

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

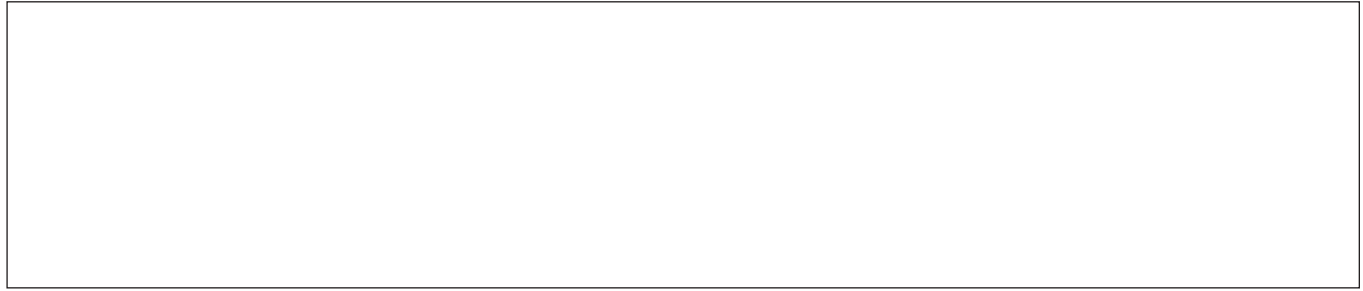


Sistema de Información HIS

Etapa de Vida Niño



Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud



“Manual de Registro y Codificación...”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información

Equipo de Trabajo:

Ing. Albertico Quispe Cruzatti, Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información.

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.

Ing. Wilson Fredy Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Dr. Gualberto Segovia Meza, Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.

M.C. Mario Izquierdo Hernández, Coordinador de la Etapa de Vida Niño.

Lic. Liz Milagros Albornoz Ureta, Equipo técnico del componente Neonatal.

Lic. Blanca Távara Campos, Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, junio 2020

Diseño y Diagramación

Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

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

Tiraje:

Imprenta:

RUC:

Dirección:

Versión Digital:



Víctor Marcial Zamora Mesía
Ministro de Salud

Nancy Adriana Zerpa Tawara
Viceministra de Salud Pública

Víctor Freddy Bocangel Puclla
**Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud**

Fátima Altabás Kajatt
Secretaria General

Nelly Zenaida Huamani Huamani
**Directora General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Públicas**

Roberto Rori Puyó Valladares
**Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información**



CONTENIDO

	PÁG.
Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades	07
Atención inmediata del recién nacido.....	12
Lista de códigos para las actividades más frecuentes	08
Plan de atención integral.....	11
Alojamiento conjunto.....	14
Visita domiciliaria.....	17
Instrucciones específicas para el registro de los controles de crecimiento y desarrollo	18
Consideraciones generales para el CRED en el recién nacido.....	18
Consideraciones generales para CRED en la niña y niño.....	21
Consideraciones generales para niñas y niños con riesgo en el crecimiento y desarrollo..	34
Consideraciones generales para el seguimiento intramuro a niñas y niños con riesgo en el crecimiento y/o desarrollo.....	35
Evaluación visual en niños menores de 3 años en establecimientos de salud	36
Sesiones de atención temprana del desarrollo	37
Registro de actividades de atención integral del niño y la niña en establecimientos de salud donde no hay profesional de enfermería /médico	37
Visita domiciliaria	38
Infecciones Respiratorias Agudas diagnósticos más frecuentes	42
Atención de la Infección Respiratoria Aguda	44
Atenciones del Síndrome Obstrutivo Bronquial (SOB) y Asma	46
Nebulización, Inhaloterapia u Oxigenoterapia	47
Edad Diarreica Aguda – diagnósticos más frecuentes	48
Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda	50



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

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

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

1.1 ATENCIÓN DE SALUD

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

ATENCIÓN DE SALUD DEL RECIEN NACIDO

Son actividades que se inician en sala de partos y alojamiento conjunto dentro del espacio intrahospitalario y continúan en los consultorios de CRED del recién nacido y visita domiciliaria, estas dos primeras actividades que no se realizan en consultorio externo, pero, por su importancia como indicador dentro de la atención integral del recién nacido se hace obligatoria su inclusión en el registro HIS



Respecto al financiador, para la etapa de vida niño solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro Integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (niños y niñas que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9=Privados si el establecimiento de Salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.

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 la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

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

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

1.2 DATOS ESPECIFICOS

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo con las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

Ejemplo:

En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el establecimiento de salud.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el establecimiento por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al establecimiento, pero ya ha sido atendida anteriormente en el establecimiento de salud en años anteriores.

En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.

II. LISTA DE CODIGOS PARA LAS ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Descripción de los Procedimientos CPMS			
994361	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto/ Atención inmediata del Recién Nacido.	99242	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador.
99460	Atención inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la evaluación y manejo del recién nacido normal/ Alojamiento Conjunto.	99431	Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal
99381.01	Atención Integral de Salud del niño - CRED Neonato	99431.01	Identificación de Hipoacusia/ Tamizaje de hipoacusia.
99381	Atención Integral de Salud del Niño- CRED menor de 1 año	99431.01	Identificación de Catara Congénita/ Tamizaje de cataratas congénita.
99382	Atención Integral de Salud del Niño- CRED de 1 a 4 años	99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado/ Evaluación médica del recién nacido.
99383	Atención Integral de Salud del Niño- CRED de 5 a 11 años.	94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinación/ Tamizaje de cardiopatía congénita
99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión. En menor de 1 año	99502	Visita domiciliaria para cuidado y evaluación neonatal
99205	Atención de enfermería en I nivel de atención*seguimiento	99403.01:	Consejería nutricional: Alimentación saludable



TAMIZAJES

36416	Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)/Tamizaje neonatal metabólico: toma de muestra.
87177	Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras).
87172	Test de Graham.
96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.
85018	Dosaje de Hemoglobina
C0011	Visita familiar integral

CONSEJERIAS

99252	Consejería nutricional de niños en riesgo.
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).
99401.01	Consejería en el apego y comunicación.
99401.03:	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.
99401.05:	Consejería en atención temprana del desarrollo

99401.06:	Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)
99401.07:	Consejería en inmunizaciones
99401.08:	Consejería de identificación de signos de alarma.
99401.09:	Consejería para la prevención de muerte súbita del lactante.
99401.10:	Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar.
99401.12:	Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras)
99401.24:	Consejería en higiene de manos
99401.17:	Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH
99401.25:	Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados.
99403:	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional).
99403.01:	Consejería nutricional: Alimentación saludable.

Descripción de los Diagnósticos CIE

D0120	Examen estomatológico		extremo.
P07.0	Peso extremadamente bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer es de 999 gramos o menos. /RN peso extremadamente bajo al nacer.	P07.3:	Otros recién nacidos pretérminos, recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completas, pero menos de 259 días completos) /RN prematuro.
P07.1	Otro peso bajo al nacer, Recién nacido cuyo peso al nacer va de 1000 a 2499 gramos/RN bajo peso al nacer.	P08.0	Recién nacido excepcionalmente grande, Generalmente implica un recién nacido de peso al nacer de 4500 gramos o más.
P07.2	Inmadurez extrema, recién nacido con una gestación de menos de 28 semanas completas (menos de 196 días completos) /RN prematuro	P08.1	Otro recién nacido con sobre peso para la edad gestacional, sin

Descripción de los Diagnósticos CIE

P08.2	importar el periodo gestacional. Recién nacido postérmino sin sobrepeso para su edad gestacional, con periodo gestacional de 42 semana completas o más (294 días o más), sin sobrepeso o grande para la edad/ recién nacido postérmino .	Z00.1 Z00.2 Z298 Z72.4	Control de salud de rutina del niño Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia Otras Medidas Profilácticas Especificadas Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)
E344	Estatura Alta Constitucional		
E440	Desnutrición Proteicocalorica Moderada	Q12.0	Catarata congénita
E43	Desnutrición Proteicocalorica Severa, no especificada.	H90.2	Hipoacusia conductiva, sin otra especificación
E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica.	E84.9 E70.0	Fibrosis quística, sin otra especificación. Fenilcetonuria clásica
E669	Obesidad, no especificada	E25.0	Hiperplasia suprarrenal congénita
R62.8	Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado Peso/ Talla).	E03.1 Z72.4	Hipotiroidismo congénito sin bocio Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada).
R62.0	Retardo del desarrollo.		
R63.5	Aumento anormal de peso (Sobrepeso)		
D509	Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación.		

Descripción de los Diagnósticos/ NANDA

PROCEDIMIENTOS		DIAGNOSTICOS	
6824	Poner al recién nacido a mamar de inmediato tras el parto/ Lactancia Materna en la 1° hora.	00104 00105 00107	Lactancia Materna Inefectiva Lactancia Materna Interrumpida Preparación para mejorar la lactancia materna
6710	Colocar al recién nacido sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del parto/Contacto piel a piel.	00232	Dinámica ineficaz de la alimentación infantil.
0216	Producción insuficiente de leche materna.		



“Los ejemplos del presente manual son modelos que establecen el criterio descrito para el registro de actividades de manera estandarizada en el país, lo que NO significa que sea esa la única actividad a registrar en el momento de la atención”



2.1 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

El Plan de Atención Integral lo registra el profesional de la salud que brinden atención al neonato, el niño y la niña (enfermera, médico, psicólogo, nutricionista u odontólogo) en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan de acuerdo con la edad de la niña o niño y de acuerdo con las normas técnicas vigentes.

