

LOTE
PAGINA
FECHA PROCES.
DNI RESP.

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA		
1 TURNO		
M	T	N

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
														DNI						
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	HISTORIA CLINICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA O/A	ESTA-BLEC	SER-SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMSS	P	D	R	1º	2º	3º

1 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

2 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

3 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

4 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

5 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

6 NOMBRE PACIENTE: CELULAR N°
 (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /

DIRECCION ACTUAL:

				A M M D	PC Pab Pab Peso Peso	TALLA PESO Hg Observada Hg Observada Hb Ajustada	N C C R R	N C R	1. _____	P	D	R			
									2. _____	P	D	R			
									3. _____	P	D	R			
									4. _____	P	D	R			
									5. _____	P	D	R			
									6. _____	P	D	R			

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD				ITEM 15				ITEM 16				ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)				FECHA DE ULTIMA REGLA			
1 USUARIO 4 SOAT 10 OTROS				PC = Perímetrocefálico Pab = Perímetro Abdominal Peso Preg = Peso Pregestacional				PESO = kg TALLA = cm Hb = valor				N= PACIENTE NUEVO C= PACIENTE CONTINUADOR R= PACIENTE REINGRESANTE				Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografía			
2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 5 SANIDAD FAP 11 EXONERADO																			
3 ESSALUD 6 SANIDAD NAVAL																			

(*) Opcional NOTA 58 ETNIA MESTIZO LA FICHA FAMILIAR OBLIGATORIO DEBE TENER 10 CARACTERES (4 LETRAS EN MAYUSCULA Y LUEGO 6 DIGITOS) Y OBLIGATORIO EL CENTRO POBLADO