Especificación
M330	Dermatomiositis Juvenil
M331	Otras Dermatomiositis
M332	Polimiositis
M339	Dermatopolimiositis, no Especificada
M340	Esclerosis Sistémica Progresiva
M341	Síndrome Cr(e)St
M342	Esclerosis Sistémica Inducida por Drogas o Productos Químicos
M348	Otras Formas de Esclerosis Sistémica
M349	Esclerosis Sistémica, no Especificada
M350	Síndrome Seco [Sjögren]
M351	Otros Síndromes Superpuestos
M352	Enfermedad de Behcet
M353	Polimialgia Reumática
M354	Fascitis difusa (Eosinofílica)
M355	Fibrosclerosis Multifocal
M356	Paniculitis Recidivante [Weber-Christian]
M357	Síndrome de Hipermovilidad
M358	Otras Enfermedades Especificadas con Compromiso Sistémico del Tejido Conjuntivo
M359	Compromiso Sistémico del Tejido Conjuntivo, no Especificado
M360	Dermato (Poli) Miositis en Enfermedad Neoplásica (C00-d48+)
M361	Artropatía en Enfermedad Neoplásica (C00-d48+)
M362	Artropatía Hemofílica (D66-d68+)
M363	Artropatía en otros Trastornos de la Sangre (D50-d76+)
M364	Artropatía en Reacciones de Hipersensibilidad Clasificadas en otra parte
M368	Trastornos Sistémicos del Tejido Conjuntivo en otras Enfermedades Clasificadas en otra Parte

M600	Miositis Infecciosa
M601	Miositis Intersticial
M602	Granuloma por Cuerpo Extraño en Tejido Blando, no Clasificado en otra parte
M608	Otras Miositis
M609	Miositis, no Especificada
M610	Miositis Osificante Traumática
M611	Miositis Osificante Progresiva
M612	Calcificación y Osificación Paralítica del Musculo
M613	Calcificación y Osificación de los Músculos Asociadas con Quemaduras
M614	Otras Calcificaciones del Musculo
M615	Otras Osificaciones del Musculo
M619	Calcificación y Osificación del Musculo, no Especificada
M620	Diástasis del Musculo
M621	Otros Desgarros (No Traumáticos) del Musculo
M622	Infarto Isquémico del Musculo
M623	Síndrome de Inmovilidad (Parapléjico)
M624	Contractura Muscular
M625	Atrofia y Desgaste Musculares, no Clasificados en otra parte
M626	Distensión Muscular
M628	Otros Trastornos Especificados de los Músculos
M629	Trastorno Muscular, no Especificado
M630	Miositis en Enfermedades Bacterianas Clasificadas en otra parte
M631	Miositis en Infecciones por Protozoarios y Parásitos Clasificadas en otra parte
M632	Miositis en otras Enfermedades Infecciosas Clasificadas en otra parte
M633	Miositis en Sarcoidosis (d86.8+)
M638	Otros Trastornos de los Músculos en Enfermedades Clasificadas en otra parte
M650	Absceso de Vaina Tendinosa
M651	Otras (Teno)Sinovitis Infecciosas
M652	Tendinitis Calcificada
M653	Dedo en Gatillo
M654	Tenosinovitis de Estiloides Radial [de Quervain]
M658	Otras Sinovitis y Tenosinovitis
M659	Sinovitis y Tenosinovitis, no Especificada
M660	Ruptura de Quiste Sinovial Poplíteo
M661	Ruptura de la Sinovia
M662	Ruptura Espontánea de Tendones Extensores
M663	Ruptura Espontánea de Tendones Flexores
M664	Ruptura Espontánea de otros Tendones
M665	Ruptura Espontánea de Tendón no Especificado
M670	Acortamiento del Tendón de Aquiles (Adquirido)
M671	Otras Contracturas de Tendón (Vaina)
M672	Hipertrofia Sinovial, no Clasificada en otra parte
M673	Sinovitis Transitoria
M674	Ganglion
M678	Otros Trastornos Especificados de la Sinovia y del Tendón
M679	Trastorno Sinovial y Tendinoso, no Especificado
M680	Sinovitis y Tenosinovitis en Enfermedades Bacterianas Clasificadas en otra parte
M688	Otros Trastornos Sinoviales y Tendinosos en Enfermedades Clasificadas en otra parte
M800	Osteoporosis Postmenopáusica, con Fractura Patológica
M801	Osteoporosis Postoforectomía, con Fractura Patológica
M802	Osteoporosis por desuso, con Fractura Patológica
M803	Osteoporosis por Malabsorción Postquirúrgica, con Fractura Patológica
M804	Osteoporosis Inducida por Drogas, con Fractura Patológica
M805	Osteoporosis Idiopática, con Fractura Patológica
M808	Otras Osteoporosis, con Fractura Patológica
M809	Osteoporosis no Especificada, con Fractura Patológica
M850	Displasia Fibrosa (Monostotica)

