

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

Etapa de Vida Adolescente



Sistema de Información HIS



Gobierno del Perú



PERÚ

Ministerio de Salud

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

Etapa de Vida Adolescente

2026

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa. Etapa de Vida Adolescente. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2026.

43 p. ilus.

ATENCIÓN / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / ADOLESCENTE / SALUD PÚBLICA / REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD / DIAGNÓSTICO / CODIFICACIÓN CLÍNICA

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2026-06454

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Etapa de Vida Adolescente. Sistema de Información HIS

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información (MINSA /DGIESP /DVICI - OGTI/ OGEI).

Responsables de la elaboración:

María Elena Yumbato Pinto, responsable nacional de la Etapa de Vida Adolescente
Seira Katherine Huamán Inocente, DVCI/ Etapa de Vida Adolescente

Equipo de Trabajo del Etapa de Vida Adolescente:

Isabel Eugenia Pacheco Cantalicio, DVCI/ Etapa de Vida Adolescente
Patricia Alvarado Chirinos, DVCI/ Etapa de Vida Adolescente
Blanca Ruth Moretti Lavalle, DVCI/ Etapa de Vida Adolescente

Equipo de Trabajo DIRIS Lima Metropolitana:

María Elena Esquivel Vera, DIRIS Lima Centro.
Rosario Marianela Loza Salvador, DIRIS Lima Centro.
Sonia Zenaida Vilcamiche Albites, DIRIS Lima Este.
José Luis Lima Escajadillo, DIRIS Lima Este.
Layla Fernández Castillo, DIRIS Lima Norte.
Andrea Carolina Finquin Chumpitaz, DIRIS Lima Sur.
Renato Alcántara Estupiñán, DIRIS Lima Sur.

Equipo de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Información:

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo
Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico
Lic. Carlos Alberto Ávila Guerra, Equipo Técnico

Diseño y diagramación

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

© MINSA, junio, 2026

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe/minsa
webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, noviembre 2020

2da Edición, junio 2026

Enlace digital disponible: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7985.pdf>



PERÚ

Ministerio
de Salud

JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO

Ministro de Salud

HENRY ALFONSO REBAZA IPARRAGUIRRE

Viceministro de Salud Pública

LUIS MELCHOR LORO CHERO

Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

JULIO CÉSAR NIÑO BAZALAR

Secretario General

ALFONSO HERVER ERAZO PAZ

Director General de la Oficina General
de Tecnologías de la Información

CONSTANTINO SEVERO VILA CÓRDOVA

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

LOURDES LUCÍA ORTEGA VERA

Directora Ejecutiva de la Dirección
de Intervenciones por Curso de Vida
y Cuidado Integral

PRESENTACION

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, órgano de línea del Ministerio de Salud - Viceministerio de Salud Pública, que incorpora a la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, tiene como misión definir, implementar y supervisar las acciones claves de salud pública con la finalidad de prevenir enfermedades, promover estilos de vida saludables y garantizar una atención adecuada para todos, desde la niñez hasta la adultez.

En ese contexto; el Curso de Vida Adolescente en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la persona, familia y comunidad (MCI); contribuye al desarrollo integral de la salud y el bienestar de la población adolescente, mediante la aplicación del paquete de cuidado integral de salud, que incluye intervenciones individuales, familiares y comunitarias en respuesta a las necesidades y expectativas de salud de esta población, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El Registro de Información –HIS, es la única fuente oficial del sistema de información, “demandando” que los registros de las intervenciones, actividades, entre otros procedimientos del Curso de Vida Adolescente, sean llenados correctamente a fin de que los reportes estadísticos que proporcione la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) –MINSa, permitan realizar el análisis y la toma de decisiones de manera oportuna y de calidad.

Presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades del Curso de Vida Adolescente - Versión 2026, para su difusión y estandarización de los criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos del Ministerio de Salud.

Tabla de Contenidos

I. LISTADO DE CÓDIGOS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y DIAGNÓSTICOS FRECUENTES.....	8
II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES	12
Atención de salud.....	12
Aspectos generales	12
Financiador de salud	12
Registro de la pertenencia étnica	13
Registro en los casos de adolescentes extranjeros.....	13
Registro en el caso de adolescentes con discapacidad.....	14
III. CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.....	16
Adolescente sano	16
Plan Individualizado	16
Plan de Cuidado Integral de Salud Iniciado / Concluido en el Establecimiento de Salud.	17
Plan de Cuidado Integral de Salud Iniciado/ Concluido en la Institución Educativa.....	18
IV. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD: PAQUETE BÁSICO.....	18
Identificación de riesgos psicosociales.....	18
Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	19
Descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera	19
Prueba rápida para la detección de VIH, sífilis y hepatitis B, en caso de que el/la adolescente lo requiera.....	19
Entrega de métodos anticonceptivos, en caso de que el/la adolescente lo requiera. (Según normativa de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva).....	20
Determinación de la agudeza visual.	20
Determinación de hemoglobina y suplementación con hierro y ácido fólico	20
La aplicación de inmunizaciones acorde al esquema normado.....	21
TABLAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y ANTROPOMÉTRICA (IMC / PAB)	21
Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla normal, IMC normal y Perímetro Abdominal: Riesgo bajo de enfermar)	22
Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla baja, IMC: delgadez y Perímetro Abdominal: Riesgo bajo de enfermar)	22
Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla Alta, IMC: sobrepeso y Perímetro Abdominal: Riesgo Alto de enfermar).....	22
Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla Alta, IMC: obesidad y Perímetro Abdominal: Riesgo Muy Alto de enfermar)	23
Suplementación con hierro y ácido fólico, a adolescentes mujeres de 12 a 17 años.....	24
Inicio de la suplementación:	24

Segundo mes de suplementación:.....	24
Tercer mes de suplementación:.....	25
Al término de la suplementación: (A partir de los 91 días)	25
Seguimiento a la suplementación: Teleorientación	25
Seguimiento a la suplementación: Visita domiciliaria	26
Atención en nutrición	26
V. PRESTACIONES QUE FORTALECEN Y DAN SOSTENIBILIDAD AL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD ..	27
Consejería.....	27
VI. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD: PAQUETE COMPLETO	28
Prestaciones en salud bucal	29
VII. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DEL PAQUETE ESPECIALIZADO	29
VIII. ACTIVIDADES POR TELEMEDICINA.....	30
Tele orientación síncrona.....	30
Tele monitoreo.....	30
Tele interconsulta síncrona.....	31
IX. SESIONES EDUCATIVAS	32
Sesiones en Salud Física Nutricional (PSA) - Adolescentes de 12 a 14 años.....	32
Sesiones en Salud Física Nutricional (PSA) - Adolescentes de 15 a 17 años.....	33
Sesiones en Salud Psicosocial (PSI) - Adolescentes de 12 a 14 años.....	34
Sesiones en Salud Psicosocial (PSI) - Adolescentes de 15 a 17 años.....	35
Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 12 a 14 años.....	36
Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 12 a 14 años.....	36
Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 15 a 17 años.....	37
X. SESIONES FAMILIAS FUERTES	38
Sesión de entrenamiento de familias fuertes	38
Registro de la sesión de entrenamiento de familias fuertes con adolescentes	38
Registro de la sesión de entrenamiento de familias fuertes con padres	39
XI. FORMACIÓN DE EDUCADORES PARES	40
XII. ACTIVIDAD DE GESTIÓN	41
Autoevaluación	41
Evaluación externa.....	41
XIII. PRESTACIONES PRIORIZADAS PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD - PESEM –.....	41
XIV. ANEXOS	42
Exámenes de Laboratorio más frecuentes.....	42
Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro de la adolescente mujer	43

I. LISTADO DE CÓDIGOS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y DIAGNÓSTICOS FRECUENTES

Para el registro del Plan de cuidado integral de salud

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Examen del estado de desarrollo del adolescente	Z003
Plan de cuidado integral de salud	99801

SALUD FÍSICA Y NUTRICIONAL

Salud Física

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Prueba de la agudeza visual cuantitativa bilateral	99173
Examen de ojos y de la visión	Z010
Examen de oídos y de la audición	Z011
Análisis postural estático	96008
Valoración de Factores de Riesgo	Z019

Inmunizaciones

Se aplica acorde al esquema normado vigente, a cargo de la Dirección de Inmunizaciones.