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

- Plan de Atención Integral de Salud [SOLO si se elabora o ejecuta el plan]

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el casillero correspondiente **SIEMPRE “D”**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero correspondiente **“1”** que indica la elaboración del Plan Integral (durante la 1era consulta del neonato, niña o niño).
- En el casillero correspondiente **“TA”** que indica la ejecución del Plan Integral (cuando el neonato, niña o niño ha recibido todas prestaciones según edad y normatividad vigente).

INICIO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (Elaborado)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/ PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	97526341	2	Lince	6	A	M	PC	40	PESO	7.000	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C8002
	57412				M				TALLA	66	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ...	P	D	R				...
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. ...	P	D	R				...

TERMINO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (Ejecutado)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	97526341	2	Lince	6	A	M	PC	40	PESO	7.000	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		C8002
	57412				M				TALLA	66	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. ...	P	D	R			...
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. ...	P	D	R			...



El profesional de salud deberá verificar que el neonato, niña o niño ha cumplido con todas las intervenciones del paquete de atención integral según documento normativo vigente antes de colocar “TA” el formulario HIS.

2.2 ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

La Atención Inmediata del Recién Nacido es el conjunto sistematizado de procedimientos, intervenciones y actividades, que se realiza a todo recién nacido, inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas de vida. Las intervenciones que forman parte de la atención inmediata deben ser posteriores al contacto piel a piel y de haberse iniciado la lactancia materna en la primera hora del nacimiento.

Esta atención incluye:

- Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido.
- Evaluación del riesgo de la niña o niño durante y después del nacimiento; elaboración de la Historia Clínica Perinatal.
- Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo con Norma Técnica vigente.

Primeros 60 minutos

- Recepción del RN y valoración de su condición de salud.
- Evaluación del APGAR al minuto y a los 5 minutos.
- Procedimientos para prevenir pérdida de calor.
- Monitorizar y garantizar el oportuno contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia materna (60 minutos).
- Procedimientos para identificación del RN (Colocación del brazalete con datos completos)

2.2.1 CONSIDERACIONES EN LA VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO		
Edad Gestacional	Clasificación	CIE10
Recién nacido con edad gestacional menor a 28 semanas (menos de 196 días).	Inmadurez extrema, /RN prematuro extremo	P07.2
Recién nacido con edad gestacional mayor a 28 semanas y menor de 37 semanas (mayor a 196 días hasta, 259 días).	Otros recién nacidos pre términos, RN prematuro	P07.3
Edad gestacional mayor o igual a 42 semana (294 días o más).	Recién nacido pos término sin sobrepeso para su edad gestacional, sin sobrepeso o grande para la edad/RN pos término.	P08.2

PESO DEL RECIÉN NACIDO		
Punto de Corte	Clasificación	CIE10
Menor de 1000 gramos	Extremadamente bajo	P070
De 1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	P0711
De 1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer	P0712
Mayor a 4000 gramos	Macrosómico	P080

- El RESULTADO de la valoración de la condición del recién nacido se registrará SOLO en caso de alguna alteración (bajo peso, prematuridad, etc.)



2.2.2 ALGUNAS ACTIVIDADES CODIFICADAS QUE SE REALIZAN EN LA ATENCIÓN INMEDIATA

ACTIVIDAD	CODIGO
Atención inmediata del Recién Nacido	99436
Lactancia Materna en la 1° hora.	6824
Contacto piel a piel	6710
Examen físico del recién nacido normal	99431

EJEMPLO 1:

Registro de un recién nacido normal con edad gestacional mayor a 37 semanas

En el ítem: *Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud* registrar:

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional del Recién Nacido.
- En el 2º y 3º casillero: registrar el procedimiento que se realiza en la primera hora del nacimiento (**SOLO** si esta actividad se realizó).
- En el 4º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (**SOLO** si esta actividad se realizó).

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”, por ser actividades que se realizan por única vez en el recién nacido:

CNV: En este casillero registrar el número correlativo del CNV

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____											
	CNV	1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	N	N	1. Atención inmediata del RN				P	D	R				99436
		58			M				TALLA	48	C	C	2. Contacto piel a piel				P	D	R				6710
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Lactancia a primera hora				P	D	R				6824
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____											
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen físico del RN normal				P	D	R				99431
					M				TALLA		C	C	2.				P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.				P	D	R				

CNV: En este casillero registrar el número correlativo del CNV

EJEMPLO 2:

Registro de un recién nacido prematuro (menor a 37 semanas de gestación)

En el ítem: *Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud* registrar:

- En el 1º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido
- En el 2º casillero: considerar el RESULTADO de la valoración de la condición del recién nacido (SOLO en caso de alguna alteración)
- En el 3º casillero: registrar el examen físico realizado al RN (solo si esta actividad se realizó)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D”, por ser actividades que se realizan por única vez en el recién nacido:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CP	
	HISTORIA CLINICA										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: ____/____/____																		
	CNV	1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	N	N	1. Atención inmediata del RN	P	D	R		99436
		58			M				TALLA	48	C	C	2. **RN prematuro	P	D	R		P07.3
					D	F	Pab			Hb		R	R	3. Examen físico del RN normal	P	D	R	

CNV: En este casillero registrar el número correlativo del CNV

**Si el RN prematuro presenta buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y APGAR mayor a 7pts y la madre no presente condiciones desfavorables, se realizará el contacto piel a piel y en consecuencia a ello, la lactancia a primera hora.

“En caso de que el neonato nació deprimido y/o con alguna complicación, llegando finalmente a fallecer, se registrará en el primer casillero la atención inmediata y en el segundo casillero el diagnóstico CIE X que haya producido la muerte”

2.3 ALOJAMIENTO CONJUNTO

Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación desde el nacimiento hasta el momento que sean dados de alta. Durante este periodo se facilita y fortalece el apego y la lactancia materna; donde se brinda los cuidados integrales básicos al neonato dentro del ambiente hospitalario (Puerperio) como: evaluación clínica permanente del neonato, inmunizaciones, orientación y consejería en temas relacionados al cuidado integral del neonato dentro del entorno familiar, consejería, demostración y supervisión de lactancia materna, etc.

- Registro de datos del recién nacido/a en registros virtuales y/o registros físicos según a la complejidad del EE.SS.
- Previa información a la madre; el recién nacido es colocado en alojamiento conjunto (junto a la madre).
- Monitorizar la estabilidad térmica, frecuencia cardíaca; frecuencia respiratoria neonatal y el riesgo de desaturación.
- Garantizar condiciones adecuadas de abrigo.
- Promover la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Supervisar y registrar el tiempo y número de tomas de la lactancia materna, evacuaciones y micciones, así como la ganancia o pérdida fisiológica del peso.
- Garantizar la evaluación clínica permanente del neonato.
- Cumplimiento de exámenes de laboratorio según corresponda.
- Administrar vacunas según corresponda.
- Orientar sobre los trámites para la obtención del CUI/DNI, afiliación al sistema de aseguramiento que corresponda.
- Entrega del carné neonatal al alta, indicando las fechas de controles CRED de acuerdo con la norma vigente. Entrega a la madre de hoja de contrarreferencia y/o informe médico de ser el caso e informar al EESS de origen.
- Aplicar protocolos de manejo en casos especiales según normas vigentes.

Tamizajes:

- Tamizaje Neonatal Metabólico: Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Fibrosis Quística.
- Tamizaje Neonatal de hipoacusia congénita.
- Tamizaje Neonatal de catarata congénita.
- Tamizaje de cardiopatía congénita



Algunas Actividades Codificadas que se Realizan en Alojamiento Conjunto:

ACTIVIDAD	CODIGO
Atención del recién nacido en Alojamiento conjunto	99460
Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99431
Tamizaje de hipoacusia	99431.01
Tamizaje de catarata congénita	99431.02
Tamizaje neonatal: toma de muestra	36416
Evaluación médica del recién nacido	99433
Tamizaje de cardiopatía congénita	94760
Hemoglobina	85018
Glicemia por tira reactiva	82948
Glucosa cuantitativa	82947
Para el registro de los tamizajes de hipoacusia congénita y los tamizajes de las cuatro enfermedades metabólicas (toma de muestra), deberán considerarse:	
<ul style="list-style-type: none">• Lab. 1 cuando es la primera muestra o el primer examen• Lab. 2 solo en el caso de un resultado indeterminado, sospechoso o positivo a la primera muestra o al primer examen	

CONSEJERIAS RECOMENDADAS	CODIGOS CPMS/CPT
Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	99401.04
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	99401.03
Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	99401.06
Consejería de identificación de signos de alarma.	99401.08
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH	99401.17

EJEMPLO 1:

Recién Nacido con tiempo de permanencia en Alojamiento Conjunto menor a 48 horas.

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

- En el 1º casillero registre la prestación: Alojamiento Conjunto **SOLO SI** se realizaron las actividades antes descritas.
- En el 2º casillero registre la evaluación médica al recién nacido en alojamiento conjunto, **SOLO SI** se el médico realizó la actividad.
- El registro de las VACUNAS que se administró será según manual de codificación de inmunizaciones
- En el 3º y 4º casillero registre los exámenes de laboratorio
- En el 5º, 6º y 7º casillero registre los tamizajes realizados
- En el 8º y 9º casillero registre las consejerías realizadas, según prioridad. (**SOLO SI SE REALIZÓ**)

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
		1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	D	R		99460
					M				TALLA	48	C	C	2. Evaluación médica del recién nacido	P	D	R		99433
		58			F	Pab			Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	D	R		85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	D	R		82947
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	D	R		94760
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	D	R		99431.02
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 Hipoacusia Congénita	P	D	R	1	99431.01
					M				TALLA		C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	D	R		99401.03
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en corte y cuidado del Cordon Umbilical	P	D	R		99401.04

EJEMPLO 2:

Recién Nacido con tiempo de permanencia en Alojamiento Conjunto mayor a 48 horas.

