

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	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																																																				
AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																								
																DNI																																																																								
DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA O/A		ESTAB- LEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS																																																																	
	HISTORIA CLINICA		10		12												P	D	R	1º	2º	3º																																																																		
	FICHA FAMILIAR		ETNIA		CENTRO POBLADO																																																																																			
7 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R																																																																							
													2.	_____	P	D	R																																																																							
													3.	_____	P	D	R																																																																							
													4.	_____	P	D	R																																																																							
													5.	_____	P	D	R																																																																							
													6.	_____	P	D	R																																																																							
8 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R																																																																							
													2.	_____	P	D	R																																																																							
													3.	_____	P	D	R																																																																							
													4.	_____	P	D	R																																																																							
													5.	_____	P	D	R																																																																							
													6.	_____	P	D	R																																																																							
9 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R																																																																							
													2.	_____	P	D	R																																																																							
													3.	_____	P	D	R																																																																							
													4.	_____	P	D	R																																																																							
													5.	_____	P	D	R																																																																							
													6.	_____	P	D	R																																																																							
10 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R																																																																							
													2.	_____	P	D	R																																																																							
													3.	_____	P	D	R																																																																							
													4.	_____	P	D	R																																																																							
													5.	_____	P	D	R																																																																							
													6.	_____	P	D	R																																																																							
11 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R																																																																							
													2.	_____	P	D	R																																																																							
													3.	_____	P	D	R																																																																							
													4.	_____	P	D	R																																																																							
													5.	_____	P	D	R																																																																							
													6.	_____	P	D	R																																																																							
12 NOMBRE PACIENTE: _____ CELULAR N° _____																																																																																								
(*FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																																								
DIRECCION ACTUAL: _____																																																																																								
<table><tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">A</td><td rowspan="6">M</td><td rowspan="6">PC</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">TALLA</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">N</td><td rowspan="6">N</td><td>1.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>_____</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											A	M	PC		TALLA		N	N	1.	_____	P	D	R					2.	_____	P	D	R					3.	_____	P	D	R					4.	_____	P	D	R					5.	_____	P	D	R					6.	_____	P	D	R				
					A	M	PC		TALLA		N	N	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 = Perimetro cefalico

PESO = kg

N= PACIENTE NUEVO

Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografia

2 SEGURO INTEGRAL (SIS)

5 SANIDAD FAP

11 EXONERADO

Pab = Perimetro Abdominal

TALLA = Cm

C= PACIENTE CONTINUADOR

3 ESSALUD

6 SANIDAD NAVAL

Peso preg = Peso Pregestacional

Hb = Valor

R= PACIENTE REINGRESANTE

(*) 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