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Vacuna contra la Influenza adulto	90658
Vacuna contra Tétano y Difteria (dT adulto)	90714
Vacuna contra Hepatitis B (HvB) según edad	90744 ó 90746
Vacuna Antiamentarilica (AMA)	90717
Vacuna contra Sarampión y Rubeola (SR)	90708
Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR)	90707
Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH)	90649
Vacuna contra Tétano, Difteria, Tos Ferina (Tdap)	90715

Salud Nutricional

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	99199.26
Dosaje de Hemoglobina	85018
Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinómetro	85018.01
*Anemia de tipo no especificado	D649
*Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	D509
Atención en nutrición (brinda Lic. Nutrición)	99209

* DX. Presuntivo: **Equipo multidisciplinario.**

DX. Definitivo/ Repetitivo: **Corresponde al Médico/Lic. Nutrición según sus competencias.**

Evaluación Nutricional y antropométrica – Medición de la talla

Procedimiento/ Actividad (1ra fila)	Procedimiento/ Actividad (2da fila, dependiendo el resultado)	CPMSS
Evaluación Nutricional y antropométrica (Talla)		99209.04
	*Talla baja	E45X
	*Talla alta constitucional	E344

Evaluación Nutricional y antropométrica – Índice de Masa Corporal

Procedimiento/ Actividad (1ra fila)	Procedimiento/ Actividad (2da fila, dependiendo el resultado)	CPMSS
Evaluación Nutricional y antropométrica (IMC)		99209.04
	*Delgadez	E440
	*Sobrepeso	E6690
	*Obesidad	E6691

Evaluación Nutricional y antropométrica – Control y evaluación del perímetro abdominal

Procedimiento/ Actividad (1ra fila)	Procedimiento/ Actividad (2da fila)	1er. Lab.	CPMSS
Control y evaluación del perímetro abdominal			99209.03
	*Riesgo bajo	RSM	
	*Riesgo alto	RSA	
	*Riesgo muy alto	RMA	

* DX. Presuntivo: **Equipo multidisciplinario.**

DX. Definitivo/ Repetitivo: **Corresponde al Médico/Lic. Nutrición según sus competencias.**

Salud Bucal

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Profilaxis dental	D1110
Instrucción de higiene oral	D1330
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	D1310
Evaluación oral completa	D0150

SALUD MENTAL

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Tamizaje de salud mental en violencia	96150.01
Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas.	96150.02
Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos.	96150.03
Tamizaje de salud mental en habilidades sociales.	96150.05
Tamizaje de salud mental para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niños, niñas y adolescentes de 6 de 17 años	96150.08
Evaluación psicológica	90806.04

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Entrega de insumos, según normativa de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

Procedimiento/ Actividad	Código CIE/CPMSS
Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	99384.02
Embarazo no confirmado(Test de Embarazo)	Z320
Inserción de dispositivo intrauterino de Cobre	58300
Inserción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno	58300.01
Inserción de cápsulas anticonceptivas implantables	11975
Administración y uso del método oral combinado	99208.13
Administración y uso del método inyectable mensual	99208.04
Administración y uso del método inyectable trimestral	99208.05
Provisión de preservativos masculinos	99208.02
Provisión de preservativos femeninos	99208.06
Administración y uso del método oral combinado baja dosis	99208.15
Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE	99208.11
Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno	99208.12
Kit de emergencia para casos de Violencia Sexual	Código CIE/CPMSS
Abuso sexual (antes de las 72 horas. DX. Presuntivo / 1er Lab. 1)	T742
Abuso sexual (después de las 72 horas. DX. Presuntivo/ 1er Lab. 2)	T742

Telemedicina

Procedimientos/ Actividad	Código
Tele consulta en línea	99499.01
Tele orientación síncrona	99499.08
Tele orientación asíncrona	99499.09
Tele monitoreo	99499.10
Tele interconsulta síncrona	99499.11

Consejerías

Procedimientos / Actividad	Código
Consejería Integral	99401
Consejería en estilos saludables	99401.13
Consejería ocular	99401.16
Consejería para el autocuidado	99401.19
Consejería higiene de manos	99401.24
Consejería en prevención de enfermedades No transmisibles (Salud Física)	99401.31
Consejería en medicina alternativa y complementaria	99401.32
Consejería Pre Test para VIH	99401.33
Consejería Post Test para VIH No Reactivo	99401.34
Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	99402.03
Orientación/Consejería en planificación familiar	99402.04
Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis	99402.05
Consejería de prevención en riesgos de salud mental	99402.09
Consejería Nutricional	99403
Consejería en Alimentación Saludable	99403.01

Consejería Post Test para VIH Reactivo	99403.03
Consejería de actividad física	99402.17
Consejería en prevención y control de la anemia	99402.02

Otras Actividades: Gestión, Sesiones, Talleres

Actividad	Código
Monitoreo	C7001
Supervisión	C7002
Evaluación	C7003
Asistencia Técnica	C7004
Taller de habilidades sociales	90872
Taller para la familia	C0007
Taller para personal de salud	C0008
Sesión Educativa	C0009
Sesión Demostrativa	C0010
Visita Domiciliaria	C0011
Teatros Populares	C2121
Animación Sociocultural	C2121.01
Sesión para formación de Educadores de Pares	C3152
Sesión de entrenamiento en familias fuertes	C2111.02

Diversos escenarios y Actores sociales

Actividad	Código
Actividad en colegios	APP 93
EE. SS / Personal de salud	APP100
Municipalidades	APP104
Actividades con familia	APP 136
Actividades con adolescentes	APP141
Actividades con docentes	APP144
Actividades con alumnos	APP145
Actividades con padres	APP146
Actividades con autoridades	APP150

II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES

El registro estadístico de las intervenciones, actividades, procedimientos entre otros incorporados en el Curso de Vida Adolescente, se constituye como la única fuente oficial del sistema de información a nivel nacional, cuyos reportes reflejan los formatos en base al correcto registro HIS cuya data se concentra en la OGTI-MINSA.

Atención de salud

Los datos generales, responden las indicaciones pertinentes: El motivo de consulta, tipo de diagnóstico y campos Lab. presentan algunas particularidades planteadas en el presente manual.

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

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

Aspectos generales

El registro de los datos generales, se hace siguiendo cada uno de los ítems correspondientes: Año, mes, nombre del establecimiento de salud, UPSS: Consulta Externa, DNI y Nombre del responsable de la atención, datos según lo normado por OGTI-MINSA.

Financiado de salud

Es importante, realizar el registro del código que corresponda al **tipo de financiador** que subvenciona la atención del paciente. La prestación de salud puede ser cubierta por uno o más financiadores según la siguiente codificación:

LOTE <input type="text"/> PAGINA <input type="text"/> CHA PROC <input type="text"/> MI DIGITADO <input type="text"/>										MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud										MA Y SELLO RESPONSABLE HIS MIN		
										1 TURNO M T N												
AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENT					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATEN										
												DNI										
7	8		3	11	12	13	14	15	16	17	18			19	20		21					
DIA	HISTORIA CLINICA		FINANC	TRITO DE PROCEDEN	CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO: ADJUNTO/AL PESO	EVALUA CION	ESTASER BLEVICIC	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTIC	VALOR LAB		CÓDIGO CIE/CPMSS					
			P	D	R	1*	2*	3*														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						

FINANCIADOR DE SALUD		
1 = USUARIO PAGANTE	4= SOAT	10= OTROS
2 = SEGURO INTEGRAL (SIS)	5= SANIDAD FAP	11= EXONERADO
3 = EsSalud	6= SANIDAD NAVAL	

Significado de los códigos:

- El código 1 = USUARIO indica que la atención ha sido pagada por el mismo paciente (Usuario pagante).
- El código 2 = Indica que el paciente es asegurado por el Seguro Integral de Salud y se genera FUA.
- Los códigos 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 solo se registran cuando existe un convenio de institución a institución.
- El código 10 = Se registran exoneraciones “gratuitas” de actividades efectuadas por las estrategias sanitarias.
- El código 11 = Se registran exoneraciones efectuadas por la Asistente social del establecimiento de salud.