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

- En el 1º casillero registre la prestación: Alojamiento Conjunto **SOLO SI** se realizaron las actividades antes descritas.
- En el 2º casillero registre la evaluación médica al recién nacido en alojamiento conjunto, **SOLO SI** se el médico realizó la actividad.
- El registro de las VACUNAS que se administró será según manual de codificación de inmunizaciones
- En el 3º y 4º casillero registre los exámenes de laboratorio
- En el 5º, 6º, 7º y 8º casillero registre los tamizajes realizados
- En el 9º casillero registre las consejerías realizadas, según prioridad. (**SOLO SI SE REALIZÓ**)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D” por ser código de actividades

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
		1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	N	N	1. Atención del RN en Alojamiento conjunto	P	D	R		99460
					M				TALLA	48	C	C	2. Evaluación médica del recién nacido	P	D	R		99433
		58			F	Pab			Hb		R	R	3. Hemoglobina	P	D	R		85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Glucosa cuantitativa en sangre	P	D	R		82947
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de cardiopatía congénita	P	D	R		94760
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Catarata congénita	P	D	R		99431.02
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 Hipoacusia Congénita	P	D	R	1	99431.01
					M				TALLA		C	C	2. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	D	R	1	36416
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.	P	D	R		99401.03

“La toma de muestra para el tamizaje Neonatal (detección de 04 enfermedades metabólicas) se realizará en Alojamiento Conjunto, cuando la permanencia de la madre sea mayor o igual a 48 horas en el EESS, en caso de que la permanencia sea menor, se realizará la toma de muestra en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Recién Nacido”. Según lo indica la NTS N°154-MINSA/2019DGIESP.



2.4 VISITA DOMICILIARIA

Se considera visita domiciliaria al desplazamiento del personal de salud a la vivienda de la familia del neonato con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida al neonato y su familia, donde se considera la evaluación del entorno en el hogar, verificación y fortalecimiento de prácticas claves en el cuidado del neonato, identificación de signos de alarma y acciones a tomar, incluye:

- Evaluación del cuidado esencial neonatal.
- Evaluación del entorno en el hogar.
- Verificación y fortalecimiento de las prácticas clave en el cuidado del RN (lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto, estimulación temprana del desarrollo); identificación de signos de alarma y acciones a tomar.

ACTIVIDAD	CODIGO
Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	99502
Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	99431
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería en el cuidado del cordón umbilical	99401.04
Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	99401.06
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	99401.03
Consejería de identificación de signos de alarma	99401.08:
Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	99401.10
Consejería en higiene de manos	99401.24

EJEMPLO 1:

Visita domiciliaria a un recién nacido con antecedente de bajo peso o prematuridad.

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

- En el 1º casillero registrar la PRESTACIÓN: Visita domiciliaria
- En el 2º casillero registrar la actividad: Examen Físico al Recién Nacido
- En el 3º y 4º casillero consignar siempre las consejerías respecto a la evaluación realizada en la visita domiciliaria (registrar máximo dos consejerías por visita según orden de prioridad)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____																		
		1	San Martin de Porras	1	A	M	PC	35	PESO	3000	N	N	1. Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	P	D	R		99502
					M				TALLA	51	C	C	2. Anamnesis y examen físico del RN normal	P	D	R		99431
		58			F	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R		99401.03



Plan Ejecutado en el Recién Nacido es cuando el RN como mínimo ha recibido **4 controles CRED**, una **Visita domiciliaria**, se le ha realizado el **Tamizaje neonatal** completo y aplicado las **Vacunas** para la edad

III. INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA EL REGISTRO DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

3.1 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CRED EN EL RECIÉN NACIDO

El control de Crecimiento del Recién Nacido es una de las principales actividades realizada desde las 48 horas del alta hasta 28 días de vida, donde se evaluará periódicamente el crecimiento, ganancia de peso y desarrollo (físico y neurológico) e identificar precozmente los signos de peligro en el niño o niña durante el periodo neonatal y se brinda consejería respecto al cuidado integral del recién nacido, incluye:

- Identificación y registro de factores de riesgo individual, familiar y del entorno.
- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación del crecimiento y ganancia de peso.
- Evaluación de la Técnica de lactancia materna y promover su exclusividad hasta los 6 meses.
- Toma y envío de muestra para el Tamizaje neonatal de acuerdo con la normatividad vigente (TSH, Fenilcetonuria, Fibrosis quística e Hiperplasia Suprarrenal).
- Verificación del tamizaje neonatal. (Hipoacusia y catarata congénita).
- Verificación del registro del RN (Código único de identidad y DNI).
- Verificación y administración de vacunas que faltan en el recién nacido de acuerdo con el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma Consejería en lactancia materna, enfatizando la técnica de lactancia en posición, agarre y succión efectiva, frecuencia, duración, extracción manual y conservación de leche materna.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir, y otros según necesidad.)
- Identificación de factores de riesgo de violencia familiar y maltrato infantil.
- Elaboración de plan de atención integral del RN.

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién Nacido	4	48 horas (2 días) del alta de Parto Institucional e inmediato cuando sea parto domiciliario y luego al 7º, 14º y 21º días de vida.

ACTIVIDADES Y CODIGOS MÁS FRECUENTES

ACTIVIDAD	CODIGO
Control de salud de rutina del niño	Z00.1
Atención Integral de Salud del niño -CRED Neonato	99381.01
Tamizaje de Hipoacusia	99431.01
Tamizaje de catarata congénita	99431.02
Tamizaje neonatal: toma de muestra	36416
Examen estomatológico	D0120
Desnutrición proteico calórica moderada (ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 2 a menos de 3 desviaciones)	E44.0
Desnutrición proteico calórica leve (ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 1 a menos de 2 desviaciones).	E44.1
Retardo del desarrollo	R62.0
Catarata congénita	Q12.0
Hipoacusia conductiva, sin otra especificación	H90.2
Fibrosis quística, sin otra especificación	E84.9
Fenilcetonuria clásica	E70.0
Hiperplasia suprarrenal congénita	E25.0
Hipotiroidismo congénito sin bocio	E03.1
Consejería en cuidado del cordón umbilical	99401.04



EJEMPLO 1:

Primer control de un recién nacido, menor de 7 días, producto de un parto domiciliario.

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º, 4º y 5º casillero registre el Tamizaje Neonatal a realizar
- En el 6º casillero se registra el examen estomatológico (solo si se realizó)
- En el 7º y 8º casillero se registra la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque SIEMPRE “D”

En el ítem **Lab** anote:

- En el 2º casillero el número de control de CRED del recién nacido
- En el 3º y 4º casillero de que corresponde al Tamizaje, colocar el número 1.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
			1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	34	PESO	2200	X	X	1. Control de Salud de rutina del niño	P	X	R			200.1
				M					TALLA	48	C	C	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	X	R	1		99381.01	
			58	X		F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	X	R	1		36416	
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 Hipoacusia Caongénita	P	X	R	1		99431.01
				M				TALLA		C	C	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	X	R			99431.02		
				D		F	Pab		Hb		R	R	3. Examen estomatológico	P	X	R			D0120	
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 corte y cuidado del Cordon Umbilical	P	X	R			99401.04
				M				TALLA		C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	X	R			99401.03		
				D		F	Pab		Hb		R	R	3.	P	X	R				



El examen clínico estomatológico del recién nacido debe realizarse en el primer control a fin de evidenciar alteraciones o patologías que puedan dificultar el proceso de succión y garantizar un tratamiento oportuno o su derivación según el caso lo amerite.

Este examen debe ser realizado por el cirujano dentista o un Odontopediatra, según el nivel de atención del EESS.

EJEMPLO 2:

Segundo Control de un Recién Nacido de 8 días a más, producto de una Parto Institucional (con permanencia igual o mayor a 48 horas).

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º casillero el **RESULTADO** del tamizaje neonatal [**SOLO si se cuenta con resultados positivos**]
- En el 4º casillero se registra el segundo tamizaje neonatal para confirmación de diagnóstico, **LAB 2**.

- En el 5º y 6º casillero registre la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º, 2º, 4º, 5º y 6º casillero se colocará SIEMPRE “D” (por ser una actividad y no un diagnóstico)
- En el 3º casillero se colocará SIEMPRE “P” (por no contar con resultado confirmatorio)

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero coloque el número de control de CRED.
- El Tamizaje neonatal: toma de muestra y Tamizaje de Hipoacusia Congénita, considera el número 1 por ser el primer tamizaje, **SOLO** en caso de obtener un resultado positivo o sospechoso se realizará un segundo tamizaje y se considerará **Lab 2**.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /					
			1	San Martin de Porras	1	A	M	PC	35	PESO	3900	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	D	R				Z00.1		
						M					TALLA	52	C	C	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	D	R	2			99381.01	
			58			D	F	Pab			Hb		R	R	3. Hipotiroidismo congénito sin bocio	P	D	R				E03.1	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /					
						A	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje neonatal: Toma de muestra	P	D	R	2			36416		
						M				TALLA		C	C	2. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	D	R				99401.1		
						D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	P	D	R				99401.03		



En el caso que, dentro de la evaluación realizada al recién nacido en cada uno de los controles, se identifica ganancia inadecuada de peso, se registrará de la siguiente manera:

E44.0: Desnutrición proteico-calórica moderada (ausencia de ganancia de peso de 2 a menos de 3 desviaciones)

E44.1: Desnutrición proteico-calórica leve (ausencia de ganancia de peso de 1 a menos de 2 desviaciones).

