

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

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR



2019



PERÚ

Ministerio
de Salud

EL PERÚ PRIMERO

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2019

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Planificación Familiar. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas- Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva; Lima: Ministerio de Salud; 2019

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA/CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES/SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO /MANUALES

“Manual de Registro y Codificación de Actividades en Planificación Familiar”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas - Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva

Equipo de Trabajo:

- Dra. Lucy del Carpio Ancaya Directora de Salud Sexual y Reproductiva.
- Lic. Gladys Garro Nuñez - Directora Ejecutiva de la Oficina de Gestión de la Información
- Obst. Marysol Campos Fanola - Responsable de Planificación Familiar- DSARE
- Obst. Sonia Rodríguez Soto - Equipo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva.
- Est. Doris Valdez Robles - Equipo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información
- Lic. Celia Mirí Oviedo Rodríguez Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información

Diseño y Diagramación

Bach. Julie Guillén Ramos

Ministerio de Salud

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

Edición, 2019

PRESENTACION

La Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene como objetivo la disminución de la mortalidad materna y perinatal; en este marco la planificación familiar (PF) se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos (OMS 2012), pues si la mujer u hombre con el apoyo de su pareja planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción, la mujer podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentre en situaciones adecuadas en su salud, economía y educación.

Es así que el MINSA desarrolla las acciones de Planificación Familiar contribuyendo además a que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable, libre é informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que desean procrear en el marco de los derechos humanos y los enfoques de género e interculturalidad.

La atención en planificación familiar se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil dentro de los cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería, la evaluación clínica de la/el usuaria/o, prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, seguimiento y atención de otras necesidades de salud.

Es importante considerar que si la mujer planea un próximo embarazo se desarrollan acciones de atención preconcepcional, el cual tiene como objetivo identificar y modificar los factores de riesgo reproductivo tanto biológicos como sociales con el fin de mejorar sus condiciones y tener mejores resultados posibles tanto para la gestante y el feto.

Consideramos que el registro estadístico en Planificación Familiar, se convierte en un sistema de información necesaria para la toma de decisiones en la solución de los problemas sanitarios relacionados a la salud sexual y reproductiva. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades de Planificación Familiar, el cual contiene también la atención preconcepcional, para su difusión y estandarización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y estomatológicos – CPMS MINSA.



Elizabeth Zulema Tomás Gonzales
Ministra de Salud

Óscar Alfredo Broggi Angulo
Viceministro de Salud
Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Rosario Esther Tapia Flores
Secretario General

Helar Miguel Herbozo Ventosilla
Director General
Tecnologías de la Información

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402.04	Orientación/consejería en planificación familiar	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	Y4253	Efectos secundarios del Implante
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z3002	Orientación/consejería AQV
11975	Inserción de cápsulas anticonceptivas implantables	Z33X1	Falla de DIU
99208.13	Administración y uso del método oral combinado	Z33X31	Falla inyectable mensual
99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual	Z33X32	Falla inyectable trimestral
99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
99208.02	Provisión de preservativos masculinos	Z33X5	Falla preservativos masculino
99208.06	Provisión de preservativos femeninos	Z33X51	Falla preservativos femenino
55250	vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal bilateral	Z33X4	Falla de implante
58605	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado)	Z33X8	Falla de vasectomía
58611	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea o cirugía abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
99208.07	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Z33X24	Falla anticonceptivo oral de emergencia / Levonorgestrel
99208.08	Atención en el método de Abstinencia periódica Ritmo	Z33X91	Falla de Ritmo
99208.09	Atención en el método de Abstinencia periódica Billings	Z33X92	Falla de Billings
99208.10	Atención en el método de los días fijos (MDF)/Collar	Z33X93	Falla de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
99208.11	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
99208.12	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno	Z123	Examen de mamas
T833	Complicación de Dispositivo anticonceptivo Intrauterino DIU	58301	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)
T8331	Expulsión de DIU	11976	Remoción cápsulas anticonceptivas implantables
T8332	Sangrado anormal asociado a DIU	88141	Citopatología, vaginal o cervical. Toma de PAP
T8333	DIU en cavidad abdominal	59410	Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto
T8334	DIU encarcelado	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio
T8335	Complicación de DIU con perforación uterina	59515	Cesárea, incluyendo atención postparto
T8336	Dolor pélvico asociado con DIU	59812	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente
Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía	86703	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único /Prueba rápida VIH)
N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica	86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)
Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada	87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)
Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual	86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)
		99401.33	Consejería Pre-Test para VIH
		99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo
		99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo
		99402.12	Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género
		99402.13	Consejería/Orientación en casos de violencia basada en género
		99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
		99385.02	Atención preconcepcional (18 a 39 años)
		99386.02	Atención preconcepcional (> 40 años)

**DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402.03	Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	C0009	Sesión Educativa
99199.11	Administración de Tratamiento Kit VS	C0011	Visita familiar integral
99402.07	Consejería/Orientación para AE	C0011.02	Visita familiar para Cuidados esenciales AQV
96150	Entrevista de Tamizaje	U161	Usuaría Captada
		U0033	Actividad de Planificación Familiar

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en los ambientes que se brinda la atención de planificación familiar como son: consulta externa, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico. Según nivel de atención.

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

D: (Diagnóstico definitivo) 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.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y **utilice los siguientes ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” hasta un máximo de 20 actividades para completar el registro de la atención.**

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

Actividades a registrar en una atención a usuarias de planificación familiar

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒ M	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R		99208
	07033136	58			☒ M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1	99402.04
					☒ D		Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	☒ D	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ M	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Tamizaje de VBG	P	☒ D	R	VIF	96150
					☒ M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	☒ D	R	1	99402.12
					☒ D		Hb	R	R	3. Toma de PAP	P	☒ D	R		88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ M	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Examen clínico de mamas	P	☒ D	R	N	Z123
					☒ M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	☒ D	R	1	99402.08
					☒ D		Hb	R	R	3. Consejería Pre Test para VIH	P	☒ D	R		99401.33
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ M	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	☒ D	R	RN	86703
					☒ M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	☒ D	R		99401.34
					☒ D		Hb	R	R	3.	P	☒ D	R		

Esquema de Programación de Consultas, Controles y Entrega de Medicamentos e Insumos de Acuerdo al tipo de Anticonceptivo

Método	Duración de la Protección	Consultas Nuevas y de Seguimiento	Cantidad de Insumos a Entregar		Número de Consultas Programáticas Anual
			Por Consulta	Programática Anual	
Preservativo o condón masculino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuario/a
Preservativo o condón femenino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuario/a
Hormonal combinado oral (Píldora)	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Hormonal combinado inyectable mensual	Uno por vez	Cada mes por todo el año	Uno por consulta	Doce	12 por usuaria
Hormonal de solo progestágenos inyectable de depósito trimestral	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
Implante	Uno por vez	Inserción, 1er control a los tres días, luego al mes, a los 3 meses y luego cada año	Uno cada tres años	Uno	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
DIU (T de cobre)	Uno por vez	Inserción, 1er. control a la semana, luego al mes de inserción luego cada año	Uno cada doce años	Uno por nueva o reinserción	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
Bloqueo Tubario Bilateral	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, Segundo control al mes	No aplicable	Uno por nueva	2 por nueva
		01 cada año			1 por continuadora
Vasectomía	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	3 por nuevo
		01 cada año			1 por continuador
Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	6 meses	Primer control a los 45 días posparto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
Billings o del moco cervical	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora
Ritmo o de la Regla	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora
Método de los días fijos o método del collar	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición Operacional: Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La orientación/consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria

La orientación/consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la **Elección**, al **Aceptar** y al **Cambio** del método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero el método elegido por la usuaria

Las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2 según corresponda
- En el 3º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____									
	20635	1	San Martín de Porres	22	A	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R		99208
					M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
	07033136	58			F		Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	1

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN AQV

Definición Operacional: Sesión educativa donde se tratará aspectos relacionados a la AQV como: características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, fallas (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgo de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control (Se requiere de firma de documento de consentimiento informado).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente la Orientación/Consejería en AQV

En el ítem: Lab anote 1, 2, según corresponda el número de la orientación/consejería.

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____									
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒ A	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Consejería/Orientación en AQV	P	☒ D	R	1	Z3002
					M		TALLA	C	C	2.	P	D	R		
	07033136	58			F		Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USUARIAS NUEVAS

Definición Operacional: Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un determinado método anticonceptivo.
 Una usuaria puede ser nueva, tantas veces como métodos existan.