Registro de la pertenencia étnica

Respetando los derechos de los/las adolescentes, el personal de la salud debe brindar y registrar las prestaciones del cuidado integral de salud, reconociendo las diferentes características en torno a la definición de Pertenencia Étnica, establecido en la Directiva Administrativa N°240-MINSA/2017/INS: Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.

Así, el ítem **ETNIA** debe registrarse como corresponde:

En el casillero 1º anote el Código que corresponde a la pertenencia étnica del paciente o usuario, en el ejemplo el código 08 representa a la Etnia Bora. (verificar en Anexos, el listado de grupos étnicos)

Ejemplo:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXC	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
	3456748		10	NAUTA		15	M	PC			N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z003
	11202		8	NAUTA			M	Pab	TALL A		C	C	2. Examen de ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z010
							D	Ppreg	Hb		R	R	3. Análisis postural estático	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96008
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
							A	PC			N	N	1. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99384.02
							M	Pab	TALL A		C	C	2. Consejería / Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.03
							D	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
							A	PC			N	N	1. Plan de Cuidado Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99801
							M	Pab	TALL A		C	C	2.							
							D	Ppreg	Hb		R	R	3.							

Según corresponda

Plan Iniciado= 1
 Otras: 2,4,5...
 Plan concluido=TA (3)

Tipo de paquete
 Básico= 1
 Completo= 2
 Especializado= 3

Escenario:
 EESS= 1
 I-Educativa= 2

Registro en los casos de adolescentes extranjeros

Considerando el enfoque de Inclusión social, el personal de la salud debe asegurar que toda la población adolescente sin excepción acceda a las prestaciones del cuidado integral de salud.

En el ítem **DNI/Historia Clínica**, registrar:

- En el casillero 1º C.E. (Carné de Extranjería) y el número de documento correspondiente.
- En el ítem Distrito de Procedencia, en el 1er el casillero: El país de origen del adolescente.

Por lo demás, las prestaciones se registran como en todos los casos.

Ejemplo:

DIA	D.N.I		DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO BLENCIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	FINANC.									P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / X																	
	67374331	10	COLOMBIA		M	PC	PESO	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	D	R			Z003	
	25124		COMAS	15	M	Pab	TALLA	C	C	2. Tamizaje de salud mental en habilidades sociales	P	D	R			96150.05	
		58	COMAS		D	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería de prevención en riesgos de salud mental	P	D	R			99402.09	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																	
					A	PC	PESO	N	N	1. Examen de oídos y de la audición	P	D	R			Z011	
					M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería para el autocuidado	P	D	R			99401.19	
					D	Ppreg	Hb	R	R	3. Plan de cuidado integral de salud	P	D	R			99801	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REG																	
					A	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R				
					M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
					D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Plan Inicial= 1
 Otras: 2,4,5...
 Plan concluido=TA (3)

Tipo de paquete
 Básico= 1
 Completo= 2
 Especializado= 3

Escenario:
 EESS= 1
 I-Educativa= 2

Registro en el caso de adolescentes con discapacidad

Con el enfoque de inclusión social, el personal de la salud debe asegurar que toda la población adolescente sin excepción, accedan a las prestaciones del cuidado integral de salud.

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

En el registro HIS, se considera a los casos de personas con discapacidad* permanente con o sin acreditación de certificado de discapacidad; **emitida por el médico certificador de discapacidad**, quien debe anotar en el 1er diagnóstico, lo que corresponda a la **condición de salud**; que en este caso la Z003 es reemplazado en el 1er lab. **DIS** (discapacidad) y en el 1er CPMSS, según corresponda; por lo demás se registrará las prestaciones que se brinda y tal como corresponde.

Ejemplo:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	61374331	10	INDEPENDENCIA	X	X	PC		PESO	61	N	C	1. Lo que corresponda a la condición de salud	P	D	R	DIS			Según corresponda
	25124	58	INDEPENDENCIA	15	M	Pab		TALLA	145	C	C	2. Prueba de agudeza visual cuantitativa bilateral	P	D	R			99173	
					F	Ppreg		Hb	12.5	R	R	3. Examen de ojos y de la visión	P	D	R			Z010	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Otras prestaciones	P	D	R			xxxxxx
					M	Pab		TALLA		C	C	2. Examen de ojos y de la visión	P	D	R			xxxxxx	
					D	Ppreg		Hb		R	R	3. Plan cuidado integral de salud	P	D	R			9801	

Plan Iniciado= 1
Otras: 2,4,5...
Plan concluido=TA (3)

Tipo de paquete
Básico= 1
Completo= 2
Especializado= 3

Escenario:
EESS= 1
I-Educativa= 2

Registro en el caso de Valoración de factores de riesgo

Al realizar la valoración de riesgo:

En el ítem de diagnóstico/motivo de consulta, en el 1er diagnóstico deberá colocar Valoración de factores de riesgo; en Tipo Diagnóstico (D). Sino identifica riesgo, en 1er Lab. En blanco y en el Código CIE/CPMSS: **Z019**

Si se identifica algún riesgo:

En el 1er diagnóstico/motivo de consulta, deberá colocar Valoración de factores de riesgo; en Tipo Diagnóstico (D). Al identificar factores de riesgo, colocar en 1er **Lab. ALT** y en el Código CIE/CPMSS: **Z019**


Si identificó riesgos, en el 2do diagnóstico; registrar máximo dos diagnósticos identificados y en el código CIE /CPMSS lo que corresponda. (acorde a lo establecido por la Dirección de No Transmisibles-DNOT)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	67347336	10	PUEBLO LIBRE	X	X	PC		PESO		N	N	1. Valoración de factores de riesgo	P	D	R			Z019	
	26126	58	PUEBLO LIBRE	17	M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en estilos de vida saludables	P	D	R			99401.13	
					F	Ppreg		Hb		R	R	3. Otras prestaciones	P	D	R			Según sea el caso	

Se adjunt la consejeria en estilos de vida saludable

al identificar algun riesgo 1er Lab. alt

Si todo normal 1ra Lab. En blanco. Si hay riesgo 1er Lab. Alt.

 Las CONSEJERÍAS, además de registrar el código CPMSS; en el 1er Lab. Deberá colocar el número que corresponda.

III. CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada a la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación de la salud de la población adolescente; brindándole las prestaciones de salud establecidas en el plan “individualizado” de cuidado integral de salud.

Adolescente sano

Persona comprendida entre los 12 y 17 años; en aparente buen estado en el área físico nutricional, psicosocial y sexual; que acceden a los servicios de salud y son considerados como sujetos de derecho en la identificación de los factores de riesgo y fortalecimiento de los factores protectores en los diferentes escenarios.

Plan Individualizado

Debe considerar las necesidades y expectativas identificadas con el/la adolescente; iniciando con el motivo de consulta y la oferta de las prestaciones del paquete de cuidado integral de salud.

El registro de la atención relacionado al plan de cuidado integral de salud, puede ser al inicio o al final de la misma, teniendo en cuenta los casilleros Lab. según corresponda.

