REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ETAPA DE VIDA NIÑO

2013

ETAPA DE VIDA NIÑO
ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
Z001	Control del RN / Control CRED del niño.
Z138	Tamizaje de Neonatal (Examen de Pesquisa Especial para otras Enfermedades y Trastornos Especificados)
Z017	Tamizaje de Anemia (Examen de Lab)
Z119	Descarte de Parasitosis (Examen de Pesquisa Especial para Enfermedades Infecciosas y Parasitarias no Especificada)
Z292	Administración de quimioprofilaxis antiparasitaria
Z298	Administración del Sulfato Ferroso
Z298	Administración Vitamina A
Z298	Administración de Zinc
Z298	Administración de Micronutrientes (polvo)
Z391	Lactancia Materna Exclusiva (LME)
Z0017	Alimentación Complementaria (sin clasificar)
Z724	Ganancia Inadecuada de Peso / Talla
E660	Sobrepeso (Obesidad debido a exceso de calorías)
E440	Desnutrición Aguda (proteico calórica moderada)
E45X	Talla Baja (Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica)-Desnutrición Crónica
E669	Obesidad, no especificada
Z006	Niño Normal (Evaluación Nutricional y del Desarrollo)
E343	Enanismo (para ser usado por personal no médico)
E40X	Kwashiorkor
E41X	Marasmo nutricional
E42X	Kwashiorkor marasmático
E43X	Desnutrición Severa (proteicocalórica severa)
E344	Talla Alta (Estatura Alta Constitucional)
D509	Anemia por deficiencia de Hierro, sin especificación
P051	Pequeño para la edad gestacional

Código	Diagnóstico / Actividad
P081	Grande para la Edad Gestacional
P070	RN de Peso Extremadamente Bajo
99460	Atención Inmediata del Recién Nacido
P0711	RN de Muy Bajo Peso
P0712	RN Bajo Peso al nacer
P080	RN Macrosómico
F82X	Trastorno/Déficit del Desarrollo
R620	Trastorno/Déficit en 02 o más áreas del desarrollo (Retardo del Desarrollo)
C8002	Plan de atención Integral de salud
99403	Consejería Nutricional
99209	Atención en Nutrición
99411	Sesión de Estimulación Temprana
99344	Visita Domiciliaria
C0010	Sesión Demostrativa
C0009	Sesión Educativa
C7003	Evaluación
C7002	Supervisión
C7004	Asistencia Técnica
C0006	Taller para comunidad
99401	Consejería Integral
C0008	Taller para personal de salud
99404	Consejería Especial (VIH / Salud Mental)
U0040	Atención Integral del Niño
APP140	Actividades en Niños
APP100	Establecimiento de Salud
APP138	Agente Comunitario en Salud

PERIODICIDAD DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién Nacido	2	7º y 15º día de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22meses
De 24 a 59 meses	4	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, y 57 meses.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO
El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales
Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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 Lab. Su carácter es provisional.

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

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

Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el item día hasta el de servicio y deje en blanco.
Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral del niño se obligatorio su inclusión en el registro HIS para complementar la información de la etapa de vida.
El Tamizaje Neonatal (para Enfermedades Metabólicas) será registrado cuando se realice el procedimiento de la toma de muestra, cuando se cuente con el resultado se registrará durante los controles el resultado.

El registro de los niños será grupal, debiendo registrarse de acuerdo al día en que se realiza la atención.

Para el registro anote:
En el ítem Historia Clínica/Ficha Familiar anote:

- APP140 Actividades con niños

Los ítems: DNI, Financiador y Etnia debe ir en blanco por ser un registro grupal.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Atención Inmediata del RN 99460
- En el 2º casillero Tamizaje Neonatal Z138

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero SIEMPRE "P" [Por ser la orden y aun no contar con el resultado]

En el ítem Lab, para ambos casos, anote el número de niños a los que se les realizó la actividad.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
08	APP140			San Martín de Porres		M	N	N	1. Atención Inmediata del RN	P	X	R	8	99460
							C	C	2. Tamizaje Neonatal (toma de muestra)	X	D	R	8	Z138
						F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando se tenga el resultado del Tamizaje

El registro de los resultados del tamizaje se realizará de manera individual, niño por niño, durante los controles de CRED.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
26	265776	2	80	San Marcos	15D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	2	Z001
							X	X	2. Tamizaje Neonatal	P	X	R		80099
	26553889					F	R	R	3.	P	D	R		

Si el tamizaje es positivo derivará en un diagnóstico.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El control de Crecimiento y Desarrollo es una de las principales actividades realizadas a los niños y niñas entre 01 día y 11 años por lo que los lineamientos de registro y codificación descritos a continuación se basan en la normatividad vigente.

Plan de Atención Integral

El Plan de Atención Integral se registra en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan de acuerdo a la edad del niño y de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero el Plan de Atención Integral de Salud C8002

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" para ambos casos.

Elaboración de Plan Atención Integral

En el ítem Lab del 2º casillero registre el número **1** cuando se elabora el Plan de Atención Integral.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	97565	1	80	San Martín de Porres	7 D	M	X	X	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	**1**	Z001
							C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	X	R	**1**	C8002
	89526224					F	R	R	3.	P	D	R		

Plan Ejecutado

En el ítem Lab anote **TA** cuando termine con todas las actividades programadas del plan elaborado.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Martín de Porres	11 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	11	Z001
							C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	**TA**	C8002
	89526270					F	R	R	3.	P	D	R		

DETECCIÓN DE ANEMIA Y PARASITOSIS

La detección de anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de Laboratorio de acuerdo a norma técnica vigente.