M851	Fluorosis del Esqueleto
M852	Hiperostosis del Cráneo
M853	Osteítis Condensante
M854	Quiste Óseo Solitario
M855	Quiste Óseo Aneurismático
M856	Otros Quistes Óseos
M858	Otros Trastornos Especificados de la Densidad y de la Estructura Oseas
M859	Trastorno de la Densidad y de la Estructura Oseas, no Especificado

27. Patología Articular Excluida Columna

M200	Deformidad de dedo (s) de la Mano
M201	Hallux Valgus (Adquirido)
M202	Hallux Rigidus
M203	Otras Deformidades del Hallux (Adquiridas)
M204	Otro (s) Dedo (s) del Pie en Martillo (Adquiridos)
M205	Otras deformidades (Adquiridas) del (de Los) dedo (s) del Pie
M206	Deformidades Adquiridas de los dedos del Pie, no Especificadas
M210	Deformidad en Valgo, no Clasificada en otra parte
M211	Deformidad en Varo, no Clasificada en otra parte
M212	Deformidad en Flexión
M213	Muñeca o Pie en Péndulo (Adquirido)
M214	Pie Plano
M215	Mano o Pie en Garra o en Talipes, Pie Equinovaro o Zambo Adquiridos
M216	Otras deformidades Adquiridas del Tobillo y del Pie
M217	Longitud desigual de los Miembros (Adquirida)
M218	Otras deformidades Adquiridas de los Miembros, Especificadas
M219	Deformidad Adquirida del Miembro, no Especificada
M220	Luxación Recidivante de la Rotula
M221	Subluxación Recidivante de la Rotula
M222	Trastornos Rotulofemorales
M223	Otros desarreglos de la Rotula
M228	Otros Trastornos de la Rotula
M229	Trastorno de la Rotula, no Especificado
M230	Menisco Quístico
M231	Menisco discoide (Congénito)
M232	Trastorno de Menisco debido a Desgarro o Lesión Antigua
M233	Otros Trastornos de los Meniscos
M234	Cuerpo Flotante en la Rodilla
M236	Otra Ruptura Espontánea del (de los) Ligamento (s) de la Rodilla
M240	Cuerpo Flotante Articular
M242	Trastorno del Ligamento
M243	Luxación y Subluxación Patológica de la Articulación, no Clasificada en otra parte
M244	Luxación y Subluxación Recidivante de la Articulación
M245	Contractura Articular
M246	Anquilosis Articular
M247	Protrusión de Acetáculo
M248	Otras Lesiones Articulares Específicas, no Clasificadas en otra parte
M249	Desarreglo Articular, no Especificado
M250	Hemartrosis
M251	Fistula Articular
M252	Articulación Inestable
M253	Otras Inestabilidades Articulares
M254	Derrame Articular
M256	Rigidez Articular, no Clasificada en otra parte
M257	Osteofito
M258	Otros Trastornos Articulares Especificados
M259	Trastorno Articular, no Especificado
M75.9	Lesión del hombro no especificada

28. Lesiones Infecciosas

A239	Brucelosis, no especificada
M490	Tuberculosis en la columna vertebral
M491	Espondilitis por Brucelosis
M860	Osteomielitis Hematógena Aguda
M861	Otras Osteomielitis Agudas
M862	Osteomielitis Subaguda
M863	Osteomielitis Multifocal Crónica
M864	Osteomielitis Crónica con drenaje del Seno
M865	Otras Osteomielitis Hematógenas Crónicas
M866	Otras Osteomielitis Crónicas
M868	Otras Osteomielitis
M869	Osteomielitis, no Especificada
M890	Algoneurodistrofia
M891	Detención del Crecimiento Epifisario
M892	Otros Trastornos del desarrollo y Crecimiento Óseo
M893	Hipertrofia del Hueso
M894	Otras Osteoartropatías Hipertróficas
M895	Osteólisis
M896	Osteopatía a Consecuencia de Poliomielitis
M898	Otros Trastornos Especificados del Hueso
M899	Trastorno del Hueso, no Especificado