EJEMPLO 3:

Tercer control de un recién nacido.

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

- En el 1º y 2º casillero: considerar la atención prestacional de salud del Recién Nacido, con la respectiva codificación.
- En el 3º y 4º casillero se registra la consejería que se brinda (no mayor a dos consejerías por control, según prioridad)

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque: SIEMPRE “D” (por ser una actividad que se realizara por única vez)

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero coloque el número de control de CRED.



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
		1	San Martin de Porras	1	A	M	PC	35	PESO	3900	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	D	R		Z00.1
					M				TALLA	52	C	C	2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	D	R	3	99381.01
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	D	R		99401.1
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 Lactancia Materna Exclusiva	P	D	R		99401.03
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

EJEMPLO 4:

Tamizaje neonatal en el caso de que este se realice en un espacio exclusivo, independientemente del control de recién nacido y/o alojamiento conjunto.

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

- En el 1º casillero registre el tamizaje neonatal metabólico – Toma de muestra
- En el 2º casillero registre el Tamizaje de Hipoacusia congénita
- En el 3º casillero registre el Tamizaje de Catarata congénita

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque SIEMPRE “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
		1	San Martín de Porras	1	A	M	PC	35	PESO	4500	N	N	1. Tamizaje neonatal: toma de muestra	P	D	R		36416		
					M				TALLA	52	C	C	2. Tamizaje de Catarata congénita	P	D	R		99431.02		
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de Hipoacusia congénita	P	D	R		99431.01		

Precisiones respecto al tamizaje neonatal según NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP:

La toma de muestra para el tamizaje metabólico se realizará a partir de las 48 horas de nacido hasta los 07 días de nacido; respecto a los resultados, se consideran dos tomas de muestra (la segunda toma de muestra se realizará solo a los casos indeterminados, sospechosos y/o positivos).

- El tamizaje de Hipoacusia congénita idealmente se debe realizar de las 24 a 48 horas de nacido, de no haberse realizado en estas edades, deben realizarlo hasta antes que cumpla los 30 días de nacido; si el resultado no pasa la evaluación, la prueba debe repetirse, en caso de que el resultado se mantenga, se derivará a un especialista.
- En el tamizaje de catarata congénita, debe realizarse antes de dar el alta al RN, si el resultado es ausencia del reflejo de rojo en uno o ambos ojos se derivará al especialista a fin de que se establezca un diagnóstico definitivo.

3.2 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CRED EN LA NIÑA Y NIÑO

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño.
- En el 2º casillero la Atención Integral de Salud del Niño-CRED, según corresponda al grupo de edad (menor de un año, de 1 a 4 años ó de 5 a 11 años).

- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **SÓLO** si la niña o niño presentan algunos de los siguientes diagnósticos:

Estado Nutricional	Códigos
Estatura Alta Constitucional (Talla muy alta)	E344
Desnutrición Proteicocalórica Severa, no especificada ¹ (ausencia de ganancia de peso de por lo menos de 3 desviaciones)	E43
Desnutrición Proteicocalórica Moderada ² (ausencia de ganancia de peso de 2 a menos de 3 desviaciones)	E440
Desnutrición proteicocalórica leve ³ (ausencia de ganancia de peso de 1 a menos de 2 desviaciones)	E44.1
Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica (DCI)	E45
Aumento anormal de peso (Sobrepeso)	R63.5
Obesidad, no especificada	E669
Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado peso y/o talla)	R62.8

- En el 4º casillero el **Tamizaje de desarrollo** (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo, **SÓLO** si la niña o niño muestra riesgo en el desarrollo (Lenguaje, Motor, Social o Cognitivo)

NOTA: En caso la niña o niño presentará riesgo en 2, 3 o todas las áreas se registrarán las áreas afectadas.

Descripción de los Procedimientos CPMS	Código CPMS - MINSA
Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	96110
Descripción de los Diagnósticos CIE OPS 15	Código CIE OPS
Retardo del desarrollo Áreas: Lenguaje (L), Motora (M), Social (S), Coordinación (C), Cognitiva/Aprendizaje (A)	R62.0

- En el 6º casillero el Tipo de Lactancia que la niña o niño recibe, **SÓLO** si la niña o niño esta con **Lactancia Materna Mixta** se registrara como **Lactancia Materna Interrumpida**⁴



*Lactancia Materna Interrumpida: Interrumpir la continuidad de la alimentación con leche materna, lo que puede comprometer el éxito de la lactancia materna y / o el estado nutricional del bebé.
Característica: Lactancia Materna no exclusiva*

- En el 7º casillero la Consejería correspondiente a los hallazgos durante la atención:

¹Pérdida severa de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de por lo menos 3 desviaciones típicas por debajo del peso promedio de la población de referencia.

²Pérdida de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 2 a menos de 3 desviaciones típicas debajo del peso promedio de la población de referencia.

³Pérdida de peso en niños o adultos, o ausencia de ganancia de peso en niños con un peso observado de 1 a menos de 2 desviaciones típicas por debajo del peso promedio de la población de referencia.

⁴NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería Definiciones y Clasificación 2018-2020-11ª edición.



Consejería	Códigos
Consejería nutricional de niños en riesgo.	99252
Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses.	99401.03
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional) ⁵ .	99403
Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados	99401.25

En el ítem: **Tipo de diagnóstico**: marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de Atención Integral de Salud del Niño-CRED correspondiente (1,2,3...9,10,11)
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:
PE = Peso para la Edad
TP = Peso para la Talla
TE = Talla para la Edad
- En el 5º casillero las siglas del área afectada en el Desarrollo (Lenguaje (L), Motor(M), Social (S), Cognitivo/Aprendizaje (A) o Coordinación (C))
- En el 7º casillero en número de consejería correspondiente (1, 2, 3,4...).

En cada Control de Crecimiento y Desarrollo según la etapa de la niña o niño, se deberá iniciar el registro de la siguiente manera:

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

- Control de salud de rutina del niño; con el código Z00.1 (para niños de 0 días hasta 4 años 11 meses 29 días) ó
- Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia; con el código Z00.2 (para niños de 5 años a 11 años 11 meses 29 días)

NOTA:

Si durante el Control de Crecimiento y Desarrollo el profesional de la salud encargado de la atención detecta algún riesgo en la salud de la niña y niño que necesita ser evaluado por otro profesional deberá realizar la interconsulta con el profesional correspondiente y registrar de la siguiente manera:

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente todas las intervenciones brindadas durante el control CRED y finalmente anote:

Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador; con el código 9924.

⁵Para los profesionales de salud capacitados en Consejería Nutricional (duración 45 minutos).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º		
											P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	98726530	2	Comas	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	36	PESO	9700	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			200.1			
	45678				<input type="checkbox"/>	M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA	75	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. AIS CED menor de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99381		
					<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb	12	R	R	3. Interconsulta ambulatoria para la evauación y manejo de un paciente nuevo o continuador.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99242		

3.2.1. NIÑA Y NIÑO MENOR DE UN AÑO

El **Control del Crecimiento y Desarrollo** es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. El control incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento) desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

Periodicidad del CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO de la Niña y Niño Menor de un año

Edad	Concentración	Periodicidad
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m

A. EJEMPLOS PARA LA ATENCIÓN DEL CRED EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 MESES

EJEMPLO 1:

Niño de 01 mes continuador; con ganancia de peso inadecuado, riesgo en el desarrollo en lo que corresponde al área motora y lenguaje; además madre manifiesta que su bebe recibe Lactancia Materna Mixta.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año



- En el 3º casillero el Resulta de la Evaluación Nutricional: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado peso)
- En el 4º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo: Retardo del desarrollo
- En el 6º casillero Tipo de Lactancia que la niña o niño recibe, Mixta se registrara como Lactancia Materna Interrumpida.
- En el 7º casillero la Consejería correspondiente

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 3º casillero la sigla del indicador P/E
- En el 5º casillero las siglas del área afectada motor (M) Y lenguaje (L)
- En el 7º casillero el número de la Consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROBLEMA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	98726530	2	Comas		A	M	PC	PESO	4000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R			Z00.1
	45678				M			TALLA	54	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1		99381
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	P/E		R62.8
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 desarrollo	P	D	R			96110
					M			TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	M	L	R62.0
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Lactancia Materna Interrumpida	P	D	R			00105
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 Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1		99401.03
					M			TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

B. EJEMPLOS PARA LA ATENCIÓN DEL CRED PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 4 Y 5 MESES

En este grupo de edad las niñas y niños inician el **Manejo Preventivo de Anemia**⁶

- En niñas y niños nacidos a término con adecuado peso al nacer la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 4 meses hasta cumplir los 6 meses de edad.**
- Cuando se haya **comprobado el consumo de la última entrega se registrará “TA”** en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

NACIMIENTO	EDAD EN MESES	0	1	2	3	4	5	6
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER	Gotas de Sulfato Ferroso					SF1	SF2	TA
	Gotas de Hierro Polimaltosado					P01		TA

⁶Manual de Registro de Información de Anemia

EJEMPLO 2:

Niño de 4 meses con Crecimiento y Desarrollo adecuado para su edad y Lactancia Materna Exclusiva.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado
- En el 4º casillero Otras medidas profilácticas; administración de Hierro: **Sulfato Ferroso: SF1. ()**
- En el 5º casillero la Consejería correspondiente

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “4”
- En el 4º casillero el número de DOSIS administrada según tipo de insumo, en el caso de **Sulfato Ferroso: “SF1”**.
- En el 5º casillero el número de la Consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/A PUEP										P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	98726530	2	Comas	4	A	M	PC	38	PESO	7000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	X	R		Z00.1	
	45678				M	F	Pab		TALLA	65	X	X	2. AIS CRED menor de 1 año	P	X	R	4		99381
					D				Hb		R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	X	R			96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración de sulfato ferroso	P	X	R	SF1	Z298	
					M				TALLA		C	C	2. Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	P	X	R	1	99401.03	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			



NOTA: Si la niña o niño viene recibiendo Lactancia Materna Exclusiva NO se realizará el registro; SÓLO se registrará si la Lactancia fue interrumpida.

C. EJEMPLOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES

En esta edad a las niñas y niños se les realiza el **Dosaje de Hemoglobina**, el mismo que también puede ser realizado por diferentes profesionales de la salud responsables de la Atención de la Niña y Niño; cuando disponen del equipo (hemoglobímetro) y han participado de la capacitación respectiva; esta estrategia permite tener el resultado inmediatamente.



NOTA: Solicitud de Dosaje con atención en servicio:

- Cuando se emita la orden en un servicio en el LAB se colocará el número secuencial de pedido (1, 2, 3, 4, 5,6...) en Tipo de Diagnóstico se marcará "P".

DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE DAIGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		P	D	R		
1.	Dosaje de Hemoglobina	X	D	R	1	85018

- Solicitud de Dosaje con atención en servicio y resultado el mismo día
Cuando se emita la orden en un servicio en el LAB se colocará el número secuencial de pedido (1, 2, 3, 4, 5,6...) en Tipo de Diagnóstico se marcará "D".

DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE DAIGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		P	D	R		
1.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018

Por otro lado, en esta edad si la niña o niño NO presenta Anemia, se iniciará la Suplementación.



El Término de la Suplementación con Hierro Polimaltosado o Sulfatoferroso (iniciado a los 4 meses); se registrará en la atención del 6to mes de la niña o niño, registrándose de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
Administración de Suplementación de Hierro Polimaltosado o Sulfatoferroso, en el Lab "TA" (Termino de la Administración) con el Código Z298.

EJEMPLO 3:

Niño de 6 meses con crecimiento y desarrollo de acuerdo para la edad, termino su suplementación de hierro, recibió Lactancia Materna Exclusiva durante los 6 primeros meses e iniciara con alimentación complementaria.

Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido Prematuro o con Bajo Peso al Nacer

NACIMIENTO	EDAD EN MESES	0	1	2	3	4	5	6 (*)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
NACIDO CON BAJO PESO Y/O PREMATURO	Sulfato Ferroso	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	TA	D O S A J E	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	D O S A J E	SF7	SF8	SF9	S10	S11	S12	D O S A J E	TA	
	Hierro Polimaltosado	P01		P02		TA	P01		P02	P03	P04	P05	P06	P07		P08	P09	P10	P11	P12	TA			
	Micronutrientes								1°	2°	3°	4°	5°	6°		7°	8°	9°	10°	11°	12°		TA	
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER	Sulfato Ferroso					SF1	SF2	TA	A J E	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	A J E	SF7	SF8	SF9	S10	S11	S12	A J E	TA
	Hierro Polimaltosado					P01		TA		P01	P02	P03	P04	P05	P06		P07	P08	P09	P10	P11	P12		TA
	Micronutrientes									1°	2°	3°	4°	5°	6°		7°	8°	9°	10°	11°	12°		TA

En caso de iniciar la suplementación posterior a los 4 meses ya no aplica registrar el "TA"; al sexto mes sí corresponde iniciar el registro del esquema de suplementación de 6 a 35 meses.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año.
- En el 3º casillero Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero Otras medidas profilácticas; para el término de la administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2) /Hierro Polimaltosado (P01, P02).
- En el 5º casillero el Dosaje de Hemoglobina (resultado el mismo día).
- En el 6º casillero Otras medidas profilácticas, para la administración de Micronutrientes.
- En el 7º casillero Consejería correspondiente

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “6”.
- En el 4º casillero Término de la Administración de sulfato ferroso “TA”
- En el 5º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En el 6º casillero el número de administración de micronutriente “1”
- En el 7º casillero el número de consejería brindada “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	P	D	R	1º	2º		3º	
	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	98726530	2	Comas	6	A	M	PC	38	PESO	8500	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R			Z00.1
	45678				M				TALLA	70	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	6		99381
					D	F	Pab		Hb	12	R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	D	R			96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Otras medidas profilácticas	P	D	R	TA		Z298
					M				TALLA		C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	D	R	1		85018
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Administración de micronutrientes	P	D	R	1		Z298
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 Alimentación Saludable	P	D	R	1		99403.01
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

EJEMPLO 4:

Niña de 10 meses con ganancia inadecuada de peso, retardo en el desarrollo en lo que corresponde al área motora, con alimentación complementaria inadecuada.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (Inadecuado de Peso/Talla)**
- En el 4º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo, **SOLO** si la niña o niño muestra retraso o retardo en el desarrollo.
- En el 6º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 7º casillero Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios.
- En el 8º casillero Consejería correspondiente.



Consejería	Códigos
Consejería nutricional de niños en riesgo.	99252
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “10”
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:
PE = Peso para la Edad
- En el 5º casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada “**Motor (M)**”
- En el 6º casillero el número de Administración de Micronutrientes “5”
- En el 7º casillero el número de consejería correspondiente “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º		
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	10	A	M	PC	36	PESO	8000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	X	R				Z00.1
	45678				M				TALLA	72	X	X	2. AIS CRED menor de 1 año	P	X	R	10			99381
					D	F	Pab		Hb	12	R	R	3. Otras faltas del Desarrollo fisiológico normal esperado	P	X	R	P/E			R26.8
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 desarrollo	P	X	R				96110
					M				TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	X	M			R62.0
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Administración de micronutrientes	P	X	R	5			Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios	P	X	R				Z74.2
					M				TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional de niño en riesgo	P	X	R	1			99252
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

3.2.2 NIÑA Y NIÑO DE UN AÑO A CUATRO AÑOS

El Control de Crecimiento y Desarrollo en este grupo de edad incluye:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Descarte de parasitosis
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento)

desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.

- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

Periodicidad del CONTROL de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño de menor de 5 años

Edad	Concentración	Periodicidad
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22meses
De 24 a 59 meses	4 por año	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, y 57 meses.

EJEMPLO 5:

Niña de 12 meses con crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, recibe alimentación complementaria, micronutrientes según esquema. Además de acuerdo con su edad se le solicita Dosaje de Hemoglobina.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 3º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 5º casillero Consejería correspondiente:
- En el 6º casillero Dosaje de Hemoglobina

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos, menos para el Dosaje de Hemoglobina en donde se marcará “P”, debido sólo se ha dado la solicitud.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 4º casillero el número de Administración de Micronutrientes “7”
- En el 5º casillero el número de consejería correspondiente “1”
- En el 6º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
	98726530	2	Comas	1	M	PC	36	PESO	9700	N	N	1.	Control de salud de rutina del Niño	P	D	R	Z00.1
	45678				M	Pab		TALLA	75	C	C	2.	AIS CRED menor de 1 o 4 años	P	D	R	99381
					D			Hb	12	R	R	3.	Tamizaje de desarrollo	P	D	R	96110
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Micronutrientes	P	D	R	2298
					M			TALLA		C	C	2.	Consejería nutricional Alimentación saludable	P	D	R	99403.01
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Dosaje de hemoglobina	P	D	R	85018



EJEMPLO 6:

Niño de 18 meses con crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, recibe micronutrientes según edad. Además, se solicita Dosaje de Hemoglobina y Descarte de Parasitosis (test de Graham y examen seriado).

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 3º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 4º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 5º casillero Consejería correspondiente:

Consejería	Códigos
Consejería en atención temprana del desarrollo.	99401.05
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401

- En el 6º casillero Dosaje de Hemoglobina
- En el 7º casillero Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras)
- En el 8º casillero Test de Graham

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos, menos para el Dosaje de Hemoglobina, Examen de parásitos y test de Graham en donde se marcará “P” debido a que SÓLO se está emitiendo la orden.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “4”
- En el 4º casillero el número de Administración de Micronutrientes “TA”
- En el 5º casillero el número de consejería correspondiente “1”
- En el 6º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “2”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	98726530	2	Comas	1	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	40	PESO	10600	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R		Z00.1		
	45678				<input type="checkbox"/> M				TALLA	90	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. AIS CRED menor de 1 a 4 años	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	1	99381		
					<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pa b		Hb	12	R	R	3. Tamizaje de desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R		96110		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	TA	2298		
					<input type="checkbox"/> M				TALLA		C	C	2. Consejería nutricional Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	4	99403.01		
					<input type="checkbox"/> D	F	Pa b		Hb		R	R	3. Dosaje de hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> X	D	R	2	85018		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	1. Examen de parásitos y huevos por frotis directo (muestras)	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	TA	87177		
					<input type="checkbox"/> M				TALLA		C	C	2. Test de Graham	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	4	87172		
					<input type="checkbox"/> D	F	Pa b		Hb		R	R	3.	P	D	R	2			



Cuando se haya comprobado el consumo de la última entrega se registrará “TA” en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

3.2.3 NIÑA Y NIÑO DE CINCO A ONCE AÑOS

El Control de Crecimiento y Desarrollo en este grupo de edad incluye:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen Físico
- Descarte de anemia a través de dosaje de hemoglobina
- Descarte de parasitosis
- Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo con el esquema vigente.
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo con el esquema vigente.
- Consejería de acuerdo con los hallazgos: nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento) desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
- Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.
- La visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño.

