

Manual de Registro y Codificación de la Atención en

Salud Bucal

2022

PERÚ Ministerio de Salud

“Manual de Registro y Codificación de la Atención en Salud Bucal”

2022

Ministerio de Salud.

Oficina de General de Tecnologías de la Información y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Bucal.

Equipo de Trabajo:

C.D. Christian Andamayo Flores – Equipo Técnico Dirección de Salud Bucal.
C.D. Lesly Viviana Tuesta Orbe – Equipo Técnico Dirección de Salud Bucal.

Revisión y validación:

C.D. Christian Andamayo Flores – Equipo Técnico Dirección de Salud Bucal.
C.D. Lesly Viviana Tuesta Orbe – Equipo Técnico Dirección de Salud Bucal.
Lic. Luis Valeriano Arteaga – Jefe de Equipo Oficina de General de Tecnología de la Información.
Ing. Adhemir Bellido Delgado – Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.

Hernando Ismael Cevallos Flores

Ministro de Salud

Gustavo Martín Rosell De Almeida

Viceministro de Salud Pública

Augusto Magno Tarazona Fernández

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

María Elena Juscamaita Arangüena

Secretaria General

Alexis Manuel Holguín Ruíz

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Melvin Angel Gago Rodrigo

Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información

CONTENIDO

I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES Y ACTIVIDADES EN SALUD.

II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN ORAL COMPLETA Y EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA.

III. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DEL ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA, LA EVALUACIÓN ORAL COMPLETA Y LA EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA.

IV. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SALA DE OPERACIONES.

V. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA

VI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN CON O SIN POBLACIÓN ASIGNADA

VII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN CON O SIN POBLACIÓN ASIGNADA

VIII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SALUD BUCAL EN LA GESTANTE

IX. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCION ODONTOLOGICA EN LA GESTANTE PRENATAL REENFOCADA

X. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN SALUD BUCAL REALIZADAS A TRAVÉS DE TELESALUD

XI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INACTIVACIÓN DE CARIES

XII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INTERCONSULTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

XIII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASITENCIA TÉCNICA

I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES Y ACTIVIDADES EN SALUD

I.1. Registro de la condición de paciente al ESTABLECIMIENTO

a) EN UNA ATENCIÓN : Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

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

Si el paciente es nuevo y se registra como tal en el establecimiento, la segunda vez que acude en el sistema HIS solamente podrá visualizar continuador o reingresante.

b) EN ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP) Deje en blanco y trace una línea oblicua.

I.2. Registro de la condición de paciente al SERVICIO

a) EN UNA ATENCIÓN : Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

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

Si el paciente es nuevo y se registra como tal en el establecimiento, la segunda vez que acude en el sistema HIS solamente podrá visualizar continuador o reingresante.

b) EN ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP) Deje en blanco y trace una línea oblicua.

I.3. Registro de la condición de la MORBILIDAD

a) EN UNA ATENCIÓN : Marque "X" en la letra que define:

Presuntivo (P) : Se usa cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
Definitivo (D) : Es el caso en el que existe la certeza de diagnóstico por clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo proceso de la misma morbilidad en un mismo paciente.
Repetido (R) : se marca cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

* En ningún caso se volverá a marcar la "D" si el paciente ya tiene un diagnóstico Definitivo y viene a un control por el mismo episodio de enfermedad. En estos casos marcar SIEMPRE "R".
* Cuando un paciente viene referido, transferido o contra referido con un diagnóstico Definitivo, corresponde anotar el mismo diagnóstico como repetido "R".

b) EN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP), marque SIEMPRE "D" - Definitivo.

c) EN EL CASO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y ESTOMATOLÓGICOS marque SIEMPRE "D".

d) REGISTRO DEL CAMPO LAB: Este casillero debe ser llenado por el cirujano dentista que brinda la atención, su uso está sujeto a las consideraciones específicas que acompañan a los diagnósticos, procedimientos y APP, el casillero LAB cuenta con el registro de máximos tres valores los cuales están asociados al código de atención Este casillero tiene varios usos de acuerdo a las consideraciones.

El Presente manual se ha elaborado en función a la actualización del listado de procedimientos médicos y sanitarios del sector salud (CPMS) aprobado con Resolución Ministerial N° 860-2021-MINSA y a la clasificación internacional de enfermedades - CIE10.

MINISTERIO DE SALUD

No. 860-2021/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 15 de JULIO del 2021

Que, el artículo 98 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y sus modificatorias, establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud responsable de proponer normatividad en materia de organización y gestión de servicios en salud. Asimismo, propone normatividad para implementar el intercambio prestacional con la finalidad de generar mayor cobertura de los servicios y utilizar la oferta pública de forma eficiente. Supervisa la política en materia de aseguramiento en salud a nivel nacional;

Que, el literal a) del artículo 99 del mencionado Reglamento, establece que es función de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional el proponer y supervisar políticas sectoriales, normas, lineamientos y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud; así como proponer y monitorear normas y lineamientos en materia de modelos de atención, gestión clínica y sus herramientas; y demás procedimientos relacionadas a la prestación y gestión de los servicios de salud;

Que, el literal a) del artículo 102 del referido Reglamento, establece que la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud, Unidad Orgánica de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, tiene como función formular las políticas sectoriales, normas, lineamientos, estándares y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud incluyendo los servicios de atención prehospitalarios de emergencias y urgencias, unidades productoras de servicios de salud, modelos de gestión de servicios de salud, cartera de servicios de salud individual y otros de su competencia; así como monitorear y evaluar sus resultados;

Que, mediante documento del visto, la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, propone la actualización del Anexo N° 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 1044-2020/MINSA y los procedimientos incorporados a dicho Anexo N° 1 mediante Resolución Ministerial N° 158-2021/MINSA, con el objetivo de contribuir a la gestión, implementación y actualización de los sistemas de información del Sector Salud para los diferentes usos;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y modificatorias; el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud; el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017 y N° 032-2017-SA; y la Resolución Ministerial N° 1001-2017/MINSA, "Directiva Administrativa N° 241-MINSA/2017/DGAIN "Proceso de Actualización de los Catálogos de las Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) N° 001 y N° 005" y su modificatoria;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la actualización del Anexo N° 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", de la Resolución Ministerial N° 1044-2020/MINSA, conforme al Anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Las Autoridades Sanitarias, las Unidades de Gestión de IPRESS - UGIPRESS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas - IPRESS, públicas, privadas y mixtas o las que hagan sus veces, cuentan con un plazo de treinta (30) días calendarios, computados a partir del día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial El Peruano, para adecuar sus sistemas informáticos e implementar, en lo que corresponda, la actualización del Anexo N° 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", a que se refiere el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 158-2021-MINSA.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN ORAL COMPLETA Y EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA

II.1. CONSIDERACIONES PARA EL REGISTRO DE LA MORBILIDAD

Durante la Evaluación Oral Completa (D0150) se registrarán todos los diagnósticos identificados y se marcarán con aspa (X) en el casillero "D" del campo correspondiente a "Tipo de Diagnóstico"; este registro determinará la morbilidad que presenta el usuario de salud y sobre el cual se establecerá el plan de tratamiento, para el caso de las patologías que afecten a los dientes en forma específica, se registran además del diagnóstico el número de dientes afectados en el casillero del campo Lab.