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

- **PROVISIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método elegido

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

Las usuarias NUEVAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación / consejería 1 ó 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	84455	1	San Martín de Porres	24	A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	07033136	58			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					D			Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20722	1	Los Olivos	29	A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	75423156	56			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					D			Hb	R	R	3. Administración y uso de método inyectable Trimestral	P	D	R	1	99208.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	26	A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	03365706	58			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					D			Hb	R	R	3. Administración y uso de método inyectable mensual	P	D	R	1	99208.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21240	1	Rimac	18	A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	64237446	56			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					D			Hb	R	R	3. Administración y uso de método preservativos masculinos	P	D	R	10	99208.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	20	A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	95621554	56			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	D	R	1	99402.04
					D			Hb	R	R	3. Administración y uso de método preservativos femenino	P	D	R	10	99208.06

USUARIAS CONTINUADORAS

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

- **REPETICIÓN DE PRESCRIPCIÓN** seguido del método que se está prescribiendo

La usuarias CONTINUADORAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	84455	1	San Martín de Porres	24	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	07033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Administración y uso de método oral combinado	P	D	☒	4	99208.13
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20722	1	Los Olivos	29	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	75423156	56			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Administración y uso del método Inyectable Trimestral	P	D	☒	1	99208.05
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	26	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	03365706	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Administración y uso de método inyectable mensual	P	D	☒	1	99208.04
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21240	1	Rimac	18	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	64237446	56			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Administración y uso de método condón masculino	P	D	☒	30	99208.02
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	18635	1	San Juan de Lurigancho	20	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	03365706	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Administración y uso de método condón femenino	P	D	☒	30	99208.07
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de DIU

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería

- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	San Martín de Porres	27	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	07033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
					☒	D		Hb	☒	☒	3. Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	☒	R	1	58300

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

CONTROLES DEL DIU

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

- En el 1º casillero Control de DIU

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número **DEJE EN BLANCO**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	27	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208
	07033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Control de dispositivo intrauterino (DIU)	P	☒	R	58300
					☒	D		Hb	☒	☒	3.	P	☒	R	

REINSERCIÓN DEL DIU

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	42120	1	Puno	28	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	01367033	02			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
					☒	D		Hb	☒	☒	3. Reinserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	☒	R	1	58300

REMOCIÓN DEL DIU

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	42120	1	Puno	28	☒	M	PC		PESO	☒	☒	1. Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	☒	R	58301
	01367033	02			☒		Pab		TALLA	☒	☒	2.	P	D	R	
			☒				Hb	☒	☒	3.	P	D	R			

Si se realiza Remoción y Reinserción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 2º casillero de la reinserción de DIU marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21240	1	Rimac	28	☒	M	PC		PESO	☒	☒	1. Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	☒	R	58301
	64237446	56			☒		Pab		TALLA	☒	☒	2. Reinserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	☒	1 58300
			☒				Hb	☒	☒	3.	P	D	R			

PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA NUEVA

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de Implante

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21889	1	Rimac	27	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208
	16423746	56			☒		Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
					☒			Hb	R	R	3. Inserción de Implante	P	☒	R	1	11975

CONTROL DEL IMPLANTE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

- En el 1º casillero el número **DEJE EN BLANCO**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21889	1	Rimac	27	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208
	16423746	56			☒		Pab	TALLA	☒	☒	2. Control de Implante	P	☒	R		11975
					☒			Hb	R	R	3.	P	☒	R		

REINSERCIÓN DEL IMPLANTE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de insumos **"1"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	21889	1	Rimac	30	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208
	16423746	40			☒		Pab	TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
					☒			Hb	R	R	3. Reinserción de Implante	P	☒	R	1	11975

REMOCIÓN DEL IMPLANTE

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	21889	1	Rimac	30	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de Implante	P	☒ D	R		11976
	16423746	40			☒ M	Pab	TALLA	☒ E	☒ E	2.	P	D	R		
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R	

Si se realiza Remoción y Reinserción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 2º casillero de la reinserción de Implante marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 2º casillero registre el número de insumos **"1"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	21889	1	Rimac	30	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Remoción de Implante	P	☒ D	R		11976
	16423746	40			☒ M	Pab	TALLA	☒ E	☒ E	2. Reinserción de Implante	P	D	☒ R	1	11975
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R	

MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería en PF **"1"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	Barranco	22	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1	99402.04
	07033136	58			☒ M	Pab	TALLA	☒ E	☒ E	2.	P	D	R		
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R	

Registrar a la usuaria NUEVA a los 40 días post parto o en el 2º Control de la puérpera

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la orientación/consejería el número correspondiente 2
- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	Barranco	22	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	2	99402.04
	07033136	58			M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Atención de parto vaginal incluyendo atención postparto	P	☒	☒			59410
					D		Hb	R	R	3. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	☒	R	1	99208.07	

Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 06 meses cuando termina la lactancia materna exclusiva

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En ambos caos marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA el número de la consulta 2.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	Barranco	22	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	☒	R	2	99208.07
	07033136	58			M	Pab	TALLA	☒	☒	2.	P	☒	☒			
					D		Hb	R	R	3.	P	☒	R			

En el caso que se hagan consultas intermedias antes de los 6 meses.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casillero marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab "DEJE EN BLANCO"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	Barranco	22	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	☒	R		99208.07
	07033136				M	Pab	TALLA	☒	☒	2.	P	☒	☒			
					D		Hb	R	R	3.	P	☒	R			

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA: RITMO, BILLINGS Y DÍAS FIJOS / COLLAR

Usuarías Nuevas

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la orientación/consejería el número correspondiente 1, 2
- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	Sn Martín de Porres	22	☒	M	PC		PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
					☒	M			TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
	07033136	40			☒	D	Pab		Hb	R	R	3. Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	☒	R	1	99208.08

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____									
	120635	1	Comas	22	☒	M	PC		PESO		N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208	
					☒	M				TALLA		☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402
	07033124	40			☒	D	Pab			Hb		R	R	3. Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	☒	R	1	99208.09

Usuarías Continuatoras

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casiller marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 2, 3...

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SE R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)						P		D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
	20635	1	Sn Martín de Porres	22	☒	M	PC			PESO		N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208	
					☒	M					TALLA		☒	☒	2. Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	☒	☒	2	99208.08
	07033136	58			☒	D	Pab				Hb		R	R	3.	P	☒	☒		

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
	120635	1	Comas	22	☒	M	PC		PESO	☒	N	☒	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R		99208	
					☒	M			TALLA	☒	☒	☒	☒	2. Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	☒	D	☒	3	99208.09
	07033124	40			☒	D	Pab		Hb		R	R		3.	P	☒	D	R		

ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA

Esta actividad se recoge de los libros de sala de operaciones y se registra en el HIS por no tener otro registro además de la historia clínica que permita recogerla de manera sistematizada.

Ligadura de Trompas

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

- En el 1º casillero Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal o bilateral

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC		PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	☒	R	58600
	07033136	58			M			TALLA	☒	☒	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Vasectomía

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

- En el 1º casillero Vasectomía bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC		PESO	N	N	1. Vasectomía	P	☒	R	55250
	07034436	56			M			TALLA	☒	☒	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

EN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC		PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	D	☒	1
	07033136	58			M			TALLA	☒	☒	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC		PESO	N	N	1. Vasectomía	P	D	☒	1
	07034436	56			M			TALLA	☒	☒	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio según corresponda
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio,	P	D	R	1	58600
	07033136	58			☒	M				TALLA	☒	☒	2. Visita familiar para Cuidados esenciales	P	D	R	1	C0011.02
					☒	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	189633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	☒	PC			PESO	N	N	1. Vasectomía	P	D	R	1	55250
	07034436	56			☒	M				TALLA	☒	☒	2. Visita familiar para Cuidados esenciales	P	D	R	1	C0011.02
					☒	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

METODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTETRICO

Cuando se realiza la ligadura de trompas durante la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque: "D" en ambos casos

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208
	07033136	58			☒	M				TALLA	☒	☒	2. Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea	P	D	R	58611
					☒	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	

Cuando se realiza la ligadura de trompas después de la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva

En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque: "D" en ambos casos

DIA	D.N.I.	FINANCIA 2	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	154633	1	Sn Juan de Miraflores	30	☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R	99208
	07033136	56			M	☒ F	Pab	TALLA	☒ C	☒ C	2. Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización	P	☒ D	R	58605
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R

Cuando se prescribe el método anticonceptivo después de la cesárea

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Cesárea, incluyendo atención postparto **(59515)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Cesárea, incluyendo atención postparto marque **"R"**
- En los demás casilleros marque **"D"**

DIA	D.N.I.	FINANCIA 2	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	Sn Martín de Porres	22	☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R	99208
	07033136	40			M	☒ F	Pab	TALLA	☒ C	☒ C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1 99402.04
					D				Hb	R	R	3. Cesárea, incluyendo atención postparto	P	D	☒ R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método inyectable Trimestral	P	☒ D	R	1 99208.05
					M	☒ F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R	
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R