Periodicidad del CONTROL de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño de 5 a 11 años

Edad	Concentración	Periodicidad ^{1/}
De 5 a 11 años 11 meses 29 días	7	1 control por año



En este grupo de edad para el estado nutricional se considera el IMC que es un número que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño.

El IMC se calcula de la siguiente forma: $\text{Peso en kg} \div \text{talla/longitud en metros al cuadrado}$

EJEMPLO 7:

Niña de 5 años acude a su 1er control de CRED, a la evaluación nutricional presenta obesidad, ante ello se le brinda consejería a la madre y se le solicita dosaje de hemoglobina y descarte de parasitosis (test de Graham y examen seriado).

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

- En el 1º casillero Examen durante el período de crecimiento rápido en la infancia
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años
- En el 3º casillero el Estado Nutricional: “Obesidad”
- En el 4º casillero Consejería correspondiente:



Consejería	Códigos
Consejería en atención temprana del desarrollo.	99401.05
Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).	99401.12
Consejería nutricional: Alimentación saludable.	99403.01
Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral).	99401

- En el 5º casillero el Dosaje de Hemoglobina
- En el 6º casillero Test de Graham
- En el 7º casillero Examen seriado de heces

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos a **excepción** del: Dosaje de Hemoglobina, Test de Graham y Examen seriado de heces en donde se marcará “P” debido a que SÓLO se está emitiendo la orden.

En el ítem **LAB** anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “1”
- En el 3º casillero el indicador del Estado Nutricional “IMC”
- En el 4º casillero el número de consejería correspondiente “1”
- En el 5º casillero el número de Dosaje de Hemoglobina “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	98452631	2	Lince	5	M	PC	PESO 18.600	N	N	1. Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia	P	X	R				200.2
	48562				M		TALLA 100	C	C	2. AIS CRED menor de 5 a 11 años	P	X	R				99383
					D	Pab	Hb	R	R	3. Obesidad	P	X	R				E669
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	X	R				99403.01
					M		TALLA	C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R				85018
					D	Pab	Hb	R	R	3. Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras)	P	X	R				87177
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
					A	PC	PESO	N	N	1. Test de Graham	P	X	R				87172
					M		TALLA	C	C	2.	P	X	R				
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	X	R				

3.3 CONSIDERACIONES GENERALES PARA NIÑAS Y NIÑOS CON RIESGO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO



En aquellas Niñas y Niños que hayan recuperado su estado de salud relacionado al Crecimiento y/o al Desarrollo registrar de la siguiente manera:

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

- *En el 1º casillero el problema de salud identificado (Obesidad, riesgo del desarrollo-Área motora, entre otro).*

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “R” para todos los casos: por ser un diagnóstico del mes anterior del mismo niño o niña.

En el ítem LAB anote:

- *En el 1º casillero las siglas que acompañan al diagnóstico seguido de “PR”, lo que significa “paciente recuperado”.*

EJEMPLO 1:

Niño que a los 10 meses presento riesgo en el peso y retardo del desarrollo- área motora, acude a control de 11 meses y mostro recuperación tanto el crecimiento como en desarrollo.

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

- En el 1º casillero Control de Salud de Rutina del Niño.
- En el 2º casillero Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
- En el 3º casillero el RESULTADO del Estado Nutricional, **Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado; diagnóstico del mes anterior.**
- En el 4º casillero el Tamizaje de desarrollo (interpretación y reporte).
- En el 5º casillero el RESULTADO de la Evaluación del Desarrollo, **Retardo del desarrollo; diagnóstico del mes anterior.**
- En el 6º casillero la Administración de Micronutriente
- En el 7º casillero Consejería correspondiente: Consejería nutricional: Alimentación saludable

*En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” para todos los casos, a excepción de los diagnósticos del estado de salud de la niña o niño, en donde se colocará “R” (por ser un diagnóstico identificado el mes anterior).*

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero el número de control CRED correspondiente “11”
- En el 3º casillero de Evaluación Nutricional la sigla de acuerdo con el diagnóstico nutricional:
PE = Peso para la Edad
- En el 5º casillero de Retardo del desarrollo colocar la sigla del área afectada “**Motor (M)**”
- En el 6º casillero el número de Administración de Micronutrientes “6”
- En el 7º casillero el número de consejería correspondiente “2”
- En el 8º casillero el número de consejería correspondiente “PR”



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/ PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	98452631	2	Lince	11	A	M	PC		PESO	11.000	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	B	R		200.1
	48562				M				TALLA	75	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	B	R	11	99381
					D		Pab		Hb	12	R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	P/E	PR
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 desarrollo	P	B	R		99403.01
					M				TALLA		C	C	2. Retardo del desarrollo	P	D	R	M	PR
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Otras medidas profilácticas	P	B	R	6	87177
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	B	R	2	87172
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		



En caso la niña o niño NO muestre recuperación en el próximo control en su estado de salud relacionado al Crecimiento y/o al Desarrollo se seguirá marcando en el ítem: Tipo de diagnóstico "R" hasta la recuperación "PR", luego se volverá a marcar "D".

3.4 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL SEGUIMIENTO INTRAMURO A NIÑAS Y NIÑOS CON RIESGO EN EL CRECIMIENTO Y/O DESARROLLO

Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Para niñas y niños con problemas de crecimiento o desarrollo se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo con la necesidad, hasta lograr la recuperación, de NO encontrar resultados favorables a la salud del niño o niña se realizará de inmediato la **interconsulta al servicio que corresponda**.

Para tal sentido el registro se realizará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero **Control de salud de rutina del niño**
- En el 2º casillero el **diagnostico de Crecimiento o desarrollo de la Niña o Niño**
- En el 3º casillero Consejería correspondiente: por ejemplo, **Consejería nutricional: Alimentación saludable**

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque "D" para todos los casos, a excepción de los diagnósticos del estado de salud de la niña o niño, en donde se colocará "R".

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Atención de Enfermería; según corresponda (1,2,3...).
- En el 2º casillero la sigla de **acuerdo con el diagnóstico nutricional o de desarrollo:**
Desarrollo (Lenguaje (L), Motor(M), Social (S), Coordinación (C), Cognitivo/Aprendizaje (A))
Evaluación Nutricional
PE = Peso para la Edad
TP = Peso para la Talla

TE = Talla para la Edad

- En el 3º casillero el número de consejería correspondiente (1,2,3...).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
	97526341	2	Lince	6	A	M	PC	40	PESO	7.000	N	N	1. Control de salud de rutina del niño	P	D	R				Z00.1
	57412				M				TALLA	66	C	C	2. Otras faltas del desarrollo fisiológico	P	D	R	P/E			R62.8
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1			99403

IV. EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Actividad que se brinda en todos los establecimientos de salud que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de profesional de la salud capacitado (licenciada en enfermería); con la finalidad de realizar la evaluación visual en niños menores de 03 años de edad (2 años, 11 meses y 29 días) mediante el examen del Reflejo Rojo, Inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento de acuerdo a la edad del niño.

Edad	Reflejo Rojo	Inspección Externa	Fijación Monocular	Evaluación del Seguimiento
Recien Nacido	X	X		
2 Meses	X	X	X	
6 Meses	X	X	X	X
12 Meses	X	X	X	X
3 Años	X	X	X	X

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente todas las actividades realizadas en el CRED y en caso de Evaluación Visual adicionar:

- En el casillero correspondiente el diagnóstico: **Examen de los Ojos y de la Visión**

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** consignar siempre **"D"**

En el ítem: **LAB** registre:

- En el casillero registre el resultado del examen de los ojos y de la visión: NORMAL "N" y ANORMAL.

EJEMPLO:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTAB- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC		PESO	4000	N	N	1. Control de salud de rutina del Niño	P	D	R	Z00.1		
	45678				M			TALLA	54	C	C	2. AIS CRED menor de 1 año	P	D	R	1		99381	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado	P	D	R	P/E		R62.8
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 desarrollo	P	D	R	96110		
					M				TALLA		C	C	2. Examen de los Ojos y de la Visión	P	D	R	N	Z010	
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Lactancia Materna Interrumpida	P	D	R		00105	
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 Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R	1		99401.03
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

⁷Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera



V. SESIONES DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

La Atención Temprana del Desarrollo es el conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas para promover el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida, en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural. Se busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales, lo cual permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva



SÓLO se hará uso de esta codificación en el Establecimiento de Salud que cuente con el espacio para la realización de las Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo.

El personal de salud que realiza esta actividad registrará de la siguiente manera:

EJEMPLO:

Niño de 2 meses que acude a su primera Sesión de Atención Temprana

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

- En el 1º casillero Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) / **Sesión. En menor de 1 año.**

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el 1º casillero el número de Sesión de Atención Temprana del Desarrollo correspondiente “1”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/ PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC		PESO	4000	N	N	1.	Atención temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) / Sesión. En menor de 1 año.	P	D	R	1			99411.01
	45678				M				TALLA	54	X	X	2.	Consejería en higiene de manos	P	D	R	1			99401.24
					D	F	Pa b		Hb		R	R	3.		P	D	R				



Además, se incorporará en la Columna de Diagnostico /motivo de la consulta la consejería brindada durante las Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo con su código correspondiente.

VI. REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE NO HAY PROFESIONAL DE ENFERMERÍA /MÉDICO

En el primer nivel de atención: para realizar el control del crecimiento y desarrollo es necesario que cada establecimiento de salud cuente con enfermera o médico capacitado; así mismo, es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo.

En caso de que el establecimiento de salud no cuente con el personal de la salud señalado, algunas actividades (antropometría, TPED y consejería) podrán ser realizadas por personal de la salud técnico debidamente capacitado.

El personal técnico que realiza la actividad registrara de la siguiente manera:

96110: Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.