Ejemplo: Adolescente de 14 años, que acude por primera vez al Establecimiento de Salud, preocupado por saber si su peso y talla está normal, pide se le evalúe su desarrollo sexual, en el transcurso de la consulta, manifiesta que, las carpetas son incómodas y al final de la clase termina con dolor en la columna. El profesional brinda la atención y oferta el paquete completo de cuidado integral e inicia el Plan de Cuidado Integral de Salud.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			/			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			/			FECHA DE ULTIMA REGLA:			/			/				
	00565252		10	LURIN		14	M	PC		PESO		M	M	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	D	R				Z003	
	102025			LURIN			M	Pab		TALLA		C	C	2. Evaluación nutricional y antropométrica	P	D	R				99209.04	
			58				D	Ppreg		Hb		R	R	3. Normal	P	D	R				Z006	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			/			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			/			FECHA DE ULTIMA REGLA:			/			/				
							A	M	PC		PESO		M	M	1. Consejería en Alimentación Saludable	P	D	R	1			99403.01
							M	Pab		TALLA		C	C	2. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	P	D	R				99384.02	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería /Orientación en salud sexual y reproductiva	P	D	R	1			99402.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			/			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			/			FECHA DE ULTIMA REGLA:			/			/				
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Analisis postural estático	P	D	R				96008
							M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería para el autocuidado	P	D	R	1			99401.19	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3. Plan de cuidado integral de salud	P	D	R				99801	

Plan Iniciado= 1
Otras: 2,4,5...
Plan concluido=TA (3)

Tipo de paquete
Básico= 1
Completo= 2
Especializado= 3

Escenario:
EESS= 1
I-Educativa= 2

En la columna de diagnóstico, motivo de consulta, procedimiento, el registro del ejemplo, será así:

- Anote en el primer casillero: El examen del estado de desarrollo del adolescente.
- En los siguientes casilleros; anote las prestaciones que reciba el /la adolescente, iniciando con el motivo de consulta.
- En el ejemplo corresponde registrar la evaluación nutricional y antropométrica, seguida de las otras prestaciones: Consejería en alimentación saludable, Evaluación del desarrollo sexual según Tanner, Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva, análisis postural estático, consejería para el autocuidado.
- Cerrando esta columna, se colocará lo referido al Plan de Cuidado Integral de Salud.

A. En la columna del TIPO DE DIAGNÓSTICO, marcar:

- En todos los casilleros: "P", "D" o "R" según sea el caso.
- En el casillero que corresponde al Plan de Cuidado Integral de Salud: "D".

B. En la columna del CAMPO O VALOR LAB. considerar:

- En todos los casilleros: según como corresponda.
- En el casillero que corresponde al Plan de Cuidado Integral de Salud, según sea el caso: Ver imagen del HIS

1er Lab. Plan de Cuidado Integral:

"1" Cuando el Plan de Cuidado Integral es **iniciado**.

"TA" Cuando el Plan de Cuidado Integral es **concluido**.

2,4,5...las otras sesiones, que permitirá identificar el número de sesión brindada.

2do Lab. Tipo de Paquete:

"1" Paquete Básico.

"2" Paquete Completo.

"3" Paquete Especializado.

3er Lab. El Escenario donde se oferta:

"1" Establecimiento de Salud.

"2" Institución Educativa.

C. En la columna de CÓDIGO CIE/CPMSS, se colocará:

- En todos los casilleros, de acuerdo a la prestación que corresponda.
- En el casillero que corresponde al **Plan de Cuidado Integral de Salud: 99801**



El Plan de Cuidado Integral del Adolescente, pueden **INICIAR / CONCLUIR**, los integrantes del equipo multidisciplinario.

Plan de Cuidado Integral de Salud Iniciado / Concluido en el Establecimiento de Salud.

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
	00565252	10	LURÍN		14	A	M	PC		PESO	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	D	R			Z003
	102025	58	LURÍN			M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Tamizaje de salud mental en violencia	P	D	R			96150.01
						D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09
Según corresponda																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
						A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	D	R			99401.19
						M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	P	D	R			99384.02
						D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Consejería/ Orientación en Salud sexual y reproductiva	P	D	R			99402.03
Según corresponda																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																			
						A	M	PC		PESO	N	N	1. Plan de Cuidado Integral de Salud	P	D	R			99801
						M	F	Pab		TALLA	C	C	2.						
						D	F	Ppreg		Hb	R	R	3.						
Según corresponda																			

Plan Iniciado= 1
Plan concluido=TA (3)

Tipo de paquete
Básico= 1
Completo= 2
Especializado= 3

Escenario:
EESS= 1

Plan de Cuidado Integral de Salud Iniciado/ Concluido en la Institución Educativa.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																					
	67585674		10	LINCE			A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	D	R			Z003
	Código modular		58	LINCE		16	M		Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de salud mental en drogas	P	D	R			96150.02
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																					
	67585674		10	LINCE			A	M	PC		PESO		N	N	1. Prueba de agudeza visual cuantitativa bilateral	P	D	R			99173
	Código modular		58	LINCE		16	M		Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en higiene de manos	P	D	R			99401.24
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería Ocular	P	D	R			9940116
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																					
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Plan de Cuidado Integral de Salud	P	D	R			99801
							M		Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			


Según corresponda

Según corresponda

En este registro; se **adicionará el Código Modular**, proporcionado por las Instituciones Educativas que permitirá identificar dónde se brindó la atención.

IV. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD: PAQUETE BÁSICO

(Establecimientos de salud Nivel I-1 y I-2)

 Lo aplican en **todos los establecimientos de salud**, que cuentan con el equipo básico de salud, o en su defecto, con algún personal de salud capacitado para brindar las prestaciones que forman parte de este paquete; están orientadas a promover el desarrollo positivo, identificando factores protectores y de riesgo en los/ las adolescentes.

Las prestaciones que se registran a continuación, corresponden al paquete básico de acuerdo a la normatividad.

Identificación de riesgos psicosociales

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																					
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de salud mental en violencia	P	D	R			96150.01
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas.	P	D	R			96150.02
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos.	P	D	R			96150.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /																					
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de salud mental en habilidades sociales.	P	D	R			96150.05
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de salud mental para detectar trastornos mentales y del comportamiento de adolescentes	P	D	R			96150.08
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

Evaluación del desarrollo sexual según Tanner

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	P	D	R			99384.02
							M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R			
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R			

Descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Embarazo no confirmado, 1. toma de prueba de embarazo	P	D	R			Z320
							M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R			
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R			

Prueba rápida para la detección de VIH, sífilis y hepatitis B, en caso de que el/la adolescente lo requiera.

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Prueba Rápida anticuerpos; 1. HIV-1 y HIV-2, Inmunocromatografía	P	D	R	RP/RN		86703.01	1er Lab.: Va el resultado
							M		Pab	TALLA	C	C	2. Detección cualitativa de antígeno y anticuerpos por Inmunocromatografía para VIH 1-2	P	D	R	RP/RN		86703.02	1er Lab.: Va el resultado
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Detección de VIH y Sífilis- Prueba rápida Dual.	P	D	R	RP/RN	RP/RN	86318.01	1er Lab.: Resultado de VIH 2do Lab.: Resultado de SIFILIS
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Elisa antígeno y anticuerpo(Ag-Ac) VIH 1-2	P	D	R	RP/RN		87389	1er Lab.: Va el resultado
							M		Pab	TALLA	C	C	2. Prueba de sífilis rápida Inmunocromatografía cualitativa	P	D	R	RP/RN		86780.01	1er Lab.: Va el resultado
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Prueba de sífilis RPR cualitativa	P	D	R	RP/RN		86592	1er Lab.: Va el resultado
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
							A	M	PC	PESO	N	N	1. Prueba de sífilis RPR cuantitativa	P	D	R	RP/RN		86593	1er Lab.: Va el resultado
							M		Pab	TALLA	C	C	2. Tamizaje de hepatitis B por prueba rápida	P	D	R	RP/RN		87342	1er Lab.: Va el resultado
							D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Entrega de métodos anticonceptivos, en caso de que el/la adolescente lo requiera. (Según normativa de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva).

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Atención en planificación familiar y SSR	P	D	R						99208	
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	D	R						99402.04	1er Lab. Según corresponda
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Administración y uso del método... ó 3. Provisión de... ó Inserción de	P	D	R						De acuerdo a Manual HIS de la DSARE en Planificación Familiar	1er Lab. Según corresponda

Determinación de la agudeza visual.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
	52879692		10		NUEVO LIMA		A	M	PC		PESO		N	N	1. Prueba de la agudeza visual cuantitativa bilateral	P	D	R						99173	
	1256		58		NUEVO LIMA	13	M		Pab		TALLA		C	C	2. Consejería ocular	P	D	R						99401.16	
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado <input type="checkbox"/>	P	D	R						99401.19	

Resultado: Ojo derecho Resultado: Ojo izquierdo Consejerías Según Corresponda

Resultados de la Agudeza Visual (AV)

AV 20/20 registrar: **20** AV 20/40 registrar: **40** AV 20/100 registrar: **100** Percepción Luminosa (PL) o No
 AV 20/25 registrar: **25** AV 20/50 registrar: **50** AV 20/200 registrar: **200** Percepción Luminosa (NPL) deberá
 AV 20/30 registrar: **30** AV 20/70 registrar: **70** AV 20/400 registrar: **400** considerar:

Fuente: Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Determinación de hemoglobina y suplementación con hierro y ácido fólico

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina	P	D	R						85018	1er Lab. Según corresponda
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R						85018.01	1er Lab. Según corresponda
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	D	R						99199.26	1er Lab. Según corresponda

La aplicación de inmunizaciones acorde al esquema normado.