Cuando se realiza Post aborto

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **(59812)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **"R"**
- En los demás casilleros marque **"D"**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	10635	1	Sn Martín de Porres	26	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
					M			TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
	17033136	58			D	☒	Pab	Hb	R	R	3. Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente	P	D	☒		59812
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Inserción de DIU	P	☒	R	1	58300
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Cuando se realiza después del Parto

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto **(59410)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente **“R”**
- En los demás casilleros marque **“D”**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	8635	1	Sn Martín de Porres	29	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
					M			TALLA	☒	☒	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04
	11033136	40			D	☒	Pab	Hb	R	R	1. Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto	P	D	☒		59410
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Inserción de Implante	P	☒	R	1	11975
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Toma de Papanicolaou y examen clínico de mamas, registre de la siguiente manera:

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

- En los primeros casilleros anote las actividades como Atención en planificación Familiar y SSR, consejería en PF, la prescripción del metodo anticonceptivo, tamizaje de violencia, etc.
- En los siguientes casilleros libre Toma de PAP, examen clinico de mamas y la consejeria para riesgo de cáncer

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

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la Toma de PAP deje en blanco
- En el casillero del examen de mamas anote:
 - “N” si es normal
 - “A” si es anormal
- En el casillero de la consejería el número de sesión 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	22635	1	San Martín de Porres	22	☒	M	PC	PESO	☒	☒	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208	
	17034133	58			M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒	R	1	99402.04	
					D		Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	☒	R	1	99208.13	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Violencia	P	☒	R	VIF	96150
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	☒	R	1	99402.12
					D		Hb	R	R	3. Toma de PAP	P	☒	R		88141	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Examen clínico de mamas	P	☒	R	N	Z123
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	☒	R	1	99402.08
					D		Hb	R	R	3.	P	☒	R			

Cuando se tienen los resultados de PAP normal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado del resultado la letra “N” de normal.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208
	07033940	58			M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	☒	R	1	99402.08
					D		Hb	R	R	3. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	☒	R	N	88141

Cuando se tienen los resultados de PAP anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero consejería para riesgo de cáncer

- En el 3° casillero la evaluación y entrega de resultado
- En el 4° casillero el resultado del PAP positivo

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado del resultado la letra “A” de normal.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	19023136	58			M			TALLA					2. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1	99402.08
					D			Pab			Hb	R	R	3. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	D	R	A
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC			PESO	N	N	1. Displasia cervical leve	P	D	R	N870	
					M			TALLA			C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb			R	R	3.	P	D	R		

Cuando el examen clínico de mama es anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1° casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2° casillero examen clínico de mama
- En el 3° el resultado del examen clínico

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del examen clínico la letra “A” de normal
- En el casillero del nódulo de mama “RF” de referencia.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208	
	07033940	58			M			TALLA					2. Examen clínico de mama	P	D	R	A	Z123
					D			Pab			Hb	R	R	3. Nódulo en mama	P	D	R	RF

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA
- En los otros casilleros atención de planificación familiar y SSR, el método anticonceptivo prescrito, la toma de PAP, etc

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el 1er casillero marque siempre "R"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Infección de VIH sin SIDA	P	D	☒ R	Z21X1
					M			TALLA	C	C	2. Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	99208
	07033136	58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso del método oral combinado	P	D	☒ R	4 99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Toma de PAP	P	☒ D	R	88141
					M			TALLA	C	C	2. Examen clínico de mamas	P	D	R	N Z123
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1 99402.08

El diagnóstico preexistente de Infección por VIH debe registrarse con tipo de diagnóstico "R" siempre que se haga referencia a él en el registro, de lo contrario se estarían duplicando los casos ya existentes

CAPTACIÓN DE LA USUARIA

Definición Operacional: Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

Registre:

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

- En el 1º casillero Usuaría Captada
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el casillero del método anticonceptivo marque siempre "D" si la usuaria es nueva ó "R" si es continuadora en el método

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo anote el número de insumos entregados a la usuaria

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	Sn Martín de Porres	29	☒ M	PC		PESO	N	N	1. Usaria captada	P	☒ D	R	U161
					☒ M			TALLA	☒ C	☒ C	2. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R	99208
	07033136	58			☒ D	Pab		Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1 99402.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso del método oral combinado	P	☒ D	R	1 99208.13
					☒ M			TALLA	C	C	2. Toma de PAP	P	☒ D	R	88141
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3. Examen clínico de mamas	P	☒ D	R	N Z123
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	☒ D	R	1 99402.08
					☒ M			TALLA	C	C	2.	P	☒ D	R	
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	☒ D	R	

La definición operacional describe como Usaria Captada a aquella que una vez identificada se realiza la intervención, viene al establecimiento y OPTA POR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, no hay paciente captada si no opta por un método anticonceptivo.

Los registros que solo señalen “usaria captada” y no describan el método anticonceptivo elegido por la usaria NO SERÁN INGRESADOS EN EL SISTEMA HIS

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo	Código	Efectos Secundarios/Complicaciones
1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)	N912 R11X R51X	Efectos Colaterales: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
2. Anticonceptivos Hormonales Combinados de Depósito: Inyectable Combinado	N912 R11X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
3. Inyectables solo de Progestina:	N912 N914 N939 R58X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
4. Implantes solo de Progestina	N912 N914 N939 R58X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
5. Dispositivo Intrauterino (DIU)	N912 N943 T8331 N914 T8332 R58X	Efectos Secundarios/Complicaciones: a. Amenorrea b. Dismenorrea c. Expulsión de DIU d. Sangrado infrecuente e. Sangrado frecuente asociado a DIU) f. Sangrado prolongado

	T8333 T8334 T8335 T8336	g. DIU en Cavidad Abdominal h. DIU Extraviado i. Perforación Uterina j. Dolor Pélvico
6. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina	C678 R58X R102 N837 T81.4 T814	Complicaciones: a. Lesiones de la Vejiga o del Intestino b. Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo) c. Dolor de la incisión d. Hematoma subcutáneo e. Infección de Herida operatoria f. Fiebre postoperatoria
7. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculino	R60.0 R233 N50.1 T814 N492	Complicaciones: a. Inflamación severa b. Equimosis c. Hematoma d. Infección de la herida operatoria e. Granuloma a nivel de la herida

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 2º casillero el efecto secundario del método en uso de acuerdo a la especificación que se muestra en el cuadro anterior.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque en ambos casos "D"

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	201222	1	Sn Martín de Porres	38	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	☒	R	N912
	07033034	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Efecto secundario Inyectable Trimestral	P	☒	R	Y4252
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	120635	1	Sn Martín de Porres	32	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	☒	R	N912
	07033136	56			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Efectos secundario oral combinado	P	☒	R	Y4241
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	40635	1	Sn Martín de Porres	22	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	☒	R	N912
	02033136	40			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Efectos secundarios de inyectable mensual	P	☒	R	Y4251
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	60635	1	Sn Martín de Porres	34	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	☒	R	N912
	05033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Efectos secundarios del Implante	P	☒	R	Y4253
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	

COMPLICACIONES DIU

Las complicaciones que no estén confirmadas deberán ser registradas con tipo de diagnóstico Presuntivo “P”

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	San Martín de Porres	24	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Sangrado anormal asociado a DIU	P	☒	R	T8332
					☒	M					TALLA	☒	☒	2.	P	D	R
	07033136	58			☒	D	Pab				Hb	R	R	3.	P	D	R

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	54722	1	Camaná	29 A	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Complicaciones DIU con perforación uterina	P	☒	R	T8335
					☒	M					TALLA	☒	☒	2.	P	D	R
	69170444	58			☒	D	Pab				Hb	R	R	3.	P	D	R

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	1899	1	Sullana	32	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Dolor pélvico asociado a DIU	P	☒	R	T8336
					☒	M					TALLA	C	C	2.	P	D	R
	34200183	58			☒	D	Pab				Hb	☒	☒	3.	P	D	R

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	60635	1	Sn Martín de Porres	34	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	☒	R	N912
					☒	M					TALLA	☒	☒	2. Complicaciones del DIU	P	☒	R
	05033136	58			☒	D	Pab				Hb	R	R	3.	P	D	R

FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal

En el ítem: Lab anote en la Atención Prenatal “1” de la primera atención.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	20635	1	San Martín de Porres	38	☒	M	PC			PESO	N	N	1. Falla de método oral combinado	P	☒	R	Z33X21	
					☒	M					TALLA	☒	☒	2. Atención Pre Natal 10 semanas	P	☒	R	1
	07033136	56			☒	D	Pab				Hb	R	R	3.	P	D	R	

ENTREVISTA DE TAMIZAJE

Definición Operacional: Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas y/o trastornos de Salud Mental en la población.

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

- En el 3º casillero la Entrevista de Tamizaje de violencia

En el ítem: Lab anote la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

- VIF**= Violencia Intrafamiliar
- VSX**= Violencia sexual

Cuando el Tamizaje es Negativo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	381544	1	Puno	30	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R		99208
	10373036	02			☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1	99402.04
			☒ D		Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	☒ D	R	1	99208.13	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ A	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Violencia	P	☒ D	R	VIF	96150
					☒ M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	D	R	1	99402.12
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO

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

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero Anticoncepción de Emergencia/Progestágeno

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero el número de Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero el número de **BLISTER ENTREGADOS** a la usuaria

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	381544	1	Puno	30	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación para AE	P	☒ D	R	1	99402.03
	10373036	02			☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Anticonceptivo de Emergencia / Progestágeno	P	☒ D	R	1	99208.12
			☒ D		Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO EN VIOLENCIA SEXUAL

Kit para la atención de casos de violencia sexual

A nivel de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del I-1 al I-3 (kit mínimo):

PRODUCTO	CANTIDAD
Levonogestrel 0.75mg – Blíster por 02 tabletas.	01
Prueba rápida para Hepatitis B	01

Prueba rápida Duales VIH/SIFilis	01
Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT adulto) ⁽²⁾	01
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml	02
Azitromicina 500 mg – tableta ⁽³⁾	02
Penicilina Benzatínica 2400000 UI inyectable	01
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) ⁽⁴⁾	01
Preservativos sin Nonoxinol	20

⁽¹⁾ De no contar con este producto dual, considerar pruebas por separado.

⁽²⁾ Considerar su aplicación dentro de las 24 horas de la atención.

⁽³⁾ Disponibilidad y uso a partir de establecimientos I-3 y con prescripción del personal de salud competente.

⁽⁴⁾ Disponibilidad y uso a partir de establecimientos I-3.

A nivel de los Establecimientos I-4 y Hospitales del segundo y tercer nivel (kit completo):

PRODUCTO	CANTIDAD
Levonogestrel 0.75mg – Blíster por 02 tabletas.	01
Prueba rápida para Hepatitis B	01
Prueba rápida Duales VIH/SIFilis	01
Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT adulto)	01
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml (02)	03
Azitromicina 500 mg – tableta	02
Penicilina Benzatínica 2400000 UI inyectable	01
Cefixina 400mg o Ceftriaxona 1g – inyectable	01
Emtricitabina 200mg+ Tenofovir 300 mg - tableta⁽²⁾	30
Lopinavir/ritonavir 200/50 mg. (LPV/r)	120
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) ⁽⁴⁾	01
PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL	20

⁽¹⁾ De no contar con pruebas duales, considerar pruebas por separado.

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

- En el 1º casillero la Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero Anticoncepción de Emergencia/Progestágeno
- En los otros casilleros las actividades comprendidas en el KIT de acuerdo al nivel del EESS: tamizaje con pruebas rápidas, consejería, provisión de preservativos
- En el último casillero en blanco la administración de tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Consejería/Orientación para AE
- En el 2º casillero registro el número de **BLISTER ENTREGADO** a la usuaria
- En el casillero de Administración de tratamiento anote “TA” cuando se entrega todo el Kit completo en la primera atención
- En el casillero de la última fila libre anote “**VSX**” de Violencia Sexual

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MI NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			LAB.	CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NI A	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	381544	1	Puno	21	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación para AE	P	☒ D	R	1	99402.03	
	10373036	02			☒ F	Pab	TALLA	C	C	2. Anticonceptivo de Emergencia / Progestágeno	P	☒ D	R	1	99208.12	
						D		Hb	R	R	3. Consejería Pre Test para VIH	P	☒ D	R		99401.33
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	☒ D	R	RP	86703
					☒ M		TALLA	C	C	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	☒ D	R		99403.34	
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3. Anticuerpo treponema pallidum	P	☒ D	R	RN	86780
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	☒ D	R	RN	87342
					☒ M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	☒ D	R		99402.05	
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3. Administración de tratamiento	P	☒ D	R	TA	99199.11
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	☒ D	R	VSX	
					☒ M		TALLA	C	C	2.	P	☒ D	R			
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	☒ D	R		

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

Definición Operacional: Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido tres (03) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo (una dosis de 1 mg de ácido fólico al día), tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote las actividades como la Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, suplementación con ácido fólico, Toma de PAP, Tamizaje de VIH, Sífilis, etc.

En el ítem: **Lab** correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, 3 según corresponda.

- En el casillero del Examen de mama
 - N si es Normal
 - A si es Anormal
- En el casillero de la consejería nutricional el número de sesión 1, 2, 3... según corresponda
- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional "IMC" para indicar que la evaluación es el resultado del índice de mas corporal
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2 y del Anticuerpo treponema pallidum, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es no reactivo

En el ítem: **código CIE/CPT**, anote claramente:

- En el casillero de la atención preconcepcional 1º Supervisión de embarazo

- Atención preconcepcional (18 a 39 años) **99385.02**
- Atención preconcepcional (> 40 años) **99386.02**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA ECEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	84455	1	San Martín de Porres	24	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	☒ D	R	1	99385.02	
	07033136	58			☒ M	Pab	TALLA	☒ C	☒ C	2. Sobrepeso	P	☒ D	R	IMC	E660	
					☒ D			R	R	3. Examen de mamas	P	☒ D	R	N	Z123	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de ácido fólico	P	☒ D	R	1	59401.03
					☒ M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	☒ D	R	1	99403.01
					☒ D		Hb	R	R	3. Tamizaje de Violencia	P	☒ D	R	VIF	96150	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación de prevención de violencia basada en género	P	☒ D	R	1	99402.12
					☒ M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	☒ D	R		99401.33
					☒ D		Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	☒ D	R	RN	86703	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	☒ D	R		99401.34
					☒ M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Anticuerpo treponema pallidum	P	☒ D	R	RN	86780
					☒ D		Hb	R	R	3. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	☒ D	R	RN	87342	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	☒ D	R		99402.05
					☒ M	F	Pab	TALLA	C	C	2.	P	☒ D	R		
					☒ D		Hb	R	R	3.	P	☒ D	R			

En la siguiente Atención preconcepcional, anote:

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote las actividades como la suplementación con ácido fólico, consejería en salud sexual y reproductiva, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional 2,3 según corresponda
- En el 2º casillero suplementación del ácido fólico el número 2, según corresponda la entrega de los comprimidos

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	☒ D	R	2	99385.02
					☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Suplementación de ácido fólico	P	☒ D	R	2	59401.03
	07033136	58			☒ D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	☒ D	R	¿	99402.03

TAMIZAJE PARA VIH EN MEF

CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 1º casillero Consejería Pre test para VIH
- En el 2º casillero Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único **(El prestador podrá escribir "Tamizaje de VIH" para la abreviatura del procedimiento)**
- En el 3º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
 - NO REACTIVO 99401.34**
 - REACTIVO 99403.03**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒ M	PC	PESO	☒ N	☒ N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R		99208
					☒ M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en PF	P	☒ D	R	1	99402.04
	07033136	58			☒ D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método oral combinado	P	☒ D	R	1	99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					☒ A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	☒ D	R	99401.33
					☒ M		TALLA	C	C	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	☒ D	R	RN	86703
					☒ D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	☒ D	R	99401.34

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒ M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒ D	R		99208
					☒ M		TALLA	☒ C	☒ C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	☒ D	R		99401.33
	07033136	58			☒ D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

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

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	22	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación Familiar y SSR	P	☒	R	99208
	07033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	☒	R	99401.34
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	

B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

VISITA DOMICILIARIA

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento de la usuaria que no acude a recibir los insumos anticonceptivos correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado).

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635		San Martín de Porres	22	☒	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	☒	R	Z309
	07033136	58			☒	M	Pab	TALLA	☒	☒	2. Visita Familiar Integral	P	☒	R	2
					☒	D		Hb	R	R	3.	P	D	R	

Consideraciones:

- Las visitas de seguimiento serán programadas por el personal de salud, no existe restricciones en el ingreso para el número de visitas por paciente.
- Las visitas de seguimiento de pacientes al ser programadas deben contar con los datos del paciente en seguimiento por lo que NO DEBE OMITIRSE HC, DNI, Procedencia, etc.
- Las visitas de seguimiento de pacientes SIEMPRE deben tener el MOTIVO de la visita, NUNCA se registra "Visita Familiar Integral" sola.

SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

Definición Operacional: Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, **NO SE REGISTRAN**, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP141 Actividades con Adolescentes
- APP162 Actividades con Jóvenes
- APP142 Actividades con Adultos
- APP144 Actividades con Docentes
- APP151 Actividades en Mujeres
- APP152 Actividades en Gestantes
- APP153 Actividades en Puerperas

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar

En el ítem: Lab anote el número de participantes en el primer casillero.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NI A	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	APP151				A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	☒	R	18	C0009
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	☒	R		U0033
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