29. Lesión Biomecánica

M998	Otras Lesiones Biomecánicas
M999	Lesión Biomecánica, no Especificada

8.13. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN ONCOLÓGICA**30. Linfedema + DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA (C00-C97)**

I890	Linfedema, no Clasificado en otra parte
I891	Linfangitis
I898	Otros Trastornos Especificados no Infecciosos de los Vasos y Ganglios Linfáticos
I899	Trastorno no Infeccioso de Vasos y Ganglios Linfáticos, no Especificado
I972	Síndrome de Linfedema Postmastectomia
I978	Otros Trastornos del Sistema Circulatorio Consecutivos a Procedimientos, no Clasificados
I979	Trastorno no Especificado del Sistema Circulatorio Consecutivo a Procedimientos

31. Sarcopenia + DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA (C00-C97)

M62.84	Sarcopenia
--------	------------

8.14. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN DOLOR**32. Dolor**

M255	Dolor en Articulación
M791	Mialgia (síndrome de dolor miofascial regional)
M797	Fibromialgia
R521	Dolor Crónico Intratable
R522	Otro dolor Crónico
R529	Dolor, no Especificado

8.15. CÓDIGOS CIE 10. REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS**33. Quemaduras, Corrosiones y Congelaciones**

T200	Quemadura de la Cabeza y del Cuello, Grado no Especificado
T201	Quemadura de la Cabeza y del Cuello, de Primer Grado

T202	Quemadura de la Cabeza y del Cuello, de Segundo Grado
T203	Quemadura de la Cabeza y del Cuello, de Tercer Grado
T204	Corrosión de la Cabeza y del Cuello, Grado no Especificado
T205	Corrosión de la Cabeza y del Cuello, de Primer Grado
T206	Corrosión de la Cabeza y del Cuello, de Segundo Grado
T207	Corrosión de la Cabeza y del Cuello, de Tercer Grado
T210	Quemadura del tronco, grado no especificado
T220	Quemadura del hombro y miembro superior, grado no especificado, excepto muñeca y mano
T230	Quemadura de la muñeca y de la mano, grado no especificado
T240	Quemadura de cadera y miembro inferior, grado no especificado, excepto tobillo y pie
T250	Quemadura del tobillo y del pie, grado no especificado
T260	Quemadura del parpado y área periocular
T270	Quemadura de la laringe y de la tráquea
T280	Quemadura de la boca y de la faringe
T290	Quemaduras de múltiples regiones, grado no especificado
T300	Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados
T310	Quemaduras en menos 10% cuerpo
T311	Quemaduras que afectan del 10 al 19% de la superficie del cuerpo
T312	Quemaduras que afectan del 20 al 29% de la superficie del cuerpo
T313	Quemaduras que afectan del 30 al 39% de la superficie del cuerpo
T314	Quemaduras que afectan del 40 al 49% de la superficie del cuerpo
T315	Quemaduras que afectan del 50 al 59% de la superficie del cuerpo
T316	Quemaduras que afectan del 60 al 69% de la superficie del cuerpo
T317	Quemaduras que afectan del 70 al 79% de la superficie del cuerpo
T318	Quemaduras que afectan del 80 al 89% de la superficie del cuerpo
T319	Quemaduras que afectan el 90% o más de la superficie del cuerpo
T320	Corrosiones que Afectan Menos del 10% de la Superficie del Cuerpo
T321	Corrosiones que Afectan del 10 al 19% de la Superficie del Cuerpo
T322	Corrosiones que Afectan del 20 al 29% de la Superficie del Cuerpo
T323	Corrosiones que Afectan del 30 al 39% de la Superficie del Cuerpo
T324	Corrosiones que Afectan del 40 al 49% de la Superficie del Cuerpo
T325	Corrosiones que Afectan del 50 al 59% de la Superficie del Cuerpo
T326	Corrosiones que Afectan del 60 al 69% de la Superficie del Cuerpo
T327	Corrosiones que Afectan del 70 al 79% de la Superficie del Cuerpo
T328	Corrosiones que Afectan del 80 al 89% de la Superficie del Cuerpo
T329	Corrosiones que Afectan el 90% o Mas de la Superficie del Cuerpo
T330	Congelamiento Superficial de la Cabeza
T331	Congelamiento Superficial del Cuello
T332	Congelamiento Superficial del Tórax
T333	Congelamiento Superficial de la Pared Abdominal, Región Lumbosacra y Pelvis
T334	Congelamiento Superficial del Brazo
T335	Congelamiento Superficial de la Muñeca y de la Mano
T336	Congelamiento Superficial de la Cadera y del Muslo
T337	Congelamiento Superficial de la Rodilla y de la Pierna
T338	Congelamiento Superficial del Tobillo y del Pie
T339	Congelamiento Superficial de otros Sitios y de los no Especificados
T340	Congelamiento con Necrosis Tisular de la Cabeza
T341	Congelamiento con Necrosis Tisular del Cuello
T342	Congelamiento con Necrosis Tisular del Tórax
T343	Congelamiento con Necrosis Tisular de la Pared Abdominal, Región Lumbosacra y Pelvis
T344	Congelamiento con Necrosis Tisular del Brazo
T345	Congelamiento con Necrosis Tisular de la Muñeca y de la Mano
T346	Congelamiento con Necrosis Tisular de la Cadera y del Muslo
T347	Congelamiento con Necrosis Tisular de la Rodilla y de la Pierna
T348	Congelamiento con Necrosis Tisular del Tobillo y del Pie
T349	Congelamiento con Necrosis Tisular de otros Sitios y de los no Especificados