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																							
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Vacuna contra la Influenza adulto	P	D	R				90658	1er Lab. Según corresponda
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Vacuna contra Tétano y Difteria (dT adulto)	P	D	R				90714	1er Lab. Según corresponda
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Vacuna contra Hepatitis B Pediatrica (HvB)	P	D	R				90744	1er Lab. Según corresponda
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																							
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Vacuna contra Hepatitis B Adulto (HvB)	P	D	R				90746	1er Lab. Según corresponda
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Vacuna Antiamarilica (AMA)	P	D	R				90717	1er Lab. Según corresponda
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Vacuna contra Sarampión y Rubeola (SR)	P	D	R				90708	1er Lab. Según corresponda
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																							
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR)	P		R				90707	1er Lab. Según corresponda
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH)	P	D	R				90649	1er Lab. Según corresponda
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Vacuna contra Tétano, Difteria, Tos Ferina (Tdap)	P	D	R				90715	1er Lab. Según corresponda

TABLAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y ANTROPOMÉTRICA (IMC / PAB)

Clasificación de sobrepeso y obesidad según punto de corte

CIE10	Punto de Corte	Clasificación
E669	97 percentil	Obesidad
E6690	> 85 percentil	Sobrepeso
-----	>Percentil 3 <85 Percentil	Normal

Fuente: RM 1120-2017/MINSA. Se usa desde los 5 años hasta los 17 años.

Clasificación de la valoración nutricional de adolescentes Según índice de masa corporal para la edad (IMC/Edad)

Clasificación	Puntos de corte (DE)
Obesidad	>2
Sobrepeso	>1 a 2
Normal	1 a -2
Delgadez	< -2 a -3
Delgadez severa	< -3

Fuente: Referencia de crecimiento OMS 2007.

Clasificación de la valoración nutricional de adolescentes, según talla para la edad.

Clasificación	Puntos de corte (DE)
Talla alta	>+2
Normal	+ 2 a -2
Talla baja	<- 2 a -3
Talla baja severa	< - 3

Fuente: Referencia de crecimiento OMS 2007.

Clasificación de riesgo de enfermar según sexo, edad y perímetro abdominal

Edad (años)	Riesgo de enfermar según perímetro abdominal (cm)					
	Adolescentes varones			Adolescentes mujeres		
	Bajo (<P75)	Alto (>P75)	Muy Alto (> P90)	Bajo (<P75)	Alto (>P75)	Muy Alto (> P90)
12	74,2	74,3	84,8	73,4	73,5	82,7
13	76,7	76,8	88,2	76,8	76,9	85,8
14	79,3	79,4	91,6	78,2	78,3	88,8
15	81,8	81,9	95,0	80,6	80,7	91,9
16	84,4	84,5	98,4	83,0	83,1	94,9
17	86,9	87,0	101,8	85,4	85,5	98,0

Fuente: Adaptado de Fenández J. Reddem D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentile in nationally representative samples of African-American, and Mexican-American children and adolescents J Pediatric 2004.

Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla normal, IMC normal y Perímetro Abdominal: Riesgo bajo de enfermar)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	23659875	2		Huancayo	12	M	PC	PESO	36	N	N	1. Evaluación Nutricional y antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209.04
						M	Pab	74,2	TALLA	142	C	C	2. Riesgo Bajo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99209.03
	36956	40				D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería en alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01

Según corresponda

Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla baja, IMC: delgadez y Perímetro Abdominal: Riesgo bajo de enfermar)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	25698569	2		Piura	15	M	PC	PESO	30.5	N	N	1. Evaluación Nutricional y antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209.04	
	25952	40				M	Pab	81.8	TALLA	144	C	C	2. Talla Baja	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E45X	
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E440	
						A	M	PC			N	N	1. Riesgo bajo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99209.03	
						M		Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Según corresponda

Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla Alta, IMC: sobrepeso y Perímetro Abdominal: Riesgo Alto de enfermar)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /									FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	11475896	2		Cusco	17	M	PC	PESO	99	N	N	1. Evaluación Nutricional y antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209.04	
	21521	40				M	Pab	87,0	TALLA	183	C	C	2. Talla Alta constitucional	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E344	
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			E6690	
						A	M	PC			N	N	1 Riesgo alto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA		99209.03	
						M		Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
						D	F	Ppreg	Hb		R	R	3	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Según corresponda

Evaluación Nutricional Antropométrica (Medición de la Talla Alta, IMC: obesidad y Perímetro Abdominal: Riesgo Muy Alto de enfermar)

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
	11475896		2	Cusco		17	M	PC		PESO	123	N	N	1. Evaluación Nutricional y antropométrica	P	D	R		99209.04	
	21521		40				M	Pab		TALLA	183	C	C	2. Talla Alta constitucional	p	D	R		E344	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3. Obesidad	P	D	R		E6691	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Riesgo muy alto	P	D	R	RMA	99209.03
							M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación Saludable	P	D	R		99403.01	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

Según corresponda

En la evaluación física nutricional y antropométrica: Es OBLIGATORIO el registro del Peso y Talla; el valor del Perímetro Abdominal y resultados.

Ejemplos: Tamizajes en salud mental

De acuerdo a necesidad del adolescente, el equipo multidisciplinario habrá de considerar:

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	52879692		10	NUEVO LIMA		13	M	PC		PESO		N	N	1. Prueba de la agudeza visual cuantitativa bilateral	P	D	R		99173
	1256		58	NUEVO LIMA			M	Pab		TALLA		C	C	2. Consejería ocular	P	D	R		99401.16
							D	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado	P	D	R		99401.19

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de salud mental en violencia	P	D	R		96150.01
							M	Pab		TALLA		C	C	2. Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas.	P	D	R		96150.02	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3. Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos.	P	D	R		96150.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de salud mental en habilidades sociales.	P	D	R		96150.05
							M	Pab		TALLA		C	C	2. mentales y del comportamiento de adolescentes	P	D	R		96150.08	
							D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

 Si se identifica factores de riesgo, se procede a realizar la atención o referencia a los establecimientos de salud de mayor complejidad.

Suplementación con hierro y ácido fólico, a adolescentes mujeres de 12 a 17 años

Suplementación con hierro y ácido fólico en la adolescente y mujer en edad fértil

Edad	Producto	Presentación	Frecuencia	Duración
Mujer adolescente, mujer en edad fértil.	Hierro elemental-60mg + 400ug de ácido fólico	Tabletas	2 veces por semana	3 meses por año

Fuente: NTS N°213MINSa-DGIESP-2024.

Inicio de la suplementación:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1°	2°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	65176443		2	BREÑA		14	M	PC	PESO	53	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		Z003
	4720		58	BREÑA			M	Pab	TALLA	155	C	C	2. Motivo de consulta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		XXXX
							D	Ppreg	Hb	12.5	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.26
							M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99403.01
							D	Ppreg	Hb		R	R	3. Consejería en prevención y control de anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1	99402.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							M	PC	PESO		N	N	1. Plan de cuidado integral de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99801
							M	Pab	TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
							D	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Según sea el caso: 85018 / 85018.01

Según sea el caso: 85018 / 85018.01

Según corresponda

Segundo mes de suplementación:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1°	2°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
							M	Pab	TALLA		C	C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99403.01
							D	Ppreg	Hb		R	R	3. Otras prestaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			XXXX
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.19
							M	Pab	TALLA		C	C	2. Plan de Cuidado Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99801
							D	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

En cualquier mes de la suplementación debería pasar por 01 consejería

Según corresponda

Tercer mes de suplementación:

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	ETNIA								CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:													
						A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	D	R	3			99199.26
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	Consejería en alimentación saludable	P	D	R	3			99403.01
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	Otras prestaciones	P	D	R				xxxx
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:													
						A	M	PC		PESO		N	N	1.	Plan de Cuidado Integral de Salud	P	D	R				99801
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.		P	D	R				
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.		P	D	R				

Según corresponda

Al término de la suplementación: (A partir de los 91 días)

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	ETNIA								CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:													
						A	M	PC		PESO		N	N	1.	Dosaje de hemoglobina	P	D	R	2			85018
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	D	R	TA			99199.26
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	Consejería en prevención y control de la anemia	P	D	R	2			99402.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:													
						A	M	PC		PESO		N	N	1.	Otras prestaciones	P	D	R				xxxx
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	Plan de Cuidado Integral de Sa	P	D	R				99801
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.		P	D	R				

Según sea el caso: 85018 / 85018.01

Verificar la adherencia con el resultado del dosaje de hemoglobina.