Durante la Evaluación Oral Periódica (D0120) solo se registrará la morbilidad que no ha sido registrada durante la Evaluación Oral Completa que se presenten en el trascurso del plan de tratamiento, originados por eventos circunstanciales o cuadros agudos, se marcarán con aspa (X) en el casillero "D" del campo correspondiente a "Tipo de Diagnóstico"; este registro se incorpora a la morbilidad ya determinada durante la evaluación completa y al plan de tratamiento establecido para al usuario de salud,

CÓDIGO / DIAGNÓSTICO	CÓDIGO / DIAGNÓSTICO
A505 Otras Formas de Sífilis Congénita Tardía, Sintomática	C443 Tumor Maligno de la Piel de otras partes y de las no Especificadas de la cara
A691 Otras Infecciones de Vincent (Gingivitis de Vincent Gingivitis y Gingivoestomatitis Ulcerosa)	C448 Lesión de Sitios Contiguos de la Piel
B028 Herpes Zoster con otras Complicaciones	C460 Sarcoma de Kaposi de la Piel
B07X Verrugas víricas	C461 Sarcoma de Kaposi del Tejido Blando
B058 Sarampión con otras Complicaciones	C462 Sarcoma de Kaposi del Paladar
B370 Estomatitis Candidiásica	C463 Sarcoma de Kaposi de los Ganglios Linfáticos
B3700 Estomatitis Candidiásica Pseudomembranosa Aguda	C490 Tumor Maligno del Tejido Conjuntivo y Tejido Blando de la Cabeza, Cara y Cuello
B3701 Estomatitis Candidiásica Eritematosa (Atrófica) Aguda	C725 Tumor Maligno de otros Nervios Craneales y los no Especificados
B3702 Estomatitis Candidiásica Hiperplásica Crónica	C760 Tumor Maligno de la Cabeza, Cara y Cuello
B3703 Estomatitis Candidiásica Eritematosa (Atrófica) Crónica	C770 Tumor Maligno de los Ganglios Linfáticos de la Cabeza, Cara y Cuello
B3704 Candidiasis Mucocutanea	C792 Tumor Maligno Secundario de la Piel
B3705 Granuloma Candidiásico Bucal	C795 Tumor Maligno Secundario de los Huesos y de la Medula Ósea
B3706 Queilitis Angular	C798 Tumor Maligno Secundario de otros Sitios Especificados
B3708 Otras Manifestaciones Bucales Especificadas	C833 Linfoma de Células B grandes
B3709 Manifestaciones Bucales, no Especificadas	C837 Linfoma de Burkitt
C000 Tumor Maligno del Labio Superior, Cara Externa	C960 Enfermedad de Letterer - Siwe
C001 Tumor Maligno del Labio Inferior, Cara Externa	D000 Carcinoma In Situ del Labio, de la Cavidad Bucal y de la Faringe
C002 Tumor Maligno del Labio, Cara Externa, sin otra Especificación	D030 Melanoma In Situ del Labio
C003 Tumor Maligno del Labio Superior, Cara Interna	D033 Melanoma In Situ de otras partes y de las no Especificadas de la Cara
C004 Tumor Maligno del Labio Inferior, Cara Interna	D038 Melanoma In Situ de otros Sitios
C005 Tumor Maligno del Labio, Cara Interna sin otra Especificación	D040 Carcinoma In Situ de la Piel del Labio
C006 Tumor Maligno de la Comisura Labial	D043 Carcinoma In Situ de la Piel de otras partes y de las no Especificadas de la cara
C008 Lesión de Sitios Contiguos del Labio	D100 Tumor Benigno del Labio
C009 Tumor Maligno del Labio, parte no Especificada	D101 Tumor Benigno de la Lengua
C01X Tumor maligno de la base de la Lengua	D102 Tumor Benigno del Piso de la Boca
C020 Tumor Maligno de la Cara dorsal de la Lengua	D103 Tumor Benigno de otras partes y de las no Especificadas de la Boca
C021 Tumor Maligno del Borde de la Lengua	D110 Tumor Benigno de la glándula Parótida
C022 Tumor Maligno de la Cara Ventral de la Lengua	D117 Tumor Benigno de otras Glándulas Salivales Mayores Especificadas
C023 Tumor Maligno de los dos Tercios Anteriores de la Lengua, parte no especificada	D119 Tumor Benigno de la glándula Salival Mayor, sin otra especificación
C024 Tumor Maligno de la Amígdala Lingual	D164 Tumor Benigno de los Huesos del Cráneo y de la Cara
C028 Lesión de Sitios Contiguos de la Lengua	D165 Tumor Benigno del Maxilar Inferior
C029 Tumor Maligno de la Lengua, parte no Especificada	D169 Tumor Benigno del Hueso y del Cartílago Articular, Sitio no Especificado
C030 Tumor Maligno de la Encía Superior	D170 Tumor Benigno Lipomatoso de Piel y de Tejido Subcutáneo de Cabeza, Cara y Cuello
C031 Tumor Maligno de la Encía Inferior	D210 Tumor Benigno del Tejido Conjuntivo y de otros Tejidos Blandos de Cabeza, Cara y Cuello
C039 Tumor Maligno de la Encía, parte no Especificada	D220 Nevo Melanocítico del Labio
C040 Tumor Maligno de la parte Anterior del Piso de Boca.	D223 Nevo Melanocítico de otras partes y de las no Especificadas de la Cara
C041 Tumor Maligno de la parte Lateral del Piso de Boca.	D230 Tumor Benigno de la Piel del Labio
C048 Lesión de Sitios Contiguos del Piso de la Boca	D233 Tumor Benigno de la Piel de otras partes y de las no Especificadas de la cara
C049 Tumor Maligno del Piso de Boca, parte no Especificada	D333 Tumor Benigno de los Nervios Craneales
C050 Tumor Maligno del Paladar duro	D360 Tumor Benigno de los Ganglios Linfáticos
C051 Tumor Maligno del Paladar Blando	D361 Tumor Benigno de los Nervios Periféricos y del Sistema Nervioso Autónomo
C052 Tumor Maligno de la Úvula	D370 Tumor de Comportamiento Incierto o desconocido del Labio, de la Cavidad Bucal y de la Faringe
C058 Lesión de Sitios Contiguos del Paladar	D680 Enfermedad de Von Willebrand
C059 Tumor Maligno del Paladar, parte no Especificada	D681 Deficiencia Hereditaria del Factor XI
C060 Tumor Maligno de la Mucosa de la Mejilla	D682 Deficiencia Hereditaria de otros Factores de la Coagulación
C061 Tumor Maligno del Vestíbulo de la Boca	D683 Trastorno Hemorrágico debido a Anticoagulantes Circulantes
C062 Tumor Maligno del Área Retromolar	D684 Deficiencia Adquirida de Factores de la coagulación
C068 Lesión de Sitios Contiguos de otras partes y de las no Especificadas de la Boca	D688 Otros defectos Especificados de la coagulación
C069 Tumor Maligno de la Boca, parte no Especificada	D689 Defecto de la Coagulación, no Especificado
C07X Tumor Maligno de la Glándula Parótida	F458 Otros Trastornos Somatomorfos
C080 Tumor Maligno de la Glándula Submaxilar	F985 Tartamudez [Espasmofemia]
C081 Tumor Maligno de la Glándula Sublingual	F988 Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez
C088 Lesión de Sitios Contiguos de las Glándulas Salivales Mayores	G244 Distonía Bucofacial Idiopática
C089 Tumor Maligno de Glándula Salival Mayor, no Especificada	G500 Neuralgia del Trigémino
C148 Lesión de Sitios Contiguos del Labio, de la Cavidad Bucal y de la Faringe	G501 Dolor Facial Atípico
C310 Tumor Maligno del Seno Maxilar	G508 Otros Trastornos del Trigémino
C311 Tumor Maligno del Seno Etmoidal	G509 Trastorno del Trigémino, no Especificado
C312 Tumor Maligno del Seno Frontal	G510 Parálisis de Bell
C313 Tumor Maligno del Seno Esfenoidal	G512 Síndrome de Melkersson
C318 Lesión de Sitios Contiguos de los Senos Paranasales	G513 Espasmo Hemifacial Clónico
C319 Tumor Maligno de Seno Paranasal no Especificado	G514 Mioquimia Facial
C410 Tumor Maligno de los Huesos del Cráneo y de la Cara	G518 Otros Trastornos del Nervio Facial
C411 Tumor Maligno del Hueso del Maxilar Inferior	G519 Trastorno del Nervio Facial, no Especificado
C418 Lesión de Sitios Contiguos del Hueso y del Cartílago Articular	G521 Trastornos del Nervio Glosofaríngeo
C430 Melanoma Maligno del Labio	G523 Trastornos del Nervio Hipogloso
C433 Melanoma Maligno de las otras partes y las no Especificadas de la Cara	G529 Trastorno de Nervio Craneal, no Especificado
C438 Melanoma Maligno de Sitios Contiguos de la Piel	I860 Varices Sublinguales
C440 Tumor Maligno de la Piel del Labio	I878 Otros Trastornos Venosos Especificados