99211: Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I.

EJEMPLO:

Niño de 1 meses que acude al establecimiento de salud y no hay profesionales de la salud (enfermera/ médico). El personal técnico realizara antropometría (peso. Talla y PC), además de aplicación del Test peruano de evaluación del desarrollo del niño y su orientación según corresponda.

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

- En el 1º casillero Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I.
- En el 2º casillero Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.

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

En el ítem LAB anote:

- En el 1º casillero el número de Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I; según esquema vigente 1,2,3...

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
	98726530	2	Comas	1	A	M	PC	36	PESO	4000	N	N	1. evaluación y manejo de un paciente continuador.	P	D	R	1
	45678				M	F	Pab		TALLA	54	X	X	2. Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado.	P	D	R	
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	

VII. VISITA DOMICILIARIA

Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas con la finalidad de brindar consejería integral para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con hierro (Jarabe o gotas de hierro).

En esta actividad también se complementa y refuerza las consejerías brindadas en el servicio de salud y durante las sesiones Demostrativas.

El personal de salud que realice la actividad registrara de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero motivo de la visita entre ellos:



Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud	Códigos
Administración con Sulfato Ferroso	Z298
Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado (<i>Inadecuado Peso/Talla</i>).	R62.8
Anemia por deficiencia de hierro	D509

- En el 2º casillero se podrá colocar:
 - Consejería realizada, según corresponda
 - Administración de Sulfato ferroso
 - Finalmente se anotará **Visita familiar integral** que precisara que las intervenciones se están realizando en el domicilio.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en la actividad; **SOLO** se marcará “R” cuando se trate de una morbilidad (ejemplo Anemia)

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero de la **Consejería se colocará el número de la visita 1,2...**
- En el casillero de la **Visita familiar integral se colocará el número de la visita 1,2...**
- En el casillero de **Administración de Sulfato ferroso** se registrará “Vacío” cuando se haga la supervisión del consumo del suplemento; cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o Polimaltosado según corresponda.

EJEMPLO:

Niño de 6 meses que recibe visita domiciliaria para supervisión del consumo del suplemento

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:						
	78754651	2	Lince	6	A	M	PC	PESO	4000	N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	X	R			Z298
	48759				M			TALLA	54	X	X	2. Visita familiar integral	P	X	R	1		C0011
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			



Para Visita Domiciliaria tener en cuenta los siguientes manuales de registro:

- Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro.
- Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de Promoción de la Salud”



Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa de Enfermedades Respiratorias y Enfermedades Diarreicas

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
IRA NO COMPLICADA			
A37	Tos ferina [tos convulsiva]		otra parte.
A379	Tos ferina, no especificada	J159	Neumonía bacteriana, no especificada
H65	Otitis media no supurativa	J189	Neumonía no especificada
H650	Otitis media aguda serosa	J209	Bronquitis Aguda, no especificada
H651	Otitis media aguda, no supurativa	J219	Bronquiolitis Aguda, no especificada
H660	Otitis media supurativa aguda		
H669	Otitis media, no especificada	IRA CON COMPLICACIONES	
J00X	Rinofaringitis aguda - Resfriado común	A36	Difteria
J01	Sinusitis aguda	A37	Tos ferina [tos convulsiva]
J010	Sinusitis maxilar aguda	A379	Tos ferina, no especificada
J011	Sinusitis frontal aguda	J050	Laringitis obstructiva, aguda (crup)
J012	Sinusitis etmoidal aguda	J051	Epiglotitis aguda
J013	Sinusitis esfenoidal aguda	J100	Influenza con neumonía, debida a otro virus de la influenza identificado
J014	Pansinusitis aguda	J110	Influenza con neumonía, virus no identificado
J019	Sinusitis aguda, no especificada	J120	Neumonía debida a adenovirus
J02	Faringitis aguda	J121	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J020	Faringitis estreptocócica.	J122	Neumonía debida a virus parainfluenza
J029	Faringitis aguda, no especificada	J123	Neumonía debida a metaneumovirus humano
J03	Amigdalitis aguda	J128	Neumonía debida a otros virus
J030	Amigdalitis estreptocócica.	J13	Neumonía debida a Streptococcus Pneumoniae.
J038	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados	J14	Neumonía debida a Haemophilus Influenzae.
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	J152	Neumonía debida a estafilococos
J04	Laringitis y traqueítis agudas	J154	Neumonía debida a otros estreptococos
J040	Laringitis Aguda	J155	Neumonía debida a Escherichia coli
J041	Traqueítis Aguda	J156	Neumonía debida a otras bacterias aeróbicas gramnegativas
J042	Laringotraqueítis aguda	J158	Otras neumonías bacterianas
J050	Laringitis obstructiva, aguda [crup]	J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte.
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados.	J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
J101	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a otro virus de la influenza identificado	J172	Neumonía en micosis
J111	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	J173	Neumonía en enfermedades parasitarias
J12	Neumonía viral no clasificada en otra parte	J180	Bronconeumonía, no especificada
J129	Neumonía viral, no especificada		
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en		



INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
J181	Neumonía lobar, no especificada		crónica, no especificada (usado por personal no médico).
J182	Neumonía hipostática, no especificada	J45	Asma
J188	Otras neumonías, de microorganismo no especificado	J450	Asma predominantemente alérgica
J189	Neumonía, no especificada	J451	Asma no alérgica
J851	Absceso del pulmón con neumonía	J458	Asma mixta
J86	Piotórax (empiema)	J459	Asma, no especificada (grado de severidad: Leve, Moderada o Severa)
J90	Derrame Pleural, no clasificado en otra parte	J46	Estado asmático (Asma aguda severa)
J939	Neumotórax no especificado	99344	Visita Domiciliaria
99344	Visita Domiciliaria	94664	Nebulización o Inhaloterapia
94664	Nebulización o Inhaloterapia	94799.02	Oxigenoterapia
94799.02	Oxigenoterapia	99700	Referencia a EE.SS con capacidad resolutive
99700	Referencia a EE.SS con capacidad resolutive		

SOB/ASMA

J21	Bronquiolitis aguda
J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J211	Bronquiolitis aguda debida a meta-neumo virus humano
J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
J440	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
J448	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: Leve, Moderado o Severo)
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva

ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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



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

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____															
0	84521475	2	Comas	1	M	PC	PESO		N	N	1. Faringoamigdalitis Estreptocócica	P	X	R	J020
/							TALLA		X	X		P	D	R	
0							97245	80			D	F	Pab	Hb	

En los Controles de las Infecciones respiratorias agudas: Registre:

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

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																
2	78645511	2	Coracora	1	M	PC	PESO		N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	X	1	J189
/							TALLA		X	X		P	D	R		
0							53230	80			D	F	Pab	Hb		R



Cuando el Control se hace en el domicilio: Registre

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

- En el 1º casillero el motivo de la visita como repetitivo.
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem Lab anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT					
	H.C	10	12								P	D	R							
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
2	78645511	2	Coracora	1	M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	X	J189						
6											TALLA	X	X		2. Visita Domiciliaria	P	X	R	1	99344
0											53230	80	D			F	Pab	Hb	R	R
3																				

Cuando se realiza una referencia a un EE. SS de mayor complejidad:

Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutoria de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero Referencia

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT				
	H.C	10	12								P	D	R						
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																			
2	78645511	2	Coracora	1	M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	X	D	R	J121					
6											TALLA	X	X		2. Referencia a EE.SS con capacidad resolutoria	P	X	R	99700
0											53230	80	D			F	Pab	Hb	
3																			

En la Bronquitis Aguda

Considere en: En el ítem Código CIE: J209 en los menores de 08 años

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT				
	H.C	10	12								P	D	R						
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																			
2	81240004	2	La Punta	5	M	PC	PESO	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	X	R	J209					
3											TALLA	X	X			P	D	R	
0											3570	80	D			F	Pab	Hb	
3																			

En las Atenciones del Síndrome Obstructivo Bronquial (SOB) y Asma:

En Niños menores de 05 años

Considerar los siguientes códigos:

- J21 Bronquiolitis aguda
- J210 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
- J211 Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
- J218 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J219 Bronquiolitis aguda, no especificada
- J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
- J441 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
- J448 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: Leve, Moderado o Severo)
- J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (usado por personal no médico).
- J45 Asma
- J450 Asma predominantemente alérgica
- J451 Asma no alérgica
- J458 Asma mixta
- J459 Asma, no especificada (grado de severidad: Leve, Moderada o Severa)
- J46 Estado asmático (Asma aguda severa)

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

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIDAD	SEVERIDAD	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____															
2	46284620	2	Cañete	1	M	PC	PESO	N	N	1. SOBA	P	B	R	MOD	J448
3	97245	80		1	D	Pab	TALLA	X	X		P	D	R		
0							Hb	R	R		P	D	R		
3															

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIDAD	SEVERIDAD	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____															
2	41452475	2	Cañete	3	M	PC	PESO	N	N	1. Asma, no especificada	P	B	R	SEV	J459
3	97245	80		3	D	Pab	TALLA	X	X		P	D	R		
0							Hb	R	R		P	D	R		
3															



Personal No Médico

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

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT		
	H.C	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
2	46284620	2	Cañete	1	M	PC	PESO	N	N	1. SOBA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J449		
3							TALLA				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P			D	R
/																	
0	3570	80			D	F	Pab	Hb	R	R	P	D	R				
3																	

En la Bronquiolitis Aguda

Considere en: En el ítem Código CIE: J21, J210, J211, J218, J219, J44, J440, J441 en los menores de 02 años.

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT		
	H.C	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
2	81240004	2	Cañete	1	M	PC	PESO	N	N	1. Bronquiolitis aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		J21		
3							TALLA				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P			D	R
/																	
0	3570	80			D	F	Pab	Hb	R	R	P	D	R				
3																	

Nebulización, Inhaloterapia u Oxigenoterapia:

Esta actividad la registra el personal que realiza la atención.

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

- En el 1º casillero la Oxigenoterapia o Nebulización o Inhaloterapia
- En el 2º casillero el diagnóstico que requiere la Nebulización o Inhaloterapia u Oxigenoterapia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número procedimientos realizados

Código CIE/CPT: Registre los códigos asociados a cada diagnóstico/procedimiento según corresponda.

- 94664 nebulización o Inhaloterapia
- 94799.02 Oxigenoterapia

D I A / / 0 3	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B I L I D A D	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																
2	46284620	2	San Juan de Miraflores	4	A	M	PC		PESO	N	N	1. Nebulización	P	R	3	94664
3					M	M			TALLA	R	R	2.SOBA	P	D		J449
0	3570	80			D	E	Pab		Hb	R	R		P	D	R	
3																

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A00	Cólera	A060	Disentería amebiana aguda
A009	Cólera, no especificado	A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios.
A010	Fiebre tifoidea	A071	Giardiasis [lambliasis]
A011	Fiebre paratifoidea A.	A072	Criptosporidiosis
A012	Fiebre paratifoidea B.	A080	Enteritis por rotavirus.
A013	Fiebre paratifoidea C.	A082	Enteritis por Adenovirus.
A014	Fiebre paratifoidea, no especificada.	A083	Otras enteritis virales
A020	Enteritis debido a Salmonella	A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A03	Shigelosis	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado
A030	Shigelosis debida a Shigella dysenteriae	A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso
A039	Shigelosis de tipo no especificado	A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
A040	Infección debida a Escherichia coli enteropatógena	A09X	EDA Persistente
A041	Infección debida a Escherichia coli enterotoxígena	R571	Choque hipovolémico.
A042	Infección debida a Escherichia coli enteroinvasiva	E86X	Deshidratación / Depleción del volumen
A043	Infección debida a Escherichia coli enterohemorrágica	99401.12	Consejería para la prevención de EDA
A045	Enteritis debida a Campylobacter.	99344	Visita Domiciliaria
A049	Infección intestinal bacteriana, no especificada	U310	Administración de tratamiento (zinc)
A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas, no clasificadas en otra parte	U310	Administración de tratamiento (SRO)
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada		



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

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

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Se registra
Acuosa, Disentérica o Persistente	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA (según clasificación CIE10)
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + E86X Deshidratación (Depleción de volumen)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + R571 Shock (Shock Hipovolémico)

CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA	CONCEPTO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
Diarrea Aguda Acuosa	Deposiciones de consistencia disminuida.	A01.0 Fiebre tifoidea A01.1 Fiebre paratifoidea A. A01.2 Fiebre paratifoidea B. A01.3 Fiebre paratifoidea C. A01.4 Fiebre paratifoidea, no especificada. A02.0 Enteritis debido a Salmonella A04.0 Infección debida a Escherichia coli enteropatógena A04.1 Infección debida a Escherichia coli enterotoxígena A04.9 Infección intestinal bacteriana, no especificada A05 Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas, no clasificadas en otra parte A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios. A07.1 Giardiasis [lamblasis] A07.2: Criptosporidiosis A08.0 Enteritis por rotavirus. A08.2 Enteritis por Adenovirus. A08.3 Otras enteritis virales A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación A09 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
Diarrea Aguda Disentérica	Diarrea que contiene sangre y moco.	A03 Shigelosis A03.0 Shigelosis debida a <i>Shigella dysenteriae</i> A03.9 Shigelosis de tipo no especificado. A04.2 Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva A04.3 Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica A04.5 Enteritis debida a Campylobacter. A06.0 Disentería amebiana aguda
Diarrea Persistente	Diarrea de 14 o más días de duración, considerándose crónica cuando las deposiciones persisten por más de cuatro semanas.	A09X EDA Persistente

En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda, registre:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero el tipo de deshidratación si tuviera
- En el 3º casillero la Administración de tratamiento (zinc)

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

En el ítem: Lab anote la sigla “ZN” para indicar que se administró el sulfato de zinc.

En el ítem: Lab anote la sigla “SRO” para indicar que se administró el sulfato de zinc.

EDA SIN COMPLICACIÓN:

Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero la Administración de zinc
- En el 3º casillero la Administración de SRO

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

En el ítem: Lab anote la sigla “ZN” para indicar que se administró el sulfato de zinc.

En el ítem: Lab anote la sigla “SRO” para indicar que se administró el sulfato de zinc.

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																
2 3 / 0 3	46284620	1	San Juan de Miraflores	4	<div><div>A</div><div>M</div></div>	PC		PESO		<div><div>N</div><div>N</div></div>	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	<div><div>X</div><div></div></div>	R		A084
							TALLA		<div><div>X</div><div>X</div></div>	2. Administración de Zinc	P	<div><div>X</div><div></div></div>	R	ZN	U310	
	3570	80				<div><div>D</div><div>F</div></div>	Pab		Hb		<div><div>R</div><div>R</div></div>	3. Administración de SRO	P	<div><div>X</div><div></div></div>	R	SRO

EDA CON COMPLICACIÓN:

Es decir con Deshidratación o Shock, para lo cual registre el diagnóstico de la EDA, seguido del tipo de deshidratación y administración de zinc, de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero registrar: Deshidratación/depleción de volumen (E86X) o Choque Hipovolémico (R571)
- En el 3º casillero la Administración de zinc y/o sales de rehidratación oral.

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

En el ítem: Lab anote la sigla “ZN” y/o “SRO”, para indicar que se administró el sulfato de zinc o las sales de rehidratación oral, **luego de mejorar el estado de hidratación del niño o niña. (Sin deshidratación)**



D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____*FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____																
1 0 / 0 4	46284620	1	San Juan de Miraflores	5	M	PC	PESO		N	N	1. Shigelosis de tipo no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A039
							TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Shock Hipovolémico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R571
							Hb		R	R	3. Administración de Zinc	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ZN	U310

EDA DISENTÉRICA

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____*FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____																
1 0 / 0 4	46284620	1	Lince	5	M	PC	PESO		N	N	1. Disentería amebiana aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A060
							TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Deshidratación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X
							Hb		R	R	3. Administración de Zinc	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ZN	U310

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____*FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____																
1 0 / 0 4	46284620	1	Lince	5	M	PC	PESO		N	N	1. Disentería amebiana aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A060
							TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Zinc	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ZN	U310
							Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

EDA PERSISTENTE

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT	
	H.C	10	12								P	D	R			
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____*FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____																
1 0 / 0 4	46284620	1	Lince	5	M	PC	PESO		N	N	1. EDA Persistente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A09X
							TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Deshidratación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		E86X
							Hb		R	R	3. Administración de Zinc	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ZN	U310



No se utilizará el código de Suplementación "Z298" para el Zinc, por ser administrado como tratamiento para la EDA y no como Suplemento Nutricional.

Se recomienda que la demostración de la primera toma de sulfato de zinc, sea brindada por un personal de salud (u otro que haya sido capacitado previamente) dentro del establecimiento de salud (triaje, consultorio, u otro espacio identificado para tal fin). Además, se brindará una consejería sobre los cuidados en el hogar para tratar la diarrea.

Cuando se realiza la consejería sobre los cuidados en el hogar para tratar la diarrea y evitar episodios futuros: En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA

En el 2º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero: Registrar la cantidad de consejerías , según corresponda “1,2,3”

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT			
	H.C	10	12								P	D	R					
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																		
1 0 / 0 4	46284620	1	Lince	5	A	M	PC		PESO		N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R		A084
	M							TALLA		E	E	2. Consejería para la prevención de EDA	P	R	R	1	99401.12	
		80				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	

Cuando se realiza una cita de control la verificación del consumo de zinc en el establecimiento de salud:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero “2, 3, 4...según corresponda”

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT		
	H.C	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
1 3 / 0 4	46284620	1	Lince	5	<div>A</div>	PC		PESO		<div>N</div>	<div>N</div>	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	<div>X</div>		A084
	<div>M</div>						TALLA		<div>E</div>	<div>E</div>	2. Consejería para la prevención de EDA	P	<div>B</div>	R	2	99401.12	
		80			<div>D</div>	<div>F</div>	Pab		Hb		<div>R</div>	<div>R</div>		P	D	R	



Cuando la verificación del consumo de zinc se realiza en el domicilio:

Se sugiere que se realice al 3er y 7mo día de tratamiento con Zinc.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria
- En el 3º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE “R”
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE “D”

En el Ítem Lab, anote:

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

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT		
	H.C	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
1	46284620	1	Lince	5	M	PC	PESO	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D			A084		
3							TALLA					2. Visita Domiciliaria	P		R	1	99344
4	3570	80						Hb		R	R	3. Consejería para la prevención de EDA	P		R	2	99401.12

Cuando se realiza una referencia a un EE. SS de mayor complejidad:

Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutoria de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10, como presuntivo.
- En el 2º casillero Referencia

D I A	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	E S T A B L E C I O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			L A B	CÓDIGO CIE/CPT		
	H.C	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
2	78645511	2	Coracora	1	M	PC	PESO	N	N	1. Fiebre tifoidea		D	R		A01.0		
6							TALLA					2. Referencia a EE.SS con capacidad resolutoria	P		R		99700
3	53230	80						Hb		R	R		P	D	R		

Ministerio de Salud
Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima-Perú
INFOSALUD 0800-10828