Según corresponda

Seguimiento a la suplementación: Teleorientación

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	ETNIA								CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:													
						A	M	PC		PESO		N	N	1.	Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	D	R				99199.26
						M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	Telemonitoreo	P	D	R				99499.10
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	Consejería en alimentación saludable	P	D	R				99403.01

Según corresponda.

Seguimiento a la suplementación: Visita domiciliaria

DIA	D.N.I.		FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:										
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación de sulfato ferroso más ácido	P	D	R			99199.26
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Telemonitoreo	P	D	R			99499.10
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable	P	D	R			99403.01

Según corresponda.

Atención en nutrición

Esta actividad se habilita en respuesta a los resultados de los exámenes del dosaje de hemoglobina o se identifique problemas con la alimentación o adherencia al sulfato ferroso y ácido fólico.

DIA	D.N.I.		FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:										
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición	P	D	R			Z132
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R			99209.04
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Atención en Nutricion	P	D	R			99209



Recordar: Toda atención deberá priorizar el motivo de consulta.

V. PRESTACIONES QUE FORTALECEN Y DAN SOSTENIBILIDAD AL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD

Consejería

Es la actividad de interrelación entre el adolescente y el/la consejera(o), orientada a facilitar la comprensión y atender las necesidades y expectativas en relación a las áreas físicas-nutricionales, psicológicos y de salud sexual y reproductiva.

Es la prestación clave para dar la sostenibilidad y “optimiza” la toma de decisiones a favor de la salud integral del adolescente.

Para el registro HIS, se colocará en el **1er Lab.** el número de consejería según corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CE/CPMS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	55807698		10	SAN LUIS			M	PC	PESO			1. Consejería en Prevención de riesgo de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09
	236540			SAN LUIS		15	M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería /Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.03
			58				D	Ppreg	Hb		R R	3. Orientacio/Consejería en Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							A	M	PC	PESO		1. Consejería en Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403.01
							M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403
							D	F	Ppreg	Hb	R R	3. Consejería para el cuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							A	M	PC	PESO	N N	1. Otras consejerías	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				xxxxx
							M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401
							D	F	Ppreg	Hb	R R	3. Consejería en estilos saludables	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							A	M	PC	PESO	N N	1. Consejería ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.16
							M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería higiene de manos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.24
							D	F	Ppreg	Hb	R R	3. Consejería en prevención de enfermedades No transmisibles (Salud Física)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.31
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							A	M	PC	PESO	N N	1. Consejería en medicina alternativa y complementaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.32
							M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.33
							D	F	Ppreg	Hb	R R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.34
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
							A	M	PC	PESO	N N	1. Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.05
							M	Pab	TALLA		C C	2. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403.03
							D	F	Ppreg	Hb	R R	3. Consejería en prevención y control de anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.02

VI. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD: PAQUETE COMPLETO

(Establecimientos de salud Nivel I-3 y I-4)

A las prestaciones del paquete básico, se ADICIONAN las prestaciones desarrolladas por el equipo multidisciplinario completo de salud adolescente, sumado a ello la infraestructura y el equipamiento para brindar servicios de estomatología y de laboratorio.

Evaluación ocular y evaluación de la agudeza auditiva

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____																			
	23659875	2		Huancayo		12	M	PC	PESO 36		N	1. Examen de ojos y de la visión	P	D	R				Z010
	36956	40					M	Pab	74,2	TALLA 142	C	2. Examen de oídos y de la audición	P	D	R				Z011
							F	Ppreg		Hb	R	3.	P	D	R				

Otras evaluaciones clínicas orientada a la búsqueda de patologías

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____																			
	25698569	2		Piura		15	M	PC	PESO 30.5		N	1. Análisis postural estático	P	D	R				96008
	25952	40					M	Pab	81.8	TALLA 144	C	2. Acné no especificado	p	D	R				L709
							F	Ppreg		Hb	R	3.	P	D	R				

Consulta nutricional en caso el adolescente lo requiera

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____																			
							M	PC	PESO		N	1. Atención Nutricional	P	D	R				99209
							M	Pab	TALLA		C	2.	P	D	R				
							F	Ppreg	Hb		R	3.	P	D	R				

Evaluación psicológica (en caso el adolescente lo requiera) y Test de entrenamiento en habilidades sociales

DIA	D.N.I.		FINAN	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____ / _____ / _____																			
	11475896	2		Cusco		17	M	PC	PESO 99		N	1. Evaluación psicológica	P	D	R				90806.04
	21521	40					M	Pab	87,0	TALLA 183	C	2. Tamizaje de salud mental en habilidades sociales.	p	D	R				96150.05
							F	Ppreg	Hb		R	3.	P	D	R				

Prestaciones en salud bucal

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
	5580		10	BREÑA		15	A	M	PC		PESO				1. Asesoría nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D1310
	56478		58	BREÑA			M		Pab		TALLA		C	C	2. Instrucción de Higiene Oral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D1330
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Evaluación oral completa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D0150
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
						17	A	M	PC		PESO		N	N	1. Profilaxis dental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			D1110
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Alta básica odontológica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z0128
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

VII. PRESTACIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DEL PAQUETE ESPECIALIZADO (Hospitales e Institutos de salud de Nivel II y III)

Incluye, además, de las prestaciones del paquete básico y el paquete completo de cuidado integral, la evaluación clínica especializada.

En caso de diagnosticar alguna patología, se procede a brindar el tratamiento correspondiente.

Además de los exámenes de laboratorio del paquete completo, se adicionan:

Otros exámenes de laboratorio según necesidad.

En la Consulta con el Médico:

Ejemplo:

Adolescente varón de 15 años, atendido en el establecimiento de salud y es certificado por el médico con algún diagnóstico de discapacidad; a quien se le realiza la prueba de agudeza visual, se brinda consejería en salud ocular, realizan el dosaje de hemoglobina y al manifestar que tiene molestias en el oído, se le realiza el examen de oídos y audición, procediendo a elaborar el plan de cuidado integral de salud.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNA	CENTRO POBLADO								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
	65780664		10	INDEPENDENCIA		15	A	M	PC		PESO				1. Evaluación médica general	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DIS		Z000
	12908		58	INDEPENDENCIA			M		Pab		TALLA		C	C	2. Prueba de agudeza visual cuantitativa bilateral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	30	99173
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																					
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85018
							M		Pab		TALLA		C	C	2. Examen de oídos y de la audición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N		Z011
							D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Plan de cuidado integral de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	3	1

VIII. ACTIVIDADES POR TELEMEDICINA

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.

Tele orientación síncrona (99499.08)

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso. En el ítem de diagnóstico:

- **1er casillero:** Se colocará el motivo de consulta la Consejería que se brinda al adolescente, según necesidad.
- **2do casillero:** Atención, Motivo de consulta o consejería que demande la atención.
- **3er casillero:** Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso Tele orientación síncrona.

En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D".

En el ítem Lab. El número de consejería que corresponda de acuerdo al caso.

En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO	CE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1°	2°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:								
	55807799	10	PUEBLO LIBRE	M	PC			PESO				1. Valoración de factores de riesgo	P	D	R					99402.03
	34567	58	PUEBLO LIBRE	M	Pab	16		TALLA		C	C	2. Consejería en estilos de vida saludables	P	D	R					99401.19
				D	Ppreg			Hb		R	R	3. Otras prestaciones	P	D	R					99499.08

Tele monitoreo (99499.10)

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:
 1er casillero: Se colocará el motivo de la llamada: Embarazo no confirmado.
 2do casillero: La atención o necesidad: Orientación/ Consejería en planificación familiar
 3er casillero: La siguiente atención: consejería nutricional: alimentación saludable.
 Siguiente casillero: la atención de consejería para el autocuidado.
 Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso Tele monitoreo.

- En el ítem Tipo de diagnóstico, que corresponde a tele monitoreo, se marcará siempre "R"
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO	CE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1°	2°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:								
	79569789	10	ATE	M	PC			PESO				1. Embarazo No confirmado	P	D	R					Z320
	34567	58	ATE	M	Pab	15		TALLA		C	C	2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	D	R					99402.04
				D	Ppreg			Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado	P	D	R					99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						FECHA DE ULTIMA REGLA:								
				A	PC			PESO		N	N	1. Consejería Nutricional: Alimentación saludable	P	D	R					99403.01
				M	Pab	16		TALLA		C	C	2. Telemonitoreo	P	D	R					99409.10
				D	Ppreg			Hb		R	R	3.	P	D	R					

Tele interconsulta síncrona (99499.11)

1er Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:

1er casillero: Se colocará el motivo de la llamada: Problemas relacionados con el rendimiento escolar

2do casillero: La atención de Consejería de prevención en riesgos de salud mental

3er casillero: La siguiente atención: Consejería para el autocuidado. Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso Tele interconsulta síncrona (en 1er Lab. Colocar **1** para el solicitante)

- En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR							P	D	R	1°	2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
	98028232		10	JESÚS MARÍA		14	M	PC		PESO							1. Habilidades sociales inadecuadas	P	D	R				90872	
	57689			JESÚS MARÍA			M	Pab		TALLA		C	C					2. Consejería de prevención de riesgo en salud mental	P	D	R				99402.09
			58				F	Ppreg		Hb		R	R					3. Consejería para el autocuidado	P	D	R				99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
							A	PC		PESO		N	N				1. Teleinterconsulta síncrona	P	D	R	1			99499.11	
							M	Pab		TALLA		C	C					2.	P	D	R				
							D	Ppreg		Hb		R	R					3.	P	D	R				

2do Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:

1er casillero: Se colocará el motivo de la consulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar

2do casillero: El hallazgo del especialista: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa.

3er casillero: Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso Tele interconsulta síncrona (En Lab. Colocar **2** que responde a quien se realiza la referencia) Dependiendo la necesidad; precisará la prescripción correspondiente.

- En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “R” del motivo de la consulta
- En el siguiente ítem del hallazgo marcará “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR							P	D	R	1°	2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																									
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
	99526232			JESÚS MARÍA		16	M	PC		PESO		N	N				1. Problemas relacionaodas con el Bajo Rendimiento Escolar	P	D	R				Z553	
	99526232			JESÚS MARÍA			M	Pab		TALLA		C	C					2. hechos estresantes que afectan a la familia y a la casa	P	D	R				Z637
							D	Ppreg		Hb		R	R					3. Tele interconsulta sincrononica	P	D	R	2			99499.11

IX. SESIONES EDUCATIVAS

Sesiones en Salud Física Nutricional (PSA) - Adolescentes de 12 a 14 años.

N°	TEMÁTICA
1	Actividad Física
2	Alimentación Saludable
3	Higiene
4	Protección Solar
5	Salud Bucal
6	Salud Ocular
7	Cuidado del Medio Ambiente
8	Medidas de Seguridad y Prevención de Accidentes. Primeros Auxilios.
9	Salud Respiratoria y Tuberculosis Temática: Higiene y Salud Bucal

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Física Nutricional: **PSA**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CODIGO MODULAR																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	PSA	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	PSA	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	9	PSA	C0009

Sesiones en Salud Física Nutricional (PSA) - Adolescentes de 15 a 17 años.

N°	TEMÁTICA
1	Actividad Física y Deporte
2	Alimentación Saludable
3	Higiene
4	Prevención de Trastornos Posturales
5	Protección solar
6	Salud Bucal
7	Salud Ocular
8	Salud respiratoria y tuberculosis
9	Cuidado del medio ambiente.
10	Prevención de enfermedades transmisibles prevalentes.
11	Medidas de Seguridad y Prevención de Accidentes.
12	Primeros Auxilios. Resucitación Cardiopulmonar

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Física Nutricional: **PSA**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS:

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	3	PSA	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	4	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	5	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	6	PSA	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	7	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	8	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	9	PSA	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	10	PSA	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	11	PSA	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	12	PSA	C0009

Sesiones en Salud Psicosocial (PSI) - Adolescentes de 12 a 14 años.

N°	TEMÁTICA
1	Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
2	Proyecto de Vida.
3	Resiliencia
4	Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
5	Equidad de Género e Interculturalidad.
6	Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (pandillaje, delincuencia, bullying)
7	Identificación de Signos de Alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
8	Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, adicción tecnológica).
9	Masculinidad.

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Psicosocial: **PSI**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
							A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	PSI		C0009
							M		Pab		TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	PSI		C0009
							D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	3	PSI		C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
							A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	4	PSI		C0009
							M		Pab		TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	5	PSI		C0009
							D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	6	PSI		C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
							A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	7	PSI		C0009
							M		Pab		TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	8	PSI		C0009
							D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	9	PSI		C0009

Cuando el Escenario es el Centro de Desarrollo Juvenil:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	CODIGO MODULAR								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: CUANDO EL ESCENARIO ES EL CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (12 a 14 años)																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
							A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	PSI	CDJ	C0009
							M		Pab		TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	PSI	CDJ	C0009
							D	F	Ppreg		Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	5	PSI	CDJ	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
							A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	6	PSI	CDJ	C0009
							M		Pab		TALLA	C	C	2.	P	D	R				
							D	F	Ppreg		Hb	R	R	3.	P	D	R				

Sesiones en Salud Psicosocial (PSI) - Adolescentes de 15 a 17 años

N°	TEMÁTICA
1	Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
2	Resiliencia
3	Proyecto de Vida y Orientación vocacional
4	Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
5	Equidad de Género e Interculturalidad.
6	Empoderamiento. Liderazgo. Participación Ciudadana.
7	Viviendo en Familia: Relaciones Intergeneracionales, Mejorando la Comunicación
8	Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (delincuencia, bullying).
9	Identificación de signos de alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria.
10	Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, otras).
11	Medios de Comunicación y sus Riesgos.
12	Masculinidad.

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Psicosocial: **PSI**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS:

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	FINANC. ETNIA									CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
				A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	PSI	C0009	
				M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	PSI	C0009	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	3	PSI	C0009	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
				A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	4	PSI	C0009	
				M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	5	PSI	C0009	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	6	PSI	C0009	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
				A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	7	PSI	C0009	
				M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	8	PSI	C0009	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	9	PSI	C0009	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
				A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	10	PSI	C0009	
				M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	11	PSI	C0009	
				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	12	PSI	C0009	

Cuando el Escenario es el Centro de Desarrollo Juvenil

Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 12 a 14 años

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CODIGO MODULAR																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: CUANDO EL ESCENARIO ES EL CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (15 a 17 años)																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	PSI	CDJ	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	3	PSI	CDJ	C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	5	PSI	CDJ	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	8	PSI	CDJ	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 12 a 14 años

N°	TEMÁTICA
1	Derechos Sexuales y Reproductivos
2	Sexualidad Humana y Afectividad
3	Desarrollo Sexual en la Adolescencia
4	Prevención del Embarazo No Deseado, ITS y VIH-SIDA
5	Diversidad Sexual e identidad de Género

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Psicosocial: **SSI**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CODIGO MODULAR																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	SSI		C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	SSI		C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	3	SSI		C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	4	SSI		C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	5	SSI		C0009
					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Cuando el Escenario es el Centro de Desarrollo Juvenil

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CODIGO MODULAR															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: CUANDO EL ESCENARIO ES EL CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (De 12 a 14 años)																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	SSI	CDJ	C0009
					M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	SSI	CDJ	C0009
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	4	SSI	CDJ	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	5	SSI	CDJ	C0009
					M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Sesiones en Salud Sexual y Reproductiva (SSI) - Adolescentes de 15 a 17 años

N°	TEMÁTICA
1	Derechos Sexuales y Reproductivos
2	Sexualidad Humana y Afectividad
3	Anticoncepción y paternidad responsable
4	Prevención del embarazo no deseado
5	Relaciones sexuales, sexo seguro
6	Infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida; Hepatitis B.
7	Diversidad sexual e identidad de género.

El registro es INDIVIDUAL

- En el 1er Lab: Se coloca el número correspondiente de la temática.
- En el 2do Lab: Se coloca las siglas del área de la Salud Psicosocial: **SSI**

Si las temáticas precisan Talleres/Sesiones:

- En el 3er Lab: Se colocará según corresponda:
 - 1 (1ra sesión)
 - 2 (2da sesión), ó 3, ó 4, ó 5, ó 6, ó 7, ...
 - TA (cierre de la sesión)

En el formato HIS

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CODIGO MODULAR															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	1	SSI		C0009
					M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	2	SSI		C0009
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	D	R	3	SSI		C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	D	R	4	SSI		C0009
					M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	D	R	5	SSI		C0009
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Cuando el Escenario es el Centro de Desarrollo Juvenil

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO	ETNIA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: CUANDO EL ESCENARIO ES EL CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (De 12 a 14 años)																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	SSI	CDJ	C0009
						M		Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	SSI	CDJ	C0009
						D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	SSI	CDJ	C0009
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	SSI	CDJ	C0009
						M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
						D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

X. SESIONES FAMILIAS FUERTES

Sesión de entrenamiento de familias fuertes

Son un conjunto de intervenciones que incluyen el entrenamiento de habilidades parentales, manejo de conducta, disciplina y mejora del manejo familiar con el objetivo de prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Es desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención y está dirigido a niñas, niños a partir de los 10 años **hasta adolescentes de 14 años**. El taller consiste en siete sesiones con un grupo máximo de 15 niños y/o adolescentes juntos con sus respectivos padres o cuidadores. Puede ser desarrollada en el establecimiento de salud u otro que cuente con las condiciones para desarrollar la actividad. (Tomado del Manual DSAME-Versión 2025).

Las 7 sesiones se dividen temáticamente en:

Sesión	Padres	Adolescentes	Familia
1	Amor y límites Estilos de crianza	Tener objetivos y sueños	Apoyar los objetivos y sueños
2	Establecer reglas en la casa	Apreciar a los padres	Promover la comunicación en la familia
3	Estimular el buen comportamiento	Hacer frente al estrés	Aprecio a los miembros de la familia
4	Utilización de las sanciones	Obedecer las reglas	Empleo de las reuniones familiares
5	Establecer vínculos	Hacer frente a la presión de los compañeros	Comprender los principios de la familia
6	Protección sobre los comportamientos de riesgo	La presión del grupo y los buenos amigos	Las familias y la presión de los compañeros
7	Conexiones con la comunidad	Ayudar a otros	Recapitulación

Registro de la sesión de entrenamiento de familias fuertes con adolescentes (El registro es INDIVIDUAL)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del/ de la adolescente
 En el ítem: UPSS Atención Integral del Adolescente.

En el ítem:

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

- En el 1º casillero anote Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite.

XI. FORMACIÓN DE EDUCADORES PARES (C3152)

La formación de líderes escolares (educadores pares), se desarrolla en 4 a 7 sesiones (mínimo 4 sesiones).

Para el registro:

- En la **UPSS**, colocar **Atención Integral del Adolescente**.
- En el diagnóstico/motivo de consulta y/o actividad de salud colocar: Formación de educadores pares.
- Tipo de diagnóstico marcar como definitivo "D"
- En el 1° Lab: El número de la sesión que corresponde (1,2,3,...7), y se colocará "TA", al completar las sesiones programadas.
- En el 2do Lab: El número de participantes.

Es **IMPORTANTE** colocar en la **2da fila de la columna de diagnóstico**, la **temática** que corresponda y de acuerdo a como se registran las sesiones educativas.

DÍA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	FINANC.	CENTRO POBLADO	ETNA								CODIGO MODULAR	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	APP141				A	M	PC		PESO	N	N	1. Formación educadores pares	P	D	R	1	20	C3152
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Equidad de género e interculturalidad	P	D	R	5	PSI	C0009
					D	F	Ppreg		Hb	R	R	3.	P	D	R			

XIV. ANEXOS

Listado de Grupos Étnicos

Código étnico	Grupo étnico	Código étnico	Grupo étnico	Código étnico	Grupo étnico
1	Achuar	21	Kakataibo	41	Resigaro
2	Aimara	22	Kakinte	42	Secoya
3	Amahuaca	23	Kandozi	43	Sharanahua
4	Arabela	24	Kichwa	44	Shawi
5	Ashaninka	25	Kukama/Kukamiria	45	Shipibo-Konibo
6	Asheninka	26	Madija	46	Shiw ilu
7	Awajún	27	Majjuna	47	Tikuna
8	Bora	28	Marinahua	48	Urarina
9	Capanahua	29	Mashco piro	49	Uro
10	Cashinahua	30	Mastanahua	50	Vacacocha
11	Chamicuro	31	Matsés	51	Wampis
12	Chapra	32	Matsigenka	52	Yagua
13	Chitonahua	33	Muniche	53	Yaminahua
14	Ese eja	34	Murui muinani	54	Yanesha
15	Harakbut	35	Nahua	55	Yine
16	Ikiyu	36	Nanti	56	Afroperuano
17	Iñapari	37	Nomatsigenga	57	Blanco
18	Isconahua	38	Ocaína	58	Mestizo
19	Jaqaru	39	Omagua	59	Asiático descendiente
20	Jíbaro	40	Quechuas	60	Otro

Fuente: DPI

Exámenes de Laboratorio más frecuentes

Exámenes	Código
Hemograma completo, 3ra. Generación (Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)	85031
Determinación directa de Lipoproteína de muy baja densidad (VLDL colesterol)	83719
Examen de triglicéridos.	84478
Examen de Lipoproteína de baja densidad (LDL)	83721
Examen de Lipoproteína de alta densidad (HDL)	83718
Dosaje de Glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	82947
Examen completo de orina.	81001
Examen parasitológico en heces seriado (3)	87177.01
Test de Graham.	87178
Otros exámenes según necesidad y el nivel de atención del establecimiento de salud	-----

Fuente: NTS N°213MINSA-DGIESP-2024.

Pruebas de laboratorio que se realizan para confirmar si la anemia es por deficiencia de hierro u otra causa.

Código CPMS	Diagnóstico
85018	Dosaje de hemoglobina
85018.01	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro
82728	Dosaje de Ferritina
85031	Hemograma completo, 3era generación
86140	Proteína C reactiva - PCR
87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3
83655	Dosaje de plomo
87207	Frotis de fuente primaria

Fuente: NTS N°213MINSA-DGIESP-2024.

Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro de la adolescente mujer

Código CIE X de anemia más frecuentes

Código CIE X	Diagnóstico	1er. LAB	Significado del LAB
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones	LEV	Leve
		MOD	Moderado
		SEV	Severo
		PR	Paciente Recuperado
D649	Anemia de tipo no especificado	RF	cuando al paciente se refiera al segundo nivel y se compruebe que no es anemia por deficiencia de hierro.

Esquema de tratamiento de anemia por deficiencia de hierro de la adolescente.

Edad	Dosis	Producto	Presentación	Frecuencia	Duración
Mujer adolescente	120 mg de hierro elemental + 800 ug de ácido fólico.	Sulfato ferroso + Ácido fólico o Complejo Polimaltosado Férrico + ácido fólico	Tabletas	Diarias	6 meses continuos.
Adolescente varón	120 mg de hierro elemental.	Sulfato ferroso	Tabletas	Diarias	6 meses continuos.

Fuente: NTS N°213MINSA-DGIESP-2024.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Av. Salaverry 801 - Jesús María
Lima - Perú
Central:(01) 315-6600