T350	Congelamiento Superficial que afecta Múltiples Regiones del Cuerpo
T351	Congelamiento con Necrosis Tisular que afecta Múltiples Regiones del Cuerpo
T352	Congelamiento no Especificado de la Cabeza y del Cuello
T353	Congelamiento no Especificado del Tórax, del Abdomen, de la Región Lumbosacra y de la Pelvis
T354	Congelamiento no Especificado del Miembro Superior
T355	Congelamiento no Especificado del Miembro Inferior
T356	Congelamiento no Especificado que afecta Múltiples Regiones del Cuerpo
T357	Congelamiento no Especificado, de Sitio no Especificado

**CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICO FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE
REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL**

8.1. CÓDIGOS CIE 10. HIPOACUSIA Y/O SORDERA

1. Hipoacusia y sordera	
H900	Hipoacusia Conductiva Bilateral
H901	Hipoacusia Conductiva, Unilateral con Audición Irrestricta Contralateral
H902	Hipoacusia Conductiva, sin otra Especificación
H903	Hipoacusia Neurosensorial, Bilateral
H904	Hipoacusia Neurosensorial, Unilateral con Audición Irrestricta Contralateral
H905	Hipoacusia Neurosensorial, sin otra Especificación
H906	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, Bilateral
H907	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, Unilateral con Audición Irrestricta Contra
H908	Hipoacusia Mixta Conductiva y Neurosensorial, no Especificada
H910	Hipoacusia Ototóxica
H911	Presbiacusia
H912	Hipoacusia Súbita idiopática
H918	Otras Hipoacusias Específicas
H919	Disminución de la Agudeza Auditiva sin Especificación

8.2. CÓDIGOS CIE 10. BAJA VISION Y/O CEGUERA

2. Baja Visión y Ceguera	
B940	Secuela de tracoma
H54	Discapacidad visual, inclusive ceguera (binocular o monocular)
H540	Ceguera binocular
H541	Discapacidad visual grave, binocular
H542	Discapacidad visual moderada, binocular
H543	Discapacidad visual leve o inexistente, binocular
H544	Ceguera monocular
H545	Discapacidad visual grave, monocular
H546	Discapacidad visual moderada, monocular
H547	Disminución de la Agudeza Visual sin Especificación
H549	Discapacidad visual no especificada (binocular)
OTRAS ALTERACIONES VISUAL	
R481	Agnosia
H53.2	Diplopía
H53.4	Defectos del campo visual

8.3. CÓDIGOS CIE 10. SORDOMUDEZ

3. Sordomudez	
H91.3	Sordomudez, no Clasificada en otra parte

8.4. CÓDIGOS CIE 10. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

4. Enfermedad Cerebro Vascular	
R470	Disfasia y Afasia

8.5. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

5. Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y Lenguaje	
F800	Trastorno Específico de la Pronunciación
F801	Trastorno del Lenguaje Expresivo
F802	Trastorno de la Recepción del Lenguaje
F803	Afasia Adquirida con Epilepsia [Landau - Kleffner]
F808	Otros Trastornos del desarrollo del Habla y del Lenguaje
F809	Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje sin Especificación.
6. Otros Trastornos de la Deglución	
P050	Prematuro, recién nacido liviano para la edad
P073	Otros recién nacidos pretérmino
P229	Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada
P92.3	hipoalimentación del recién nacido

8.6. CÓDIGOS CIE 10. DISARTRIA Y DISFAGIA

7. Disartria	
R471	Disartria y Anartria
R478	Otras Alteraciones del Habla y las no Especificadas
8. Disfagia	
P920	Vómitos del recién nacido
P921	Regurgitación y rumiación del recién nacido
P922	Lentitud en la ingestión de alimentos del recién nacido
P923	Hipoalimentación del recién nacido
P924	Hiperalimentación del recién nacido
P925	Dificultad neonatal en la lactancia materna
P928	Otros problemas de alimentación del recién nacido
P929	Problema no especificado de la alimentación del recién nacido
R13X	Disfagia

CÓDIGOS CIE 10. DIAGNÓSTICO FRECUENTES PARA LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

8.1. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

1. Trastornos del Aprendizaje

F810	Trastorno específico de la lectura,
F811	Agrafía, trastorno específico del deletreo (Ortografía),
F812	Trastornos específicos de habilidades aritméticas,
F813	Trastornos mixtos de habilidades escolares.,
F818	Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
F819	Trastorno de desarrollo de habilidades escolares sin especificar (Inmadurez para la Lectoescritura) Se incluirán los siguientes diagnósticos,
F82	Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras (T. Coord. Motora),
Z558	Otros Problemas Relacionados con la Educación y la Alfabetización

8.2. CÓDIGOS CIE 10. RETRASO MENTAL LEVE, MODERADO, SEVERO**2. Retardo Mental: Leve, Moderado, Severo**

F700	Retraso Mental Leve, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo
F701	Retraso Mental Leve, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F708	Retraso Mental Leve, otros deterioros del Comportamiento
F709	Retraso Mental Leve por Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F710	Retraso Mental Moderado, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo
F711	Retraso Mental Moderado, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F718	Retraso Mental Moderado, otros deterioros del Comportamiento
F719	Retraso Mental Moderado por Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F720	Retraso Mental Grave por Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F721	Retraso Mental Grave, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F728	Retraso Mental Grave, otros deterioros del Comportamiento
F729	Retraso Mental Grave, Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F730	Retraso Mental Profundo, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo
F731	Retraso Mental Profundo, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F738	Retraso Mental Profundo, otros deterioros del Comportamiento
F739	Retraso Mental Profundo, Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F780	Otros Tipos de Retraso Mental, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo
F781	Otros Tipos de Retraso Mental, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F788	Otros Tipos de Retraso Mental, otros deterioros del Comportamiento
F789	Otros Tipos de Retraso Mental, Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado
F790	Retraso Mental, no Especificado, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo
F791	Retraso Mental, no Especificado, Deterioro del Comportamiento Significativo, que Requiere Atención o Tratamiento
F798	Retraso Mental, no Especificado, otros deterioros del Comportamiento
F799	Retraso Mental, no Especificado, Deterioro del Comportamiento de Grado no Especificado

8.3. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**3. Trastornos del Espectro Autista**

F84.0	Autismo infantil
F84.1	Autismo atípico
F84.2	Síndrome de Rett,

F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
F84.4	Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados
F84.5	Síndrome de Asperger.
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación
F90	Trastornos hiperkinéticos
F900	Perturbación de la Actividad y de la Atención
F901	Trastorno Hipercinético de la Conducta
F908	Otros Trastornos Hipercinéticos
F909	Trastorno Hipercinético, no Especificado
F91	Trastornos de la conducta
F910	Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar
F911	Trastorno de la Conducta Insociable
F912	Trastorno de la Conducta Sociable
F9121	Pertenencia a Pandilla (Presencia de Agresividad y Violencia)
F9122	Perteneciente a Grupos Organizados
F913	Trastorno Opositor desafiante
F918	Otros Trastornos de la Conducta
F919	Trastorno de la Conducta, no Especificado

8.4. CÓDIGOS CIE 10. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

4. Otras alteraciones de salud mental	
F010	Demencia Vascular de Comienzo Agudo
F011	Demencia Vascular por Infartos Múltiples
F012	Demencia Vascular Subcortical
F013	Demencia Vascular Mixta, Cortical y Subcortical
F018	Otras Demencias Vasculares
F019	Demencia Vascular, no Especificada
F028	Demencia en otras Enfermedades Especificadas Clasificadas en otra parte
F03X	Demencia sin Especificación.
F06	Trastorno mental orgánico
F20	Esquizofrenia
F31	Trastorno bipolar
G300	Enfermedad de Alzheimer de Comienzo Temprano
G301	Enfermedad de Alzheimer de Comienzo Tardío
G308	Otros Tipos de Enfermedad de Alzheimer
G309	Enfermedad de Alzheimer, no Especificada
G311	Degeneración Cerebral Senil no Clasificada en otra parte
G319	Degeneración del Sistema Nervioso, no Especificada

ANEXO N° 1 LISTADO DE AYUDAS TECNICAS. Consideradas en las Definiciones Operacionales de programación y de Medición de Avances de los PP. (RM N° 907-2016/MINSA).

Nº	LISTADO DE AYUDAS TECNICAS – FUNCIONES MOTRIZ.
1	adaptadores para muñeca
2	andador con asiento incorporado
3	andador deslizable adultos
4	andador deslizable niños

5	andador fijo adultos
6	andador fijo niños
7	andador terapéutico niños con apoyabrazos
8	andador terapéutico niños con apoyo pélvico
9	andador terapéutico niños con apoyo pélvico y soporte torácico
10	arnés en ocho
11	arnés en silla de montar
12	bastón canadiense (lofstrand) adultos
13	bastón canadiense (lofstrand) niños
14	bastón canadiense con plataforma antebraquial (reumáticos)
15	bastón de puño de 3 ó 4 puntos
16	bastón de puño simple
17	cabestrillo
18	calzado ortopédico
19	cojín anti escaras de silicona
20	collarín blando
21	collarín minerva
22	collarín philadelphia
23	collarín somi
24	collarín thomas
25	corset etienne
26	corset jewet (órtesis dorsolumbar)
27	corset kalybis
28	corset knight
29	corset knight – taylor (órtesis dorsolumbar)
30	corset lyones
31	corset michel
32	corset milwaukee
33	corset rígido boston (órtesis dorsolumbar)
34	corset rígido: tls
35	corset semirígido lumbosacro
36	corset semirrígido dorsolumbar con tracción anti cifótica
37	corset williams (órtesis lumbosacra)
38	dedo cosmético
39	estabilizador postural de columna
40	fundas tubulares para amputados (sistema liner)
41	guante cosmético
42	mano mecánica
43	mano pasiva
44	manopla
45	muleta axilar adulto
46	muleta axilar niños
47	órtesis scottish rite
48	órtesis (férrula) dennis-brown de cadera
49	órtesis (férrula) frejka de cadera
50	órtesis (férrula) ilfeld
51	órtesis corto miembro inferior con klenzac
52	órtesis corto miembro inferior estándar
53	órtesis de cadera (Arnés de pavlik)
54	órtesis de descarga para artropatía de Charcot
55	órtesis de descarga para cadera
56	órtesis de descarga tipo ptb

57	órtesis de rodilla (antirecurvatum)
58	órtesis de rodilla (estándar)
59	órtesis de rodilla (modificada)
60	órtesis de tobillo-pie (OTP) estándar
61	órtesis larga miembro inferior (con articulación con bloqueo suizo)
62	órtesis larga miembro inferior (con articulación con cierre de anillo)
63	órtesis larga miembro inferior (con klenzac)
64	órtesis larga para miembro inferior (con banda pélvica)
65	órtesis miembro superior antebrazo-muñeca (dinámico)
66	ortesis miembro superior antebrazo-muñeca (estático)
67	órtesis miembro superior antebrazo-muñeca (tenodesis)
68	órtesis miembro superior brazo (dinámico para codo)
69	órtesis miembro superior brazo (estático para codo)
70	órtesis miembro superior mano (dinámico)
71	órtesis miembro superior mano (estático)
72	órtesis miembro superior tipo aeroplano (dinámico para hombro)
73	órtesis miembro superior tipo aeroplano (estático para hombro)
74	órtesis modular de cadera
75	órtesis para dedos (abductores)
76	órtesis para dedos (espirales)
77	órtesis para dedos (interdigitales)
78	órtesis para dedos (oponentes)
79	órtesis reciprocante de marcha
80	órtesis tobillo-pie (OTP) modificado
81	órtesis twister elástico
82	órtesis twister metálico
83	ortoprótesis
84	órtesis larga para miembro inferior (modificada)
85	pilón modificado
86	plantillas ortopédicas
87	plásticos termoconformables
88	prendas antiqueloideas para pacientes quemados
89	prótesis arriba de rodilla estándar
90	prótesis arriba de rodilla modular monoaxial y pie articulado
91	prótesis arriba de rodilla modular monoaxial y pie sach
92	prótesis arriba de rodilla modular policéntrica y pie articulado
93	prótesis de miembro superior arriba de codo multiaxial
94	prótesis de miembro superior desarticulado de codo mioeléctrico
95	prótesis de miembro superior desarticulado de codo monoaxial
96	prótesis de miembro superior desarticulado de codo multiaxial
97	prótesis debajo de codo estándar
98	prótesis debajo de rodilla estándar tipo ptb
99	prótesis debajo de rodilla estándar tipo pts
100	prótesis debajo de rodilla modular (con pie sach)
101	prótesis debajo de rodilla modular con pie articulado monoeje
102	prótesis desarticulada de cadera estándar
103	prótesis desarticulada de cadera modular (con rodilla monoaxial pie sch/ pie articulado)
104	prótesis desarticulada de cadera modular con rodilla policéntrica pie sach/ pie articulado

105	prótesis desarticulada de hombre estándar, hombro monoaxial
106	prótesis desarticulada de hombro estándar, hombro multiaxial
107	prótesis desarticulada de muñeca estándar
108	prótesis desarticulada de rodilla estándar
109	prótesis miembro superior arriba de codo manoaxial
110	silla de ruedas reclinable y para bipedestación
111	silla de ruedas electrónica
112	silla de ruedas estándar
113	silla de ruedas neurológica
114	silla de ruedas traumatológica
115	silla de ruedas rough rider
116	straps epicondilares.

Nº	LISTADO DE AYUDAS TECNICAS- FUNCIONES AUDITIVAS
1	Audífonos de bolsillo de vibración ósea con diadema o vincha
2	Audífono intracanal digital
3	Audífono intracanal estándar
4	Audífono retroauricular de vibración ósea con diatermia o vincha
5	Audífonos retroauriculares analógicos
6	Audífonos retroauriculares digitales
7	Ayudas para la audición en clase
8	Laringe electrónica
9	Sistema auditivo para audífono de frecuencia modulada (FM)
10	Implante coclear

Nº	LISTADO DE AYUDAS TECNICAS- FUNCIONES AUDITIVAS
1	Anteojos prismáticos
2	Bastones para baja visión y ceguera
3	Filtros oculares para baja visión
4	Lentes correctores
5	Lentes intraoculares
6	Lentes protectores con o sin corrección
7	Lupa electrónica
8	Lupas para baja visión
9	Microscopios para baja visión
10	Prótesis oculares
11	Telescopio para baja visión

ANEXO N° 2 CODIFICACIONES ÉTNICAS. R.M. Nº 975-2017/MINSA Aprueba la Directiva Administrativa Nº240- MINSA/2017/INS: Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.

Código de pertinencia étnica	Pueblo Indígena	Otras denominaciones	Lengua
1	Achuara	Achual, Achuare, Achuale	Achuar
2	Aímara	Aru	Aímara
3	Amahuaca	Yora	Amahuaca

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

4	Arabela	Tapueyocuaca, Chiripuno	Arabela
5	Ashaninka	Campa Ashaninka	Ashaninka
6	Ashéninka	Ashaninka del Gran Pajonal	Asháninka
7	Awajún	Aguaruna, Aents	Awajún
8	Bora	Booraa, Miamuna, Miranha, Miranya	Bora
9	Capanahua	Nunquençalco, Buskipani	Capanahua
10	Cashinahua	Huni Kuin, Caxinahua, Kachinahua	Cashinahua
11	Chamicuro	Camikodio, Chamicólos	Chamicuro
12	Chapra	Shapra	Kandozi - Chapra
13	Chitonahua	Yora, Murunahua	Yaminahua
14	Ese Eja	Ese'ejja, Huarayo, Tiatinagua	Ese Eja
15	Haraktbut	Amarakaeri, Wachipaeri, Arasaeri, Kisamberi, Pukirieri, Toyoeri, Sapiteri	Harakbut
16	Ikitu	Ikito, Iquito, Amacacore, Quituran	Ikitu
17	Iñapari	Inapari, Inamari, Kushitirení	Iñapari
18	Isconahua	Isconawa. Iskobakebo	Isconahua
19	Jaqaru	Aímara, Lupino, Aímara Central, Cauqui, Aru	Jaqaru
20	Jibaro	Jíbaro del Río Corrientes, Shiwiar, Siwaro	Achuar
21	Kakataibo	Uni, Unibo	Kakataibo
22	Kakinte	Poyenisati	Kakinte
23	Kandozi	Candoshi, Chapra, Chapara, Murato	Kandozi - Chapra
24	Kichwa	Quichua, Inga, Lamas, Santarrosinos	Quechua
25	Kukama Kukamiria	Cocama, Cocamilla, Xibitaona	Kukama Kukamiria
26	Madija	Culina, Madiha, Kolina	Madija
27	Maijuna	Orejón, Maijiki	Maijuna
28	Marinahua	Onocoin, Yora	Sharanahua
29	Mashco Piro	Yora	Yine
30	Mastanahua	Yora	Mastanahua
31	Matsés	Mayoruna	Matsés
32	Matsigenka	Machiguenga, Matsiguenga, Machiganga, Matsiganga	Matsigenka
33	Muniche	Munichí	Muniche
34	Murui Muinani	Huitoto	Murui Muinani
35	Nahua	Yora	Nahua
36	Nanti	Matsigenka	Nanti
37	Nomatsigenga	Nomachiguenga, Atiri	Nomatsigenga
38	Ocaina	Ducaiya, Dyo' Xaiya	Ocaina
39	Omagua	Omagua, Yeté, Ariana, Pariana, Umawa	Omagua
40	Quechuas	Los pueblos Quechuas que no tienen otra denominación, más si un conjunto de identidades, entre las que se encuentran Chopccas, Huancas, Chankas, Huaylas, Qéros, Canaris, Kana	Quechuas
42	Resígaro	Resígero	Resígaro
43	Sharanahua	Onicoin, Yora	Sharanahua
44	Shawi	Chyawita, Campo, Piiyapi, Tshahui	Shawi
45	Shipibo- Konibo	Shipibo, Joni, Chicero-Conivo	Shipibo- Konibo
46	Shiwili	Jebero, Xébero, Shiwila	Shiwili
47	Tikuna	Ticuna, Duuxugu	Tikuna
48	Urarina	Itucali, Kacha, Edze, Ltukale	Urarinas

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Persona con Discapacidad

Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad

49	Uro	Uru	Uro (Lengua Extinta)
50	Vacacocha	Aushiri, A'éwa, Awshira, Abijura, Abishira	Awshira (Lengua Extinta)
51	Wampis	Huambiza, Shuar- Huampis	Wampis
52	Yagua	Yihamwo, Níhamwo	Yagua
53	Yaminahua	Yamimahua, Jjamimawa, Yora	Yaminahua
54	Yanesha	Amuesha, Amage, Amuexia	Yanesha
55	Yine	Piro, Pira, Simirinche, Chotaquiro	Yine
56	Afroperuano	Zambo, Mulato, Negro, Moreno	Español
57	Blanco	Blanco	Español
58	Mestizo	Mestizo, Cholo	Español
59	Asiatico	Chino, Ponja	Japonés, Coreano, Chino, Español
60	Descendiente Otro	Gitano, Rom, Cale	Español, Cale



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud

Salaverry 801 - Lima - Lima - Jesús María - Perú
Telef: (01) 315 6600
www.gob.pe/minsa