Descarte de Anemia: El procedimiento se inicia solicitando el examen de laboratorio con una orden, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico **"P".**

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia Z017

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque D
- En el 2º casillero marque P **(indica que se generó la orden)**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
							C	C	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
	74000850					F	R	R	3.	P	D	R		

<u>Cuando se cuenta con el resultado</u>

Solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo), lo que indica expresamente que se realizo el examen de Laboratorio.

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia Z017

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **D** (**indica el resultado**)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6M	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
							C	C	2.	P	D	R		
	74000622					F	R	R	3.	P	D	R		

<u>En los EESS en los el examen se hace en el consultorio de CRED</u>

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia Z017

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque D

- En el 2º casillero marque D **(ya que el resultado se tendrá de inmediato)**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	7	Z001
							X	X	2. Tamizaje de Anemia	P	X	R		Z017
	74000452					F	R	R	3.	P	D	R		

<u>En los EESS en los que el examen se realiza en el Laboratorio:</u>

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia Z017

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque D
- En el 2º casillero marque P (indica que se generó la orden)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6 M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001
							X	X	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
	74000850					F	R	R	3.	P	D	R		

<u>Cuando se cuenta con el resultado</u>

Al momento en que el niño retorna al servicio (puede ser el mismo día u otro día antes del siguiente control) con el resultado, solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo).

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia **Z017**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **D** (**indica el resultado**)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
2	65478	2	80	San Martín de Porres	6M	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	P	X	R		Z017
							X	X	2.	P	D	R		
	74000622					F	R	R	3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE ANTIPARASITARIOS

Actividad desarrollada de acuerdo a norma técnica vigente.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de antiparasitarios **Z292**

En el ítem: Tipo de diagnóstico **EN AMBOS CASOS** marque siempre **"D"**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control, 1, 2, 3…. según corresponda
- En el 2º casillero el número de la administración del antiparasitario; 1 ó 2, según corresponda.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	84454	1	80	Callao	2 A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001
							C	C	2. Administración de Antiparasitarios	P	X	R	1	Z292
	07909101					F	R	R	3.	P	D	R		

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Condición que <u>se registra SOLO a los seis (06) meses</u>. Se registrará solo si el niño recibió Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses.

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Lactancia Materna Exclusiva **Z391**

En el ítem: Tipo de diagnóstico EN AMBOS CASOS marque siempre "D"

En el ítem Lab correspondiente al Control CRED, anote el número de control 1, 2… según corresponda.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	84454	1	80	Callao	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001
							C	C	2. Lactancia Materna Exclusiva	P	X	R		Z391
	07909101					F	R	R	3.	P	D	R		

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

PARA <u>TODOS LOS CASOS</u> DE SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES SE UTILIZARÁ EL CÓDIGO CIE10 "Z298" LA DIFERENCIACIÓN DEL TIPO DE SUPLEMENTO USADO SERÁ A TRAVÉS DEL REGISTRO EN EL CAMPO "LAB"

a) Administración del Sulfato Ferroso:

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes Z298

En el ítem: Tipo de diagnóstico para los casos marque **SIEMPRE "D"**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control, 1, 2, 3…. según corresponda
- En el 2º casillero el número de la administración de Micronutrientes
  - **SF1** para indicar el 1º frasco entregado
  - **SF2** para indicar el 2º frasco entregado
  - **SF3** para indicar el 3º frasco entregado
  - **SF4** para indicar el 4º frasco entregado
  - **SF5** para indicar el 5º frasco entregado, según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001
							C	C	2. Administración Micronutrientes	P	X	R	SF1	Z298
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

Suplemento con Vitamina A:
Esta actividad será desarrollada de acuerdo a norma técnica vigente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo **Z001**
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes **Z298**

En el ítem: Tipo de diagnóstico para ambos casos marque SIEMPRE "**D**"

En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero el número de control, 1, 2, 3…. según corresponda
- En el 2º casillero el número de **DOSIS** entregados identificado con las siglas **VA1** o **VA2**…. según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	8	Z001
						X	X	X	2. Administración Micronutrientes	P	X	R	VA1	Z298
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

b) Administración de Multimicronutrientes (Polvo):

Campo Lab	I Fase
1	1º Dosis
2	2º Dosis
3	3º Dosis
4	4º Dosis
5	5º Dosis
6	6º Dosis

Campo Lab	II Fase
7	7º Dosis
8	8º Dosis
9	9º Dosis
10	10º Dosis
11	11º Dosis
12	12º Dosis

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Administración de Micronutrientes **Z298**

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

En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero el número de Control de Crecimiento y Desarrollo 1, 2, 3…. según corresponda
- En el 2º casillero el número de **DOSIS** entregados **1**, **2**, **3**… **12**, según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001
						X	X	X	2. Administración Micronutrientes	P	X	R	1	Z298
	64054197					F	R	R	3.	P	D	R		

Si, el niño es llevado para su suplementación en una fecha que no le corresponde el control de CRED, SÓLO se registrará la administración del multimicronutriente indicando la dosis correspondiente en el campo Lab

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
20	35855-03	1	80	Comas	1A	M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	D	R	2	Z298
	64054982					F	C	C	2	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Si al Niño no le corresponde su Control de CRED se le puede programar una visita domiciliaria (ejemplo: para todas las opciones de MMN)

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
20	35855-03	1	80	Comas	2A	M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	D	R	3	Z298
	64054982					F	C	C	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
							R	R	3.	P	D	R		

Simulando un esquema de suplementación con diferentes tipos de suplemento nutricional tenemos:
Por ejemplo: Si un niño es suplementado las 03 primeras dosis con Multimicronutrientes y se le continúa la 4º y sucesivas con Sulfato Ferroso, en el registro tenemos:

Primera Suplementación con Multimicronutriente (polvo)

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
	64054279					F	C	C	2. Administración Micronutrientes	P	D	R	1	Z298
							R	R	3.	P	D	R		

Segunda Suplementación con Multimicronutriente (polvo)

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	7M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	7	Z001
	64054279					F	C	C	2. Administración Micronutrientes	P	D	R	2	Z298
							R	R	3.	P	D	R		

Tercera Suplementación con Multimicronutriente (polvo)

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
	64054279					F	C	C	2. Administración Micronutrientes	P	D	R	3	Z298
							R	R	3.	P	D	R		

Continuación de la Suplementación con Sulfato Ferroso

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	La Banda de Shilcayo	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	9	Z001
							C	C	2. Administración Micronutrientes	P	X	R	SF1	Z298
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

PARA EL REGISTRO DEL NIÑO(A) SUPLEMENTADO SE DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE A PARTIR DE LOS 06 MESES (180 días) DE TOMAR FIERRO (en cualquiera de sus formas) DEBERÁ REGISTRAR (para la edad que corresponda):

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	1A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001
							C	C	2. Administración Micronutrientes	P	X	R	TA	Z298
	64054197					F	R	R	3.	P	D	R		

REGISTRO EN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO:

Cuando el niño o niña no acude al control de CRED y se realiza la visita:

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

- En el 1º casillero Consulta para Atención y Supervisión de la Salud de otros Niños o Lactantes Sanos
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

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

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero el número de visita realizada 1, 2, 3… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
26	60341	2	80	Puno	1A	M	N	N	1. Consulta para Atención y Supervisión de la Salud de otros Niños o Lactantes Sanos	P	X	R		Z762
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	X	R	1	99344
	40561974					F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando se realiza la visita para verificación del consumo de la suplementación (sulfato ferroso o multimicronutriente):

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

- En el 1º Supervisión de Administración de Micronutrientes
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero **SIEMPRE EN BLANCO**
- En el 2º casillero el número de visita realizada 1, 2, 3… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
26	60341	2	80	Puno	1A	M	N	N	1. Supervisión de la Administración de Micronutrientes	P	X	R		Z298
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	X	R	1	
	64054197					F	R	R	3.	P	D	R		

ANOTACIONES:

- **Para el caso de las visitas siempre en el 1º casillero se deberá registrar el motivo de la visita.**
- **El registro de la suplementación SOLO irá con el campo Lab EN BLANCO PARA LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN y se utilizará el mismo código.**
- **En el registro NO se diferenciará el tipo de suplementación que se está verificando en la visita, por eso el campo Lab siempre debe ir en BLANCO.**
- **NO SE DEBE UTILIZAR EL CÓDIGO DE SUPLEMENTACIÓN CON TIPO DE DIAGNÓSTICO "R" (REPETIDO) POR NINGÚN MOTIVO, ESTO CONSTITUYE UN ERROR DE REGISTRO.**

REGISTRO DE LA CONDICIÓN DEL CRECIMIENTO, EL ESTADO NUTRICIONAL.

Como resultado de la actividad "Control de crecimiento y desarrollo" se debe registrar la condición del crecimiento, el estado nutricional y condición del desarrollo psicomotor, la clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

a. En el Recién Nacido de 01 día a 28 días.

En el primer control del recién nacido se debe registrar la *clasificación del estado nutricional al nacimiento*, además de la *condición del crecimiento (ganancia de peso)* en el momento del control, de acuerdo a normatividad vigente.

Peso al Nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
< 1000 gramos	Extremadamente bajo	**P070**
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	**P0711**
1500 a 2499	Bajo peso al nacer	**P0712**
de 2500 a 4000 gramos	Normal	**Z006**
> 4000 gramos	Macrosómico	**P080**

- **La condición del Peso al Nacer solo se registrará en el primer control del RN, después del alta (se determina con los datos del nacimiento).**
- **En los siguientes controles de los recién nacidos de bajo peso la condición de bajo peso se registra como tipo de diagnóstico "R" Repetido hasta su recuperación.**

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

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero el **RESULTADO** de la clasificación del Estado Nutricional
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control 1,
- En el 2º casillero libre
- En el 3º casillero el número de Consejería Nutricional

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	96470	2	80	Callao	7D	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
							C	C	2. RN Bajo peso al nacer	P	D	R		P0712
	83546921					F	R	R	3. Consejería nutricional	P	D	R	1	99403

En las atenciones sucesivas, cuando no coincide con un nuevo control de crecimiento y desarrollo solo se registrara la condición al nacimiento o la condición del crecimiento de acuerdo a la normatividad vigente (Riesgo Nutricional, desnutrición aguda, etc.) y la actividad que se realiza (consejería).

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

- En el 1º casillero la condición de Recién nacido de bajo peso.
- En el 2º casillero la Consejería Nutricional

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	96470	2	80	Callao	15D	M	N	N	1. RN Bajo peso al nacer	P	D	R		P0712
							C	C	2.Ganancia inadecuada de peso	P	D	R	PE	Z724
	83546921					F	R	R	3. Consejería nutricional	P	D	R	2	99403

b. En los niños y niñas de 29 días a < 5 años.

La condición del crecimiento y la clasificación del estado nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla - riesgo nutricional, desnutrición, sobre peso, etc.) en el momento del control, se hace de acuerdo a normatividad vigente.

Ganancia Inadecuada de Peso y Talla

Se utiliza el Z724 para Ganancia Inadecuada de Peso y/ o Ganancia Inadecuada de Talla y la diferenciación se realizará en el campo LAB, registrando "PE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada PESO y "TE" cuando se trate de Ganancia Inadecuada TALLA.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso Z724
- En el 3º casillero Administración de micronutrientes Z298
- En el 4º casillero Consejería Nutricional 99403

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero PE
- En el 3º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	96470	2	80	S.J.L.	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
							C	C	2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	83546921					F	R	R	3.Administración de micronutrientes	P	D	R	3	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando el niño presenta, riesgo nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla), sobre peso, desnutrición, obesidad, etc., en el campo de diagnóstico, solo la primera vez, se registra como "D" y en los controles sucesivos se registra como "R" hasta su recuperación.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
16	96470	2	80	S.J.L.	8M	M	N	N	1. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
							C	C	2. Consejería nutricional	P	D	R	2	99403
	83546921					F	R	R	3.	P	D	R		

En Atenciones sucesivas:

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso Z724
- En el 3º casillero Administración de micronutrientes Z298
- En el 4º casillero Consejería Nutricional 99403

En el ítem: Tipo de diagnóstico registre:

- En el 1º, 3º y 4º casillero "D".
- En el 2º marque "R" (por ser un control)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero PE
- En los siguientes casilleros según corresponda las demás actividades realizadas en la atención

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	96470	2	80	S.J.L.	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	9	Z001
							C	C	2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	83546921					F	R	R	3. Administración de micronutrientes	P	D	R	4	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	4	99403
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo R629
- En el 3º casillero Administración de micronutrientes Z298
- En el 4º casillero Plan de Atención integral 99403
- En el 5º casillero Ganancia Inadecuada de Peso Z724

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 3º y 4º casillero marque "D"
- En el 2º y 5º casillero marque "**R**" (por ser controles)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero **PR** para indicar que está recuperado
- En el 3º casillero el número de la Suplementación 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero **TA** del término del Plan de Atención integral
- En el 5º casillero **PE**
- En el 6º casillero **PR** para indicar que está recuperado

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	96470	2	80	S.J.L.	11M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	11	Z001
							C	C	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	PR	F82X
	83546921					F	R	R	3. Administración de micronutrientes	P	D	R	6	Z298
							N	N	1. Plan de Atención Integral	P	D	R	TA	C8002
						M	C	C	2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
						F	R	R	3.				PR	

Solo registrará como "D" quién diagnostica o clasifica (CRED), en las atenciones sucesivas por el mismo diagnóstico realizadas por el mismo o cualquier otro profesional se registra como "R" hasta que el Niño o Niña se recupere

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	96470	2	80	Paras	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
							C	C	2. Normal	P	D	R		Z006
	83546921					F	R	R	3.	P	D	R		

Registro del Estado Nutricional diferente a la Ganancia Inadecuada (Riesgo)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

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

En el ítem Lab anote la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada

- **PE** Peso para la Edad
- **TP** Peso para la Talla
- **TE** Talla para la Edad

Para el campo de Consejería Nutricional el número de Consejería según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	47521	2	80	Paras	10M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	10	Z001
							C	C	2. Sobrepeso	P	D	R	PE	E660
	83546921					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	96470	2	80	Ocoña	3M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	3	Z001
							C	C	2. Desnutrición Aguda	P	D	R	TP	E440
	83546921					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	65656	2	80	Ocoña	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	2	Z001
							C	C	2. Desnutrición Severa	P	D	R	**TP**	E43X
	23497610					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	**1**	99403

REGISTRO DONDE HAY PROFESIONAL EN NUTRICIÓN:

El diagnostico de desnutrición se realiza en el control de CRED, y su manejo, se derivará al médico o nutricionista para su manejo.

El profesional en nutrición utilizará el registro de "***Atención en Nutrición***" que es una actividad específica para estos profesionales.

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

- En el 1º casillero Atención en nutrición 99209
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso Z724
- En el 3º casillero Consejería Nutricional 99403

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D".
- En el 2º casillero marque "R".
- En el 3º marque según las actividades.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de la consulta (atención) nutricional
- En el 2º casillero **PE**
- En el 3º casillero número de consejería 1, 2, 3,… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	D	R	1	99209
							C	C	2. Ganancia Inadecuada de Peso	P	D	R	PE	Z724
	87692467					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en Nutrición	P	D	R	3	99209
							C	C	2. Desnutrición Aguda	P	D	R	TP	E440
	87692467					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	569872	2	80	LIMA	7M	M	N	N	1. Atención en nutrición	P	D	R	4	99209
							C	C	2. Desnutrición Aguda	P	D	R	**TP**	E440
	87692467					F	R	R	3.	P	D	R	**PR**	

RECUERDE: SE REGISTRA "NORMAL" CUANDO EN LOS TRES INDICADORES PE, TP, TE, SON NORMALES Y EL CRECIMIENTO TIENE UNA TENDENCIA ADECUADA Y SE REGISTRA CADA VEZ QUE SE ENCUENTRA ESTA CONDICIÓN

REGISTRO DE LA CONDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los hallazgos durante el control de CRED están definidos como la identificación de Trastorno (01 a 30 meses) o Déficit (de 03 a 04 años). Para ambos casos se utilizará el código F82X "Trastorno/Déficit del Desarrollo" (CIE10) y se diferenciará el registro por el grupo de edad, además se deberá indicar el área con déficit identificado en la evaluación, debiendo utilizar el R620 "Retardo del Desarrollo" (CIE10) cuando el niño presente más de un área afectada.

El desarrollo psicomotor se evalúa, clasifica y se realiza el seguimiento de acuerdo a normatividad vigente y se registra de la siguiente forma:

a. Niños de 01 a 30 meses

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo F82X

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

En el ítem Lab: en blanco

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el Área del Lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el Área Motora
  - **SOC** Trastorno en el Área Social
  - **COO** Trastorno en el Área de Coordinación
  - **COG** Trastorno en el Área Cognitiva / Aprendizaje

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	6M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	6	Z001
						X	C	C	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	MOT	F82X
	89526224					F	R	R	3.	P	D	R		

En atenciones sucesivas:

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo F82X

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D".
- En el 2º casillero marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el Área del Lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el Área Motora
  - **SOC** Trastorno en el Área Social
  - **COO** Trastorno en el Área de Coordinación
  - **COG** Trastorno en el Área Cognitiva / Aprendizaje

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	7M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	7	Z001
						X	C	C	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	MOT	F82X
	89526224					F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Niño es RECUPERADO

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Trastorno del Desarrollo **F82X**

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D".
- En el 2º casillero marque "R" recuperado

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Trastorno en el Área del Lenguaje
  - **MOT** Trastorno en el Área Motora
  - **SOC** Trastorno en el Área Social
  - **COO** Trastorno en el Área de Coordinación
  - **COG** Trastorno en el Área Cognitiva / Aprendizaje
- En el 3º casillero: "**PR**" que indica **RECUPERADO**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	9M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	9	Z001
						F	E	E	2. Trastorno del Desarrollo	P	D	R	MOT	F82X
	89526224						R	R	3.	P	D	R	PR	

b. Niños de 03 y 04 años

Para los niños con déficit del desarrollo, en el registro se incluirá el detalle del área afectada diferenciando en el campo Lab el área afectada.

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo F82X

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque SIEMPRE "D"
- En el 2º casillero marque "D" la primera vez que detecte un déficit

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit con las siguientes siglas:
  - **LEN** Déficit el Área del Lenguaje
  - **MOT** Déficit en el Área Motora
  - **SOC** Déficit en el Área Social
  - **COO** Déficit en el Área de Coordinación
  - **COG** Déficit en el Área Cognitiva / Aprendizaje

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
						F	E	E	2. Déficit del Desarrollo	P	D	R	**LEN**	F82X
	89526224						R	R	3.	P	D	R		

En atenciones sucesivas:

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo F82X

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero MARQUE "D".
- En el 2º casillero MARQUE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero la sigla que corresponda al área con déficit

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	2	Z001
	89526224					F	C	C	2 Déficit del Desarrollo	P	D	R	LEN	F82X
							R	R	3.	P	D	R		

Si la atención se diera fuera del control de CRED

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Déficit del Desarrollo	P	D	R	LEN	R629
	89526224					F	C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo Z001
- En el 2º casillero Déficit del Desarrollo F82X

En el ítem: Tipo de diagnóstico

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control CRED 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero "**PR**" que indica **RECUPERADO**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	**3A**	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	4	Z001
	89526224					F	C	C	2 Déficit del Desarrollo	P	D	R	LEN	F82X
							R	R	3.	P	D	R	PR	

SINO SE REGISTRAR "PR" NO SE PODRÁN CONTABILIZAR LOS NIÑOS Y NIÑAS RECUPERADOS

Cuando el Niño o Niña tiene más de un Trastorno / Déficit

SOLO cuando el niño o niña presente ***más de un trastorno o déficit*** durante la evaluación utilizará el código R620 Déficit (Retardo) del Desarrollo y ya no será necesario registrar en el campo Lab el área afectada, se asumirá que aquellos niños con más de un área afectada serán registrados y codificados con R620 Trastorno / Déficit (Retardo) del Desarrollo.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	97565	1	80	San Juan de Lurigancho	3A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	1	Z001
	89526224					F	E	E	2. Déficit del Desarrollo	P	D	R		R620
							R	R	3.	P	D	R		

Para el registro de los Controles de los niños y niñas con Déficit del Desarrollo al igual que para el Trastorno del Desarrollo en los controles, tanto dentro como fuera del CRED, el tipo de diagnóstico "R" repetido.

Para el caso en que la Evaluación del Desarrollo sea NORMAL

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	96470	2	80	Paras	8M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	8	Z001
	83546921					F	E	E	2. Normal	P	D	R	ED	Z006
							R	R	3.					

Se registra "NORMAL" cuando de acuerdo a la norma técnica vigente cumple con esta condición, se registra cada vez que se encuentra esta condición.

SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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

- Sesión de Estimulación Temprana 99411

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

En el ítem Lab anote el número de sesión 1, 2, 3…. según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	4M	M	N	N	1. Sesión de Estimulación Temprana	P	D	R	3	99411
	64054279					F	E	E	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

LAS SESIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA SE REGISTRARÁN SEPARADAS DE LOS CONTROLES DE CRED.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Se registra cuando de acuerdo a la normatividad cumple con esta condición.

Para el registro de la Alimentación complementaria se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- Se registrará cuando el niño o niña empiece a ingerir alimentos diferentes a la leche materna, registrándose inicialmente **SOLO** el inicio de la alimentación complementaria, anotando en el campo Lab la sigla "**IA**" que indica Inicio de Actividad. Si fuera antes de los 06 meses se registrará de la misma manera
- Al siguiente mes de iniciada la Alimentación Complementaria recién se deberá registrar si estas es adecuada o no utilizando en el campo Lab las sigla "**AA**" y "**AI**" para indicar Alimentación Adecuada o Inadecuada según corresponda.

Si iniciara antes de los 06 meses
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- En el 2º casillero: **IA** de Inicio de Actividad

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	4M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	4	Z001
							C	C	2. Alimentación Complementaria	P	D	R	**IA**	Z0017
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

En niño(a) que inicie Alimentación Complementaria Precoz se registra en el mes de inicio de la Alimentación Complementaria con la sigla "IA" en el campo Lab y al mes se evalúa si es o no adecuada.

Si iniciara después de los 06 meses
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- En el 2º casillero: **IA** de Inicio de Actividad

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	7M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	7	Z001
							C	C	2. Alimentación Complementaria	P	D	R	**IA**	Z0017
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

En el siguiente control se evalúa
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab, anote según corresponda:

- Alimentación Adecuada = **AA**
- Alimentación Inadecuada = **AI**

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	35855-03	1	80	Comas	7M	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	7	Z001
							C	C	2. Alimentación Complementaria	P	D	R	AA	Z0017
	64054279					F	R	R	3.	P	D	R		

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Si en CRED ya se diagnóstico como Definitivo (D) el riesgo, desnutrición, sobrepeso u obesidad, el personal que realiza la consejería debe registrar como Repetido (R) el diagnóstico, mientras que la Consejería siempre es Definitiva (D).

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

- En el 1º casillero Control CRED
- En el 2º casillero el Diagnostico encontrado (De acuerdo a la evaluación antropométrica)
- En el 3º casillero la Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

- En el 1º casillero "D" cuando se DETECTA por primera vez, las siguientes veces que se atienda por la misma morbilidad el diagnóstico se registra con "R"
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "D"

En el Ítem Lab anote para:

- En el 1º casillero Control de CRED en número de control 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicador que corresponda PE, TP o TE
- En el 3º casillero Consejería Nutricional el número de sesiones 1, 2, 3… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	85426	2	80	Santa Rosa	1A	M	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	D	R	2	Z001
							C	C	2. Desnutrición Aguda	P	D	R	TP	E440
	10150776					F	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

IRA NO COMPLICADA

Código	Diagnóstico / Actividad
J069	No neumonía (usado por personal no médico)
J00X	Resfrío común, Rinofaringitis aguda
J029	Faringitis aguda no especificada
J209	Bronquitis Aguda
J040	Laringitis Aguda
J041	Traqueítis Aguda
J042	Laringotraqueitis aguda
J019	Sinusitis Aguda no especificada
J020	Faringitis estreptocócica, Faringoamigdalitis estreptocócica, Faringoamigdalitis purulenta aguda (FAPA).
J028	Faringitis aguda viral.
J030	Amigdalitis estreptocócica.
H669	Otitis media aguda (OMA)
H660	Otitis media supurativa aguda
ASMA/SOB	
J450	Asma predominantemente alérgica
J459	Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: leve, moderada, severa)
J46	Estatus Asmático/Asma aguda severa
J448	SOBA (grado de severidad: leve moderado y severo)
J449	Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)

IRA CON COMPLICACIONES

Código	Diagnóstico / Actividad
A379	Tos ferina no especificada
J180	Bronconeumonía no especificada
J189	Neumonía no especificada (para ser usado también por personal no médico)
J181	Neumonía lobar no especificada
J129	Neumonía viral no especificada
J13X	Neumonía debida a Streptococus Pneumoniae
J14X	Neumonía debida a Haemophilus Influenzae
J159	Neumonía bacteriana no especificada
J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos
J219	Bronquiolitis no especificada (grado de severidad: leve, moderada y severa)
J050	Crup (grado de severidad: leve, moderado y severo)
J051	Epiglotitis
J90X	Derrame Pleural no clasificado en otra parte
J851	Absceso del Pulmón
J86	Empiema (Piotórax, abseso de pleura, tórax)
J10	Influenza
J11	Influenza de virus no identificado
J939	Neumotórax no especificado (ligado a proceso neumónico)
J188	Neumonía grave/Enfermedad muy grave (para ser usado por personal no médico)

ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

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

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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

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

En las Atenciones realizadas por el Médico

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
16	97245	2	80	Cusco	1A	M	N	N	1. Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	P	D	R		J020
	84521475					F	E	E	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

En las Atenciones realizadas por el Profesionales no Médicos o Técnicos

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	2244	2	80	La Merced	1A	M	N	N	1. No Neumonía	P	D	R		J069
	35246895					F	E	E	2. Desnutrición Aguda	P	D	R	**TP**	E440
							R	R	3.	P	D	R		

En los Controles de las Infecciones respiratorias agudas: Registre:

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

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
26	53230	2	80	Coracora	1A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R	1	J189
	78645511					F	E	E	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Control se hace en el domicilio: Registre:

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

- En el 1º casillero Visita Domiciliaria
- En el 2º casillero la Morbilidad

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
26	53230	2	80	Coracora	1A	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R	1	J189
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
	78645511					F	R	R	3.	P	D	R		

En la Bronquitis Aguda

Considere en:

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	3570	2	80	La Punta	5A	M	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	D	R		J209
							C	C	2.	P	D	R		
	81240004					F	R	R	3.	P	D	R		

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

En Niños menores de 05 años

Considerar los siguientes códigos:

- J450 Asma predominantemente alérgica
- J459 Asma no especificada: Crisis Asmática (grado de severidad: leve, moderada, severa)
- J46X Estatus Asmático/Asma aguda severa,
- J448 SOBA (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: leve, moderado ó severo)
- J449 Asma no especificada y SOBA **(usado por personal no médico).**

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

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	33351-03	2	80	Cañete	1A	M	N	N	1. SOBA	P	D	R	MOD	J448
							C	C	2.	P	D	R		
	46284620					F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	22265	2	80	Cañete	3A	M	N	N	1. Crisis asmática	P	D	R	SEV	J459
							C	C	2.	P	D	R		
	41452475					F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	20245	2	80	Cañete	2A	M	N	N	1. Asma	P	X	R	LEV	J450
	41435675					F	C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Personal No Médico

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	33351-03	2	80	Cañete	1 A	M	N	N	1. SOBA	P	X	R		J449
	46284620					F	C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Nebulización: Para ser usado por el personal responsable

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "X"

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número de nebulizaciones realizadas

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	33351-03	2	80	San Juan de Miraflores	4M	M	N	N	1. Nebulización	P	X	R	3	94664
	46284620					F	C	C	2. SOBA	P	D	X		J449
							R	R	3.	P	D	R		

SI EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FUERA REALIZADO POR PERSONAS DIFERENTES, EL REGISTRO SE REALIZA DE FORMA SEPARADA, CADA PERSONAL DE SALUD REGISTRARÁ LA ACTIVIDAD QUE REALIZA.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
A051	Botulismo
A090	Diarrea Acuosa
A049	Diarrea Disentería (Infección Intestinal bacteriana, no Especificada)
A099	Persistente
A009	Cólera no especificada
A010	Fiebre tifoidea
A011	Fiebre paratifoidea A
A012	Fiebre paratifoidea B
A013	Fiebre paratifoidea C

Código	Diagnóstico / Actividad
A014	Fiebre paratifoidea no especificada
A020	Salmonelosis
A030	Shigelosis debida a Shiguella dysenteriae
A039	Shigelosis de tipo no especificado
E86X	Deshidratación / Depleción del volumen
A040	Infección debida a E. coli enteropatógena
A041	Infección debida a E. coli enterotoxigénica
A042	Infección debida a E. coli enteroinvasiva
A043	Infección debida a E. coli enterohemorrágica
A044	Otras Infección debida a E. coli, no especificada

Código	Diagnóstico / Actividad
A045	Enteritis debida a Campylobacter.
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana.
A060	Disentería amebiana aguda.
A062	Colitis amebiana no disentérica.

Código	Diagnóstico / Actividad
A079	Enfermedad intestinales debidas a protozoarios, No especificada
A080	Enteritis por rotavirus
A082	Enteritis por Adenovirus
A083	Otras enteritis virales
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación.
A069	Amebiasis, no especificada

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

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

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

En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda, registre:

En el ítem: Diagnóstico **motivo de consulta y/o actividad de salud** anote claramente
- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero el tipo de deshidratación si tuviera

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **D**

EDA SIN COMPLICACIÓN: Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre el diagnóstico de la EDA

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
15	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8A	M	N	N	1 EDA Acuosa	P	D	R		A090
	46284620					F	E	E	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

EDA CON COMPLICACIÓN:

Es decir con Deshidratación o Shock, para lo cual registre el diagnóstico de la EDA seguido del tipo de deshidratación:
- Deshidratación (E86X – Depleción de Volumen)
- Shock Hipovolémico (R571 – Choque Hipovolémico)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
06	33351-03	1	80	San Juan de Miraflores	8A	M	N	N	1. EDA Acuosa	P	D	R		A090
	46284620					F	E	E	2. Deshidratación	P	D	R		E86X
							R	R	3.	P	D	R		

SOSPECHOSOS DE CÓLERA:

El sospechoso de Cólera se registra con el diagnóstico de Cólera y tipo de diagnóstico "P" (presuntivo)

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	33351-03 / 46284620	1	80	Lince	4A	M / F	N / C / R	N / C / R	1 Cólera 2. 3.	P D R P D R P D R		A009

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	33351-03 / 46284620	1	80	Lince	4A	M / F	N / C / R	N / C / R	1. Cólera 2. Shock Hipovolémico 	P D R P D R P D R		A009 R571

EDA DISENTÉRICA

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
17	33351-03 / 46284620	1	80	Lince	5A	M / F	N / C / R	N / C / R	1. Disentería 2. Deshidratación 3.	P D R P D R P D R		A049 E86X

EDA PERSISTENTE

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	33351-03 / 46284620	1	80	Lince	5A	M / F	N / C / R	N / C / R	1. Diarreica Persistente 2. Deshidratación 3.	P D R P D R P D R		A099 E86X

Para el registro del tratamiento de EDA con Zinc
En el establecimiento:

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	33351-03 / 46284620	1	80	Lince	5A	M / F	N / C / R	N / C / R	1. Diarreica Acuosa 2. Deshidratación 3. Administración de Tratamiento	P D R P D R P D R	**ZN**	A090 E86X U310

No se utilizará el código de Suplementación para el Zinc por ser el administrado como tratamiento para la EDA

Cuando el control se hace en el domicilio:

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "**R**"
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "**D**"

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero "**ZN**"
- En el 3º casillero el número de la visita 1, 2, 3… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	33351-03	1	80	Lince	5A	M	N	N	1. Diarreica Acuosa	P	D	R		A090
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	ZN	U310
	46284620					F	R	R	3. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344

Cuando el paciente está de Alta:

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	33351-03	1	80	Lince	5A	M	N	N	1. Diarreica Acuosa	P	D	R	TA	A090
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	ZN	U310
	46284620					F	R	R	3. Visita Domiciliaria	P	D	R	4	99344

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

Visita Domiciliaria.- (Seguimiento)

Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de auto diagnóstico y evaluación de las familias. En esta actividad se elabora el Plan Familiar.

Cuando se realiza la visita por primera vez:

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

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el Ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 1

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	98211	1	80	Arequipa	4M	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R		J189
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
	98980421					F	R	R	3.	P	D	R		

Cuando se hace Seguimiento

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

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el Ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de la visita 2, 3… según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
28	98211	1	80	Arequipa	4M	M	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R		J189
							C	C	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	2	99344
	98980421					F	R	R		P	D	R		

Reuniones de Sensibilización

Mediante esta actividad se convoca a los actores sociales de la comunidad con el propósito de brindar información y lograr compromisos para iniciar acciones de salud a favor de la población.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote los códigos que identificar al grupo a quien se dirige:

- Familia y Vivienda APP136
- Comunidad (Lideres / Autoridades) APP108
- Colegios (Profesores / Alumnos) APP93
- Municipios (Autoridades Municipales) APP104
- Establecimiento (Trabajadores de Salud) APP100
- Agentes Comunitarios APP138

Como se indica en el capítulo de generalidades, para las APP no se registran los ítems 9 DNI, 10 Financiador y 11 Etnia.

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

- En el 1º casillero Reunión de Sensibilización
- En el 2º casillero Actividades Etapa de Vida Niño

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes en las reuniones.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	APP136			Jaén		M	N	N	1. Reuniones de Sensibilización	P	D	R	19	U753
							C	C	2. Actividades Etapa de Vida Niño	P	D	R		U0040
						F	R	R	3.	P	D	R		

Sesión Demostrativa

Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes.

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	APP140			San Antonio de Putina		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	D	R	18	C0010
						F	C	C	2. Actividades de Atención Integral del Niño	P	D	R		U0040
							R	R	3.	P	D	R		

Taller de Capacitación para Personal de Salud

Es la actividad que vincula la teoría con la práctica, donde los participantes contribuyen al análisis de un tema especifico. Es el dirigido al personal de salud.

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

- En el 1º casillero Taller en Salud En el

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D" en ambos casos.

En el ítem Lab, anote el número de participantes.

DÍA	H.C. / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	APP140			San Antonio de Putina		M	N	N	1. Taller en Salud	P	D	R	17	C0008
						F	C	C	2. Actividades de Atención Integral del Niño	P	D	R		U0040
							R	R	3.	P	D	R		

Actividad que es registrada por el responsable de realizar el taller y se hace cuando finaliza la actividad.
Las ponentes que participan con temas específicos al interior del taller, registrarán su actividad como sesión educativa.

Las APP deben registrarse tratando de identificar todas las dimensiones de la actividad, es decir, indicando lugar, grupo al que va dirigido, estrategia o etapa de vida y la actividad propiamente dicha, para esto evaluaremos el listado de posibilidades a fin de recoger todas las variantes de la actividad, siempre priorizando el grupo poblacional, estrategia sanitaria o etapa de vida que la realiza (en el capítulo de Generalidades se detalla el listado APP).