CÓDIGO / DIAGNÓSTICO

I881 Linfadenitis Crónica, Excepto la Mesentérica
J338 Otros Pólipos de los Senos Paranasales
J341 Quiste y Mucocele de Seno Paranasal
K000 Anodoncia
K001 Dientes Supernumerarios
K002 Anomalías del Tamaño y de la Forma del diente
K003 Dientes Moteados
K004 Alteraciones en la Formación dentaria
K005 Alteraciones Hereditarias de Estructura dentaria, No Clasificadas en otra parte
K006 Alteraciones en la Erupción dentaria
K007 Síndrome de la Erupción dentaria
K008 Otros Trastornos del desarrollo de los dientes
K009 Trastorno del desarrollo de los dientes, no Especificado
K010 Dientes Incluidos
K011 Dientes Impactados
K020 Caries Limitada al Esmalte
K021 Caries de la dentina
K022 Caries del Cemento
K023 Caries dentaria detenida
K024 Odontoclasia
K028 Otras Caries dentales
K029 Caries dental, no Especificada
K030 Atrición Excesiva de los dientes
K031 Abrasión de los dientes
K032 Erosión de los dientes
K033 Reabsorción Patológica de los dientes
K034 Hipercementosis
K035 Anquilosis dental
K036 Depósitos (Acreciones) en los dientes
K037 Cambios Posteruptivos del Color de los Tejidos dentales duros
K038 Otras Enfermedades Especificadas de los Tejidos duros de los dientes
K039 Enfermedad no Especificada de los Tejidos dentales duros
K040 Pulpitis
K041 Necrosis de la Pulpa
K042 Degeneración de la Pulpa
K043 Formación Anormal de Tejido duro en la Pulpa
K044 Periodontitis Apical Aguda Originada en la Pulpa
K045 Periodontitis Apical Crónica
K046 Absceso Periapical con Fistula
K047 Absceso Periapical sin Fistula
K048 Quiste Radicular
K049 Otras Enfermedades y las no Especificadas de la Pulpa y del Tejido Periapical
K050 Gingivitis Aguda
K051 Gingivitis Crónica
K052 Periodontitis Aguda
K053 Periodontitis Crónica
K054 Periodontosis
K055 Otras Enfermedades Periodontales
K056 Enfermedad del Periodonto, no Especificada
K060 Retracción Gingival
K061 Hiperplasia Gingival
K062 Lesiones de la Encía y de la Zona Edéntula Asociadas con Traumatismo
K068 Otros Trastornos Especificados de la Encía y de la Zona Edéntula
K069 Trastorno no Especificado de la Encía y de la Zona Edéntula
K070 Anomalías Evidentes del Tamaño de los Maxilares
K071 Anomalías de la Relación Maxilobasilar
K072 Anomalías de la Relación Entre los Arcos dentarios
K073 Anomalías de la Posición del diente
K074 Maloclusión de Tipo no Especificado
K075 Anomalías dentofaciales Funcionales
K076 Trastornos de la Articulación Temporomaxilar
K078 Otras Anomalías dentofaciales
K079 Anomalía dentofacial, no Especificada
K080 Exfoliación de los dientes debida a Causas Sistémicas
K081 Pérdida de dientes debida a Accidentes, Extracción o Enfermedad Periodontal Local
K082 Atrofia del Reborde Alveolar desdentado
K083 Raíz dental Retenida
K088 Otras Afecciones Especificadas de los dientes y de Estructura de Sostén
K089 Trastorno de los dientes y de sus Estructuras de Sostén, no Especificado
K090 Quistes Originados por el desarrollo de los dientes
K091 Quistes de las Fisuras (No Odontogénicos)
K092 Otros Quistes de los Maxilares
K098 Otros Quistes de la Región Bucal, no Clasificados en otra parte
K099 Quiste de la Región Bucal, sin otra especificación
K100 Trastornos del desarrollo de los Maxilares
K101 Granuloma Central de Células Gigantes
K102 Afecciones Inflamatorias de los Maxilares
K103 Alveolitis del Maxilar
K108 Otras Enfermedades Especificadas de los Maxilares
K109 Enfermedad de los Maxilares, no Especificada
K110 Atrofia de Glándula Salival
K111 Hipertrofia de Glándula Salival
K112 Sialadenitis
K113 Absceso de Glándula Salival

CÓDIGO / DIAGNÓSTICO

K114 Fistula de Glándula Salival
K115 Sialolitiasis
K116 Mucocele de Glándula Salival
K117 Alteraciones de la Secreción Salival
K118 Otras Enfermedades de las Glándula s Salivales
K119 Enfermedad de Glándula Salival, no Especificada
K120 Estomatitis Aftosa Recurrente
K121 Otras Formas de Estomatitis
K122 Celulitis y Absceso de Boca
K130 Enfermedades de los Labios
K131 Mordedura del Labio y de la Mejilla
K132 Leucoplasia y otras Alteraciones del Epitelio Bucal, Incluyendo la Lengua
K133 Leucoplasia Pilosa
K134 Granuloma y Lesiones Semejantes de la Mucosa Bucal
K135 Fibrosis de la Submucosa Bucal
K136 Hiperplasia Irritativa de la Mucosa Bucal
K137 Otras Lesiones y las no Especificadas de la Mucosa Bucal
K140 Glositis (Absceso / Ulcera de la Lengua)
K141 Lengua Geográfica
K142 Glositis Romboidea Mediana
K143 Hipertrofia de las Papilas Linguales
K144 Atrofia de las Papilas Linguales
K145 Lengua Plegada
K146 Glosodinia
K148 Otras Enfermedades de la Lengua
K149 Enfermedad de la Lengua, no Especificada
L020 Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco de la Cara
L021 Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco del Cuello
L032 Celulitis de la Cara
L038 Celulitis de otros Sitios
L080 Pioderma
L100 Pénfigo Vulgar
L101 Pénfigo Vegetante
L102 Pénfigo Foliáceo
L103 Pénfigo Brasileño [Fogo Selvagem]
L108 Otros Pénfigos
L109 Pénfigo, no Especificado
L400 Psoriasis vulgar
L568 Otros cambios especificados de la piel debido a radiación ultravioleta (incluye queilitis actínica)
L710 Dermatitis Peribucal
L858 Queratoacantoma
M350 Síndrome seco (Sjogren)
M352 Enfermedad de Behcet
M791 Mialgia
M800 Osteoporosis, con Fractura Patológica
M810 Osteoporosis sin fractura patológica
M830 Osteomalacia del adulto
M840 Consolidación defectuosa de fractura
M841 Falta de consolidación de la fractura (seudoartrosis)
M842 Consolidación retardada de la fractura
M855 Quiste Óseo Aneurismático
M888 Enfermedad de Paget de otros huesos
M904 Osteonecrosis debida a Hemoglobinopatía
M925 Osteocondrosis Juvenil de la Tibia y del Peroné
M926 Osteocondrosis Juvenil del Tarso
M953 Deformidad Adquirida del Cuello
M958 Otras deformidades Adquiridas Especificadas del Sistema Osteomuscular
O268 Otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo (gingivitis del embarazo, granuloma del embarazo)
Q350 Fisura del Paladar duro, Bilateral
Q351 Fisura del Paladar duro, Unilateral
Q352 Fisura del Paladar Blando, Bilateral
Q353 Fisura del Paladar Blando, Unilateral
Q354 Fisura del Paladar duro y del Paladar Blando, Bilateral
Q355 Fisura del Paladar duro y del Paladar Blando, Unilateral
Q356 Fisura del Paladar, Línea Media
Q358 Fisura del Paladar Bilatera, sin otra Especificación
Q359 Fisura del Paladar Unilateral, sin otra Especificación
Q360 Labio Leporino, Bilateral
Q361 Labio Leporino, Línea Media
Q369 Labio Leporino, Unilateral
Q370 Fisura del Paladar duro con Labio Leporino, Bilateral
Q371 Fisura del Paladar duro con Labio Leporino, Unilateral
Q372 Fisura del Paladar Blando con Labio Leporino, Bilateral
Q373 Fisura del Paladar Blando con Labio Leporino, Unilateral
Q374 Fisura del Paladar duro y del Paladar Blando con Labio Leporino, Bilateral
Q375 Fisura del Paladar duro y del Paladar Blando con Labio Leporino, Unilateral
Q378 Fisura del Paladar con Labio Leporino Bilateral, sin otra Especificación
Q379 Fisura del Paladar con Labio Leporino Unilateral, sin otra Especificación
Q380 Malformaciones Congénitas de los Labios, no Clasificados en otra parte
Q381 Anquiloglosia
Q382 Macroglosia
Q383 Otras Malformaciones Congénitas de la Lengua
Q384 Malformaciones Congénitas de las Glándula s y de los Conductos Salivales

CÓDIGO / DIAGNÓSTICO

Q385 Malformaciones Congénitas del Paladar, no Clasificadas en otra parte
Q386 Otras Malformaciones Congénitas de la Boca
Q670 Asimetría Facial
Q671 Facies Comprimida
Q672 Dolicocefalia
Q673 Plagiocefalia
Q674 Otras deformidades Congénitas del Cráneo, de la Cara y de la Mandíbula
Q750 Cráneosinostosis
Q751 Disostosis Cráneo facial
Q752 Hipertelorismo
Q753 Macrocefalia
Q754 Disostosis Maxilofacial
Q755 Disostosis Oculomaxilar
Q758 Otras Malformaciones Congénitas Especificadas de los Huesos del Cráneo y de la Cara
Q759 Malformación Congénita no Especificada de los Huesos del Cráneo y de la Cara
Q780 Osteogénesis Imperfecta
Q781 Displasia Poliostótica Fibrosa
Q782 Osteoporosis
Q789 Osteocondrodisplasia, no Especificada
Q796 Síndrome de Ehlers - danlos
Q810 Epidermólisis Bullosa Simple
Q811 Epidermólisis Bullosa Letal
Q812 Epidermólisis Bullosa distrófica
Q818 Otras Epidermólisis Bullosas
Q819 Epidermólisis Bullosa, no Especificada
Q825 Nevo no Neoplásico, Congénito
Q828 Otras Malformaciones Congénitas de la Piel, Especificadas
R130 Disfagia
R196 Halitosis
R200 Anestesia de la piel
R201 Hipoestesia de la piel
R202 Parestesia de la piel
R203 Hiperestesia de la piel
R230 Cianosis
R232 Rubor
R233 Equimosis Espontanea
R682 Boca Seca, no Especificada
R930 Hallazgos Anormales en diagnóstico por Imagen del Cráneo y de la Cabeza, no Clasificados
S005 Traumatismo superficial del labio de la Sistema Estomatognático
S007 Traumatismo superficial múltiples de la cabeza
S014 Herida de la mejilla y de la región temporomandibular
S015 Herida del labio y de la cavidad bucal
S024 Fractura del Malar y del Hueso Maxilar Superior
S025 Fractura de los dientes (diente Roto)
S026 Fractura del Maxilar Inferior
S027 Fracturas Múltiples que Comprometen el Cráneo y los Huesos de la Cara
S028 Fractura de otros Huesos del Cráneo y de la Cara
S029 Fractura del Cráneo y de los Huesos de la Cara, parte no Especificada
S030 Luxación del Maxilar
S032 Luxación de Diente
S033 Luxación de otras partes y de las no especificadas de la cabeza
S034 Esguince y torceduras del maxilar
S043 Traumatismo del Nervio Trigémino
S045 Traumatismo del Nervio Facial
S048 Traumatismo de otros nervios craneales
T000 Traumatismo superficiales que afectan la cabeza y el cuello
T040 Traumatismo con aplastamiento que afectan la cabeza y el cuello
T180 Cuerpo extraño en la boca
T280 Quemadura de la boca y de la faringe
T285 Corrosión de la boca y de la faringe
T330 Congelamiento superficial de la cabeza
T331 Congelamiento superficial del cuello
T497 Envenenamiento por drogas dentales aplicadas tópicamente
T560 Efecto toxico de plomo y sus componentes
T561 Efecto Toxico del mercurio y sus componentes
T652 Efecto toxico de otras sustancias y las no específicas tabaco y nicotina
T810 Hemorragia y hematoma que complican un procedimiento no clasificado en otra parte
T812 Punción o laceración accidental durante un procedimiento no clasificado en otra parte

CÓDIGO / DIAGNÓSTICO

T813 Desgarro de herida operatoria, no clasificada en otra parte
T814 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte
T815 Cuerpo Extraño dejado accidentalmente en cavidad corporal o en herida operatoria consecutiva procedimiento
T840 Complicación Mecánica de Prótesis Articular Interna
T842 Complicación Mecánica de dispositivo de Fijación Interna de otros Huesos
T843 Complicación Mecánica de otros dispositivos Óseos, Implantes e Injertos
T844 Complicación Mecánica de otros dispositivos Protésicos, Implantes e Injertos Ortopédicos
T845 Infección y Reacción Inflamatoria debidas a Prótesis Articular Interna
T846 Infección y Reacción Inflamatoria debidas a Dispositivo de Fijación Interna (Cualquier Sitio)
T847 Infección y Reacción Inflamatoria debidas a otros Dispositivos Protésicos, Implantes e Injertos ortopédicos internos
T848 Otras Complicación es de dispositivos Protésicos, Implantes e Injertos Ortopédicos Internos
T849 Complicación es no Especificadas de dispositivos Protésicos, Implantes e Injertos Ortopédicos Internos
T868 Falla y Rechazo de otros Órganos y Tejidos Trasplantados
T88X Otras complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte
T950 Secuelas de Quemadura, Corrosión y Congelamiento de la Cabeza y del Cuello
Y450 Efectos Adversos de Opiáceos y Analgésicos Relacionados
Y453 Efectos Adversos de otras Drogas Antiinflamatorias no Esteroides [DAINE]
Y567 Efectos Adversos de Drogas Dentales, de Aplicación Tópica
Y600 Incidente durante Operación Quirúrgica
Y610 Objeto Extraño dejado Accidentalmente en el Cuerpo durante Operación Quirúrgica
Y820 Otros dispositivos Médicos, y los no Especificados, Asociados con Incidentes Adversos.
Y822 Materiales y dispositivos, accesorios protésicos y de implantes
Y823 Instrumental, materiales y dispositivos quirúrgicos (inclusive suturas)
Y828 Dispositivos diversos, no clasificados en otra parte
Y828 Dispositivos diversos, no clasificados en otra parte

TUMORES (Neoplasias)

M801-M804 Tumores Epiteliales
M805-M808 Tumores de Células escamosas
M809-M811 Tumores Basocelulares
M812-M813 Papilomas y carcinomas de células transicionales
M814-M838 Adenomas y Adenocarcinomas
M843 Tumores Mucoepidermoides
M844-M849 Tumores quísticos, mucinosos y serosos
M850-M854 Tumores canaliculares, lobulillares y medulares
M855 Tumores de células acinosas
M856-M858 Tumores epiteliales complejos
M868-M871 Paragangliomas y Tumores Glómicos
M872-M879 Nevos y Melanomas
M880 Tumores y Sarcomas de Tejidos Blandos
M881-M883 Tumores Fibromatosis
M884 Tumores Mixomatosos
M885-M888 Tumores lipomatosos
M889-M892 Tumores miomatosos
M893-M899 Tumores complejos mixtos y del estroma
M904 Tumores sinoviales
M906-M909 Tumores de las células germinales
M912-M916 Tumores de los vasos sanguíneos
M917 Tumores de los vasos linfáticos
M918-M924 Tumores óseos y condromatosos
M925 Tumores de células gigantes
M926 Otros Tumores Óseos
M927-M934 Tumores Odontogénicos
M935-M937 Otros tumores
M949-M952 Tumores neuroepiteliales
M953 Meningiomas
M954-M957 Tumores de las vainas nerviosas
M958 Tumores de células granulares y sarcoma alveolar de partes blandas
M959-M970 Linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin
M972 Otros tumores linforreticulares
M973 Tumores de células plasmáticas
M976 Enfermedades inmunoproliferativas
M980-M994 Leucemias
M995-M997 Otros trastornos mieloproliferativos y linfoproliferativos

II.2. CONSIDERACIONES PARA EL REGISTRO GENERAL DE LOS PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos que se realicen durante la ejecución del plan de tratamiento serán registrados de acuerdo a lo realizado en cada sesión. En los recuadros correspondiente al Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud se registran los procedimiento realizados, se marca con un aspa (X) en los casilleros "D" (Definitivo) del Item Tipo de Diagnóstico y en los recuadros correspondiente al Item Código CIE/CPT se registra el códigos de los procedimiento registrados; en el caso de que se registren procedimientos realizados en piezas dentales específicas, se registrarán en los recuadros correspondientes al Item Valor LAB el número de piezas dentales sobre los que se realizó el procedimiento.

CÓDIGO / CONDICIÓN

ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA
U510 Alta Básica Odontológica (ABO)

PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL
U160 Persona sana para Salud Bucal

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

EVALUACIÓN ORAL
D0120 Evaluación oral periódica
D0150 Evaluación oral completa
D0170 Reevaluación oral limitada y centrada en el problema; paciente continuador (no visita postoperatoria)
D0171 Reevaluación oral postoperatorio
A0141 Examen dental post morten

CONSULTA ESTOMATOLÓGICA
D0140 Consulta estomatológica no especializada
D0160 Consulta estomatológica especializada
99241 Interconsulta de hospitalización

MANEJO DE CONDUCTA
D9920 Manejo de conducta

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS AL DIAGNOSTICO
D0415 Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad
D0416 Cultivo viral
D0425 Pruebas de susceptibilidad de la caries
D0460 Pruebas de vitalidad de la pulpa
D0470 Impresiones dentales para diagnostico
A0142 Análisis de marca de mordida

RADIOLOGIA ORAL
D0220 Radiografía intraoral periapical
D0240 Radiografía intraoral oclusal
D0250 Radiografía extraoral
D0270 Radiografía bitewing
D0290 Radiografía postero - anterior o lateral de cráneo y huesos faciales
D0310 Sialografía
D0321 Otras radiografías de la articulación temporomandibular con informe
D0322 Estudio tomográfico
D0330 Radiografía panorámica
D0340 Radiografía cefalométrica
D0350 Imágenes fotográfica oral y facial
21116 Inyección para artrografía de articulación temporomandibular
70100 Examen radiológico, maxilar inferior; parcial, menos de 4 incidencias
70110 Examen radiológico, maxilar inferior; completo, mínimo de 4 incidencias
70140 Examen radiológico, huesos faciales; menos de 3 incidencias
70150 Examen radiológico, huesos faciales; completo, mínimo de 3 incidencias
70210 Examen radiológico; senos paranasales, menos de 3 incidencias
70220 Examen radiológico; senos paranasales, completo, mínimo de 3 incidencias
70300 Examen radiológico, dientes; incidencia única
70310 Examen radiológico, dientes; examen parcial, menos de toda la boca
70320 Examen radiológico, dientes; completo, toda la boca
70328 Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; unilateral
70330 Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; bilateral
70332 Artrografía de articulación temporomandibular, supervisión e interpretación radiológica
70336 Resonancia magnética (p. ej. Protones) de articulación(es) témporomandibular(es)
70350 Cefalograma, ortodóntico
70355 Ortopantograma (p. ej. radiografía panorámica)
70380 Examen radiológico, glándula salival para detectar cálculo
70390 Sialografía; supervisión e interpretación radiológica
70450.01 Tomografía axial computarizada de cabeza y cuello; sin material de contraste
70460.01 Tomografía axial computadorizada, cabeza y cuello; con materiales de contraste
70486 Tomografía computarizada de zona máxilofacial sin material de contraste
70486.01 Tomografía computarizada, Articulación Temporo - Mandibular; sin material de contraste
70487 omografía axial computadorizada, zona maxilofacial; con materiales de contraste
70488 Tomografía computarizada de zona máxilofacial; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales
70488.01 Tomografía computarizada, Articulación Temporo - Mandibular; con material de contraste
70540.02 Resonancia magnética de maxilo facial, sin contraste
70542.02 Resonancia magnética de maxilo facial, con contraste
76536.02 Ecografía de Parotidas y Gladulas Salivales
78230 Imágenes de glándulas salivales
78231 Imágenes de glándulas salivales; con estudio seriado de imágenes

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

78232 Estudio funcional de glándulas salivales

PREVENCIÓN
D1110 Profilaxis dental
D1208 Aplicación tópica de flúor gel
D1206 Aplicación de flúor barniz
D1310 Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
D1330 Instrucción de higiene oral (IHO)
D1351 Aplicación de sellantes – por diente
A1331 Instrucción grupal de técnica de Higiene oral

INACTIVACIÓN DE CARIES
D1352 Inactivación de caries dental con fluoruro de amino plata, resina; ionómero de vidrio

TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO
E1352 Tratamiento restaurador atraumático

RESTAURACIONES CON IONOMERO
E2395 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)
E2396 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primaria o permanente)
E2397 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanente)
E2398 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)
E2399 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primarias o permanente)
E2400 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanente)

RESTAURACIÓN CON RESINA
D2330 Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2331 Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2332 Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2335 Restauraciones fotocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias a anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes)
D2390 Restauración fotocurable de resina en toda la corona de piezas anteriores (primarias o permanentes)
D2391 Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2392 Restauraciónes fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2393 Restauraciónes fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2394 Restauraciónes fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)

INCRUSTACIONES INLAY - ONLAY
D2510 Inlay metálico de una superficie
D2520 Inlay metálico de dos superficies
D2530 Inlay metálico de tres superficies
D2542 Onlay metálico de dos superficies
D2543 Onlay metálico de tres superficies
D2544 Onlay metálico de cuatro a más superficies
D2610 Inlay de cerámica de porcelana una superficie
D2620 Inlay de cerámica de porcelana dos superficies
D2630 Inlay de porcelana tres a más superficies
D2642 Onlay de porcelana de dos superficies
D2643 Onlay de porcelana de tres superficies
D2644 Onlay de porcelana de cuatro a más superficies
D2650 Incrustaciones inlay de resina de una superficie
D2651 Incrustaciones inlay de resina de dos superficies
D2652 Incrustaciones inlay de resina de tres o más superficies
D2662 Onlay de resina compuesta de dos superficies
D2663 Onlay de resina compuesta de tres superficies
D2664 Onlay de resina compuesta de cuatro a más superficies
D2910 Re-cementación de inlay y onlay o cementación parcial
E2911 Cementación provisional de inlay y onlay

RELLENO SEDANTE DE EUGENATO
D2940 Relleno sedante (eugenato)

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

INSTALACIÓN DE CORONAS
D2710 Corona de base de acrílico (indirecta)
D2712 Corona de base de acrílico 3/4 de corona (indirecta)
D2721 Corona de acrílico predominantemente de metal base
D2740 Corona de porcelana
D2751 Corona de porcelana base de metal
D2781 Corona de 3/4 de metal base
D2783 Corona 3/4 de porcelana (no incluye carillas faciales)
D2791 Corona de metal base
D2794 Corona de titanio
D2799 Corona provisional
D2930 Corona prefabricada de acero diente primario
D2931 Corona prefabricada de acero diente permanente
D2932 Corona prefabricada de acrílico
D2933 Corona de acero inoxidable prefabricado con frente estético de acrílico
D2934 Corona de acero inoxidable prefabricado con revestimiento estético - diente primario
D2971 Reparación de la corona
D2920 Re-cementación de corona

PIN, PERNO Y MUÑON
D2915 Re-cementación de poste prefabricado
D2950 Reconstrucción de muñones, incluyendo los pines
D2951 Pin de retención por diente
D2952 Realización de poste y muñón para la corona
D2954 Poste prefabricado y núcleo adicional por cada diente
D2955 Remoción de poste

CARILLAS LABIALES
D2960 Carilla labial de resina directa
D2961 Carillas labiales de resina indirecta
D2962 Carillas labiales de porcelana

TERAPIA PULPAR
D3110 Recubrimiento pulpar directo
D3120 Recubrimiento pulpar indirecto
D3220 Pulpotomía
D3221 Apertura cameral
D3222 Pulpotomía parcial para Apexogénesis

TERAPIA ENDODÓNTICA
D3230 Pulpectomía anterior dientes deciduo (excluyendo restauración final)
D3240 Pulpectomía posterior diente deciduo (excluyendo restauración final)
D3310 Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores vitales (excluyendo restauración final)
D3311 Tratamiento de conducto en pieza uniradicular no vital (excluyendo restauración final)
D3320 Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides vitales (excluyendo restauración final)
D3330 Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores vitales (excluyendo restauración final)
E3319 Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores no vitales (excluyendo restauración final)
E3321 Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides no vitales (excluyendo restauración final)
E3322 Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores no vitales (excluyendo restauración final)
D3331 Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular, acceso no quirúrgico
D3332 Terapia endodóntica incompleta, diente inoperable, sin posibilidad de restauración o fracturado
D3333 Reparación de la raíz interna por defectos de perforación
D3346 Retratamiento de endodoncia en piezas dentaria anteriores
D3347 Retratamiento de endodoncia en piezas dentarias bicúspides
D3348 Retratamiento de endodoncia de piezas dentarias posteriores
D3351 Apexificación / recalcificación: visita inicial (cierre apical / reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)
D3352 Apexificación / recalcificación: reemplazo provisional de medicamentos
D3353 Apexificación / recalcificación - visita final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical / reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)
D3430 Obturación retrógrado - por raíz

APICECTOMÍA
D3410 Apicectomía/cirugía periapical en piezas anteriores
D3421 Apicectomía/cirugía periapical en piezas bicúspides
D3425 Apicectomía/cirugía periapical en piezas posteriores
D3430 Obturación retrograda por raíz
D3450 Amputación radicular
D3460 Implante endodóntico endooseo
D3470 Reimplantación intencional incluyendo ferulización
D3920 Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), sin incluir la terapia de conducto radicular
D3999 Procedimiento endodóntico no especificado, por informe

DESTARTRAJE DENTAL
D4355 Raspaje dental o destartraje dental
E4110 Pulido dental
E4120 Raspaje y pulido dental

PERIODONCIA
E4130 Curetaje subgingival
E4250 Cirugía periodontal receptiva por cuadrante
E4251 Cirugía periodontal receptiva por sextante
D4210 Gingivectomía - gingivoplastía de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

D4211 Gingivectomía - gingivoplastía de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes
D4240 Colgajo periodontal con alisado radicular de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante
D4241 Colgajo periodontal con alisado radicular de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante
D4245 Colgajo posicionado apicalmente
D4249 Alargamiento clínico de corona
D4266 Regeneración tisular guiada - barrera absorbible sin relleno
D4267 Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible sin relleno (incluye elminación de membrana)
E4252 Regeneración tisular guiada - barrera absorbible con relleno
E4253 Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible con relleno
D4268 Correcciones post quirúrgicas (revisión quirurgica por diente)
D4270 Colgajo desplazado de tejido blando (Injerto de tejido blando pedicular)
D4271 Injerto gingival libre (incluye cirugía de la zona donante)
D4273 Injerto de tejido conectivo subepitelial (incluye cirugía de la zona donante)
D4274 Cuña distal o proximal en diente unico (cuando no se realiza en conjunción con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica
D4275 Aloinjerto de tejido blando
D4341 Raspado y alisado radicular - cuatro a más dientes por cuadrante
D4342 Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante
D4381 Medicación antimicrobiana de uso local controlada
D4910 Mantenimiento periodontal
D4999 Procedimiento periodontal no especificado, por informe
E5010 Regeneración ósea
E5011 Colgajo desplazado con injerto de tejido conectivo
E5012 Injerto óseo

FIJACIÓN Y/O FERULIZACIÓN
D4320 Ferulización provisional intracoronal
D4321 Ferulización provisional extracoronal
D4322 Fijación y/o ferulización de piezas dentales con resina fotocurable

PROTESIS DENTAL COMPLETA
D5110 Prótesis dental completa maxilar
D5120 Prótesis dental completa mandibular
D5130 Prótesis inmediata maxilar
D5140 Prótesis inmediata mandibular

PROTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE
D5211 Prótesis removible parcial maxilar base de acrílico (termocurado)
D5212 Prótesis removible parcial mandibular base de acrílico (termocurado)
D5213 Prótesis removible parcial maxilar base metálica
D5214 Prótesis removible parcial mandibular base metálica
D5225 Prótesis removible parcial maxilar - base flexible
D5226 Prótesis removible parcial mandibular - base flexible
D5281 Prótesis removible parcial unilateral - una pieza moldeada de metal

AJUSTES DE PRÓTESIS DENTAL
D5410 Ajuste de prótesis completa maxilar
D5411 Ajuste de prótesis completa mandibular
D5421 Ajuste de prótesis parcial maxilar
D5422 Ajuste de prótesis parcial mandibular

REPARACIÓN DE PRÓTESIS DENTAL
D5510 Reparación de fractura de base de dentadura completa
D5520 Remplazar los dientes perdidos o rotos
D5610 Reparación de prótesis parcial de base de acrílico
D5620 Reparación de armazón colado
D5630 Reparación o remplazo de retenedores fracturados
D5640 Remplazo de dientes fracturados
D5650 Añadir diente a la prótesis parcial existente
D5660 Agregar retenedor a la prótesis parcial existente
D5670 Remplazar todos los dientes y acrílico sobre armazón moldeado de metal

REBASE DE PRÓTESIS DENTAL
D5710 Rebase de prótesis maxilar completa
D5711 Rebase de prótesis mandibular completa
D5720 Rebase de prótesis maxilar parcial
D5721 Rebase de prótesis mandibular parcial

REVESTIMIENTO DE PRÓTESIS DENTAL
D5730 Revestimiento de prótesis maxilar completa en consultorio
D5731 Revestimiento de prótesis mandibular completa en consultorio
D5740 Revestimiento de prótesis parcial maxilar en consultorio
D5741 Revestimiento de prótesis parcial mandibular en consultorio
D5750 Revestimiento de prótesis completa maxilar en laboratorio
D5751 Revestimiento de prótesis completa mandibular en laboratorio
D5760 Revestimiento de prótesis parcial maxilar en laboratorio
D5761 Revestimiento de prótesis parcial mandibular en laboratorio

PRÓTESIS DENTALES PROVISIONALES
D5810 Prótesis completa maxilar provisional
D5811 Prótesis completa mandibular provisional
D5820 Prótesis removible parcial maxilar provisional (curado rápido)
D5821 Prótesis removible parcial mandibular provisional (curado rápido)

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FLEXIBLE
D6940 Prótesis dental flexible

SOBRE DENTADURA
D5860 Sobre dentadura completa
D5861 Sobre dentadura parcial

PROTESIS DENTAL FIJA - PONTICOS
D6205 Puente de resina compuesta indirecta
D6211 Puente fundido en metal predominantemente de metal base
D6212 Puente fundido en metal resistente (noble)
D6214 Puente de titanio
D6242 Puente de porcelana fusionado con metal resistente (noble)
D6245 Puente de porcelana
D6251 Puente de resina con metal predominantemente de metal base
D6252 Puente de resina con metal resistente (noble)
D6253 Puente provisional

OTROS PROCEDIMIENTOS PARA PROTESIS DENTAL
D5850 Acondicionamiento del tejido maxilar
D5851 Acondicionamiento del tejido mandibular
D5862 Atachés de precisión para protesis parcial removible
D5875 Modificación de la prótesis removible siguiendo la cirugía de implantes
D5899 Procedimiento de prótesis removible, sin especificar
D6920 Conector en barra
D6930 Re-cementado de prótesis parcial fija
D6950 Atachés de precisión para protesis fija
D6970 Poste fundido y núcleo adicional para retenedor de prótesis parcial fija
D6971 Poste fundido como parte del retenedor de prótesis parcial fija
D6972 Poste prefabricado y núcleo adicional de retenedor de prótesis parcial fija
D6973 Muñón para retenedor, incluyendo los pines
D6975 Afrontamiento - metal
D6976 Por cada poste fundido adicional - mismo diente
D6977 Por cada poste prefabricado adicional - mismo diente
D6980 Reparación de prótesis parcial fija
D6985 Prótesis parcial fija pediátrica
D6999 Procedimiento de prótesis fija, sin especificar

PRÓTESIS MÁXILO FACIAL
D5911 Mascara facial por secciones
D5912 Mascara facial completa
D5913 Prótesis nasal
D5914 Prótesis articular
D5915 Prótesis orbital
D5916 Prótesis ocular
D5919 Prótesis facial
D5922 Prótesis nasal septal
D5923 Prótesis ocular, con carácter interino
D5924 Prótesis craneal
D5925 Implante de prótesis de aumento facial
D5926 Sustitución de prótesis nasal
D5927 Prótesis auricular de remplazo
D5928 Prótesis orbital de remplazo
D5929 Prótesis facial de remplazo
D5931 Obturador protésico por cirugía
D5932 Prótesis para obturación definitiva
D5933 Prótesis de obturador modificable
D5934 Resección mandibular prótesis con brida guía
D5935 Resección mandibular prótesis sin brida guía
D5936 Obturador protésico provisional
D5937 Aparato para trismo
D5951 Prótesis para ayuda de alimentación
D5952 Laringófono prótesis pediátrica
D5953 Laringófono prótesis en adulto
D5954 Aumento de prótesis palatal
D5955 Elevador palatino protésico definitivo
D5958 Elevador palatino protésico provisional
D5959 Modificación de prótesis elevador palatino
D5960 Prótesis laringófono con modificaciones
D5982 Stent o endoprótesis quirúrgica
D5983 Trasmisión de radiación
D5984 Blindaje contra radiación
D5985 Radiación cono localizador
D5986 Soporte de gel fluoruro
D5987 Férula de la comisura
D5988 Férula quirúrgica
D5999 Prótesis maxilofaciales sin especificar, con informe
21081 Impresión y preparación a medida de prótesis por resección mandibular
21082 Impresión y preparación a medida de prótesis para aumento del paladar
21083 Impresión y preparación a medida de prótesis para levantamiento del paladar
21084 Impresión y preparación a medida de prótesis para ayuda del habla
21085 Impresión y preparación a medida de separador quirúrgico oral
21089 Procedimiento prostético maxilofacial no listado

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

IMPLANTES
D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante; implante endosteal
D6040 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante; implante eposteal
D6050 Colocación quirúrgica: implante transostales
D6053 Implante / pilar apoyo de prótesis removible en arcada edéntula completa
D6054 Implante o pilar apoyo de prótesis removible de arcada edéntula parcial
D6055 Implante dental apoyado en barra de conexión
D6056 Pilar prefabricado - incluye colocación
D6057 Pilar personalizado - incluye la colocación
D6058 Pilar apoyado en corona de porcelana
D6060 Pilar apoyado en corona de porcelana fusionada con metal (predominante de metal base)
D6061 Pilar apoyado en corona de porcelana fusionada con metal resistente (metal noble)
D6063 Pilar apoyado corona fundido en metal base (predominante base de metal)
D6064 Pilar apoyado con corona de metal fundido de metal resistente (noble)
D6065 Implante soportado en corona de metal
D6068 Pilar apoyado en retenedor de porcelana en prótesis parcial fija
D6070 Pilar apoyado en retenedor de porcelana fundida de metal para prótesis parcial fija (metal predominantemente base)
D6071 Pilar apoyado en retenedor de porcelana fundida de metal para prótesis parcial fija metal resistente (metal noble)
D6073 Pilar apoyado en retenedor para metal fundido en prótesis parcial fija (metal predominantemente base)
D6074 Pilar apoyado para la retención (retenedor) de metal fundido para prótesis parcial fija (metal noble)
D6075 Implante con apoyo de retención (retenedor) de cerámica en prótesis parcial fija
D6076 Implante con apoyo de retención de porcelana fundida de metal para prótesis fija
D6078 Implante / pilar de apoyo para prótesis fija arcada parcialmente edéntula
D6079 Implante / pilar de apoyo para prótesis fija arcada completamente desdentada
D6080 Los procedimientos de mantenimiento incluyendo la remoción de la prótesis, limpieza de la prótesis, limpieza de los pilares e inserción de la prótesis
D6090 Reparación de cualquier parte del implante soportada en prótesis, con informe
D6094 Pilar apoyado corona de titanio
D6095 Reparación de pilar de implante, con reporte
D6100 Remoción de implante, con reporte
D6190 Radiografía índice de implante quirúrgico con reporte
D6194 Pilar apoyado en retenedor de la corona para prótesis parcial fija
D6199 Procedimiento de implante inespecífico, con reporte.

PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIOLOGÍA Y SEDACIÓN
D9110 Anestesia local no en combinación con procedimientos quirúrgicos
D9211 Anestesia bloque regional
D9212 División del trigémino anestesia de bloqueo
D9215 Anestesia local dental
D9220 Anestesia general: primeros 30 minutos
D9221 Anestesia general: primeros 15 minutos
D9230 Analgesia, ansiolosis, la inhalación de óxido nitroso
D9241 Sedación consciente intravenosa: primeros 30 minutos
D9242 Sedación consciente intravenosa: primeros 15 minutos
D9248 Sedación consciente no intravenosa
00170 Anestesia para procedimientos intraorales, incluyendo biopsia; no especificados de otra forma
00172 Anestesia para procedimientos intraorales, incluyendo biopsia; corrección de paladar hendido
00174 Anestesia para procedimientos intraorales, incluyendo biopsia; escisión de tumor retrofaríngeo
00176 Anestesia para procedimientos intraorales, incluyendo biopsia; Cirugía radical
00192 Anestesia para procedimientos en huesos faciales; Cirugía radical (incluyendo prognatismo)
99141 Sedación con o sin analgesia (sedación consciente); intravenosa, intramuscular o por inhalación
99142 Sedación con o sin analgesia (sedación consciente); oral, rectal y/o intranasal.
99143 Servicios de sedación moderada (servicios diferentes a los descritos en códigos 00100-01999) proporcionado por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado que realiza el servicio diagnóstico o terapéutico que es facilitado por la sedación y que requiere la presencia de un observador independiente entrenado para asistir en el monitoreo del nivel de conciencia del paciente y de su estado fisiológico; menor de 5 años, primeros 30 minutos de servicio
01999 Procedimientos de anestesia/analgesia que no aparecen en la lista. Ejemplo: Hipnosis de medicamentos, hipnosis y analgesia de medicamentos, terapia del dolor (seguimiento)
99100 Anestesia para pacientes de edad extrema, menores de un año y mayores de 70 años (Registrar separadamente de manera adicional al registro del procedimiento primario)

CIRUGÍA MAXILOFACIAL
D7111 Exodoncia, remanente coronal - diente deciduo
D7140 Exodoncia diente erupcionado o raíz expuesta
D7176 Extracción dental simple, un diente
D7210 Exodoncia quirúrgica del diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico, extracción de hueso y/o sección del diente (extracción compleja)
D7220 Exodoncia quirúrgica de diente impactado en tejido blando
D7230 Exodoncia quirúrgica de diente parcialmente impactado óseo
D7240 Exodoncia quirúrgica de diente completamente impactado óseo
D7241 Exodoncia quirúrgica de diente retenido
D7250 Extracción quirúrgica de restos radiculares
E7251 Exodoncia intencional
E7252 Coronectomía profiláctica
D7260 Cierre de fistula oroantral
D7261 Cierre primario de una perforación sinusal
D7270 Reimplantación de diente y/o estabilización de diente
D7272 Diente trasplante (incluye reimplantación de un sitio a otro y/o Estabilización.

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

D7280 Acceso quirúrgico de diente retenido
D7282 Movilización de diente erupcionado o en mala posición para permitir erupción
D7283 Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado
D7285 Biopsia de tejido oral - duro (hueso, dientes)
D7286 Biopsia de tejido oral - tejidos blandos
E7274 Biopsia de tejidos blandos extraoral
E7275 Biopsia de tejidos duros extraoral
E7276 Biopsia por punzo aspiración
D7287 Colección de muestra citológica exfoliativa
D7288 Raspado de biopsia - recogida de muestras trans epiteliales
D7290 Reposicionamiento quirúrgico de los dientes
D7291 Fibrotomía transeptal / supracrestal por informe
D7310 Alveoloplastía con extracciones de 4 a más dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7311 Alveoloplastía con extracciones de 1 a 3 dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7320 Alveoloplastía sin extracciones de 4 o más dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7321 Alveoloplastía sin extracciones de 1 a 3 dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7410 Excisión de lesión benigna hasta 1.25 cm
D7411 Excisión de lesión benigna de más de 1.25 cm
D7412 Excisión de lesión benigna complicada
D7413 Excisión de lesión maligna 1.25 cm
D7414 Excisión de lesión maligna mayor que 1.25 cm
D7415 Excisión de lesión maligna complicada
D7465 Destrucción de lesiones por el método físico químico, por informe
D7440 Extirpación de tumor maligno - diámetro de lesión hasta 1,25cm
D7441 Extirpación de tumor maligno - diámetro de lesión mayo de1.25 cm
D7450 Remoción de quiste o tumor odontogénico benignos - lesiones de diámetro hasta 1.25 cm
D7451 Remoción de quiste o tumor odontogénico benignos - lesiones de diámetro de más de 1.25 cm
D7460 Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - lesiones de diámetro hasta 1.25 cm
D7461 Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - lesiones de diámetro de más de 1.25 cm
D7465 Destrucción de lesiones por el método físico químico, por informe
D7471 Remoción de exostosis lateral (maxila o mandíbula)
D7472 Eliminación de torus palatino
D7473 Eliminación de torus mandibular
D7485 Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea
D7490 La resección radical del maxilar o de la mandíbula
D7510 Incisión y drenaje de absceso - intraoral
D7511 Incisión y drenaje de absceso - intraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)
D7520 Incisión y drenaje de absceso - extraoral
D7521 Incisión y drenaje de absceso - extraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)
D7530 Remoción de cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo
D7540 Eliminación de reacción que produce cuerpos extraños, sistema mucoesquelético
D7550 Secuestrectomía / osteotomía parcial para remoción de hueso no vital
D7560 Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmento dental o cuerpo extraño
D7610 Reducción abierta en fractura simple de maxilar superior (dientes inmovilizados)
D7620 Reducción cerrada en fractura simple de maxilar superior (dientes inmovilizados)
D7630 Reducción abierta en fractura simple de mandíbula (dientes inmovilizados)
D7640 Reducción cerrada en fractura simple de mandíbula (dientes inmovilizados)
D7650 Reducción abierta en fractura simple de hueso malar y arco cigomático
D7660 Reducción cerrada en fractura simple de hueso malar y/o arco cigomático
D7670 Reducción cerrada en fractura simple de alveolo , puede incluir estabilización de los dientes
D7671 Reducción abierta en fractura simple de alveolos, que pueden incluir la estabilización de dientes
D7680 Reducción en fractura simple de los huesos faciales complicado con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos
D7710 Reducción abierta en fractura complicada de maxilar
D7720 Reducción cerrada en fractura complicada de maxilar
D7730 Reducción abierta en fractura complicada de mandíbula
D7740 Reducción cerrada en fractura complicada de mandíbula
D7750 Reducción abierta en fractura complicada en hueso malar y/o arco cigomático
D7760 Reducción cerrada en fractura complicada en hueso malar y/o arco cigomático
D7770 Reducción abierta en fractura complicada de alveolos, con estabilización de dientes
D7771 Reducción cerrada en fractura complicada de alveolos con estabilización de dientes
D7778 Reducción de fractura complicada de los huesos faciales con la fijación y múltiples abordajes quirúrgicos
D7810 Reducción abierta de luxación
D7820 Reducción cerrada de luxación
D7830 Manipulación de luxación bajo anestesia
D7840 Condilectomía
D7850 Discectomía quirúrgica, con / sin implante
D7852 Reparación del disco
D7854 Sinovectomía
D7856 Mionotomía
D7858 Reconstrucción de la articulación
D7860 Artromía
D7865 Artroplastia
D7870 Artrocentesis
D7871 Lisis y lavado artroscópico
D7872 Artroscopia - diagnostico con o sin biopsia
D7873 Artroscopia - quirúrgico: lavado y lisis de adhesiones
D7874 Artroscopia - quirúrgico reposición de disco y estabilización
D7875 Artroscopia - quirúrgico sinovectomía

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

D7876 Artroscopia - quirúrgico discectomía
D7877 Artroscopia - quirúrgico desbridamiento
D7880 Dispositivo ortopédico oclusal, por informe
D7899 Terapia no especificada tmd, por informe
D7910 Sutura de las recientes heridas pequeñas de hasta 5cm
D7911 Sutura complicada hasta 5 cm
D7912 Sutura complicada más de 5 cm
D7920 Injerto de piel (identificar el defecto a cubrir, la ubicación y el tipo de injerto)
D7940 Osteoplastia
D7941 Osteotomía - rama mandibular
D7943 Osteotomía - rama mandibular con injerto óseo, incluye la obtención del injerto
D7944 Osteotomía segmento o subapical por cuadrante o sextante
D7945 Osteotomía - cuerpo de la mandíbula
D7946 Lefort I (maxilar total)
D7947 Lefort I (maxilar segmentado)
D7948 Lefort II o Lefort III (osteoplastia de los huesos faciales del tercio medio facial o hipoplasia) sin injerto óseo
D7949 Lefort II o Lefort III con injerto óseo
D7950 Injerto óseo, osteoperiosteal o el cartílago de los huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe
D7953 Injerto óseo de remplazo para la conservación de la cresta
D7955 Reparación de defectos maxilofaciales de tejido blando y/o tejido duro
D7960 Frenulectomía (frenectomía y frenotomía)
D7963 Frenuloplastía
D7970 Escisión de tejido hiperplásico, por arco
D7971 Escisión de encía pericoronal
D7972 Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa
D7980 Sialolitotomia
D7981 Extirpación de la glándula salival , por informe
D7982 Sialodocoplastía
D7983 Cierre de fistula salival
D7990 Traqueotomía de emergencia
D7991 Coronoidectomía
D7995 Injerto sintéticos - huesos mandibulares o faciales, por informe
D7996 Implante mandibular con fines de aumento (con exclusión de cresta alveolar) mediante informe
D7997 Eliminación del aparato del implante (no por el dentista que coloco el aparato), incluye la extirpación del arco bar
D7999 Procedimiento quirúrgico orales no específicos (evaluar)
E7998 Marsupialización en el sistema estomatognático
21025 Escición de huesos, mandíbula (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)
21029 Remoción de tumor benigno de hueso facial por contorneo (p. ej. fibrodisplasia)
21030 Escición de tumor benigno o quiste de mandíbula o zigoma mediante enucleacion o curetaje
21031 Escisión de abultamiento mandibular
21032 Escición de abultamiento palatino maxilar
21034 Escición de tumor maligno de la mandíbula o zigoma
21040 Escición de quiste benigno o de tumor de mandíbula mediante enucleación y/o curetaje
21045 Resección radical de tumor maligno de mandíbula
21046 Resección radical de tumor benigno de mandíbula que requiere osteotomía intraoral (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21047 Resección tumor benigno o quiste de mandíbula que requiere osteotomía extraoral y mandibulectomia parcial (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21048 Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía intraoral (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21049 Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía extraoral y maxilectomia parcial (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21050 Condilectomía, articulación témporomandibular (procedimiento separado)
21060 Meniscectomía, parcial o completa, articulación témporomandibular (procedimiento separado)
21070 Coronoidectomía (procedimiento separado)
21073 Manipulación terapéutica de articulación(es) temporomandibular(es) que requieren anestesia (p. ej. general o monitoreo de la anestesia)
21120 Genioplastía, aumento de mandíbula (injerto autólogo, alográfico, prostético)
21125 Aumento del cuerpo o ángulo del maxilar inferior con material prostésico
21100 Aplicación de dispositivo tipo halo para fijación maxilofacial, incluye remoción (procedimiento separado)
21110 Aplicación de dispositivo para fijación interdentaria para anomalías que no sean fractura o dislocación, incluye remoción
21146 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 2 piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto), (por. ej. Hendidura alveolar no injertada unilateral)
21147 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 3 o más piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención de injertos) (p. ej. Hendidura alveolar bilateral no injertada u osteotomías múltiples)
21150 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort II, con intrusión anterior (p. ej. Síndrome de Treacher-Collins)
21151 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort II, en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto)
21154 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I
21155 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) con LeFort I
21159 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extra e intracraneal), con desplazamiento de frente hacia delante (p. ej. monoblock) con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I
21160 Reconstrucción mediofacial, osteotomía de LeFort III (extra e intracraneal), con translocación hacia adelante de la frente (p. ej. en un solo bloque), que requiere injertos óseos (incluye obtención de injerto autólogo); con LeFort I

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

21188 Reconstrucción mediofacial con osteotomías (diferentes de LeFort) e injertos óseos (incluye obtención de autoinjerto)
21193 Reconstrucción de ramas de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; s in injerto óseo
21194 Reconstrucción de ramás de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; con injerto óseo (incluye obtención de injerto)
21195 Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, sin fijación rígida interna
21196 Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, con fijación rígida interna
21198 Osteotomía segmentaria de mandíbula
21199 Osteotomía segmentaria de mandíbula con avance del musculo geniogloso
21206 Osteotomía segmentaria de maxilar (p. ej. Wassmund o Schuchard)
21215 Injerto de hueso en mandíbula (incluye obtención de injerto)
21240 Artroplastía témporomandibular con o sin autoinjerto (incluye obtención de injerto)
21242 Artroplastía témporomandibular con autoinjerto
21243 Artroplastía témporomandibular y reemplazo con prótesis
21244 Reconstrucción extraoral de maxilar inferior con placa ósea transósea (p. ej. Placa ósea de maxilar inferior engrapada)
21245 Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico parcial
21246 Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico completo
21247 Reconstrucción de la apófisis condilar de la mandíbula con injerto óseo y cartilaginoso autólogo (incluye obtención de injerto) (p. ej. microsomia hemifacial)
21248 Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico parcial (p. ej. lámina, cilindro)
21249 Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico completo (p. ej. Lámina, cilindro)
21345 Tratamiento cerrado de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con fijación interdentaria con alambre o fijación de placa dentaria
21346 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con alambre y/o fijación local
21347 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), que requiere múltiples abordajes
21348 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)
21421 Tratamiento cerrado de fractura palatina o maxilar (LeFort I), con fijación interdentaria con alambre o fijación a placa dentaria
21422 Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I)
21423 Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I) complicada (conminuta o que involucra los forámenes de salida de los nervios craneales), con múltiples abordajes
21431 Tratamiento cerrado de disyunción craneofacial (LeFort III) con fijación interdentaria con con alambre o fijación a placa dentaria
21432 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III), con alambre y/o fijación interna
21433 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada (p. ej. conminuta o que involucra la salida de los nervios salidas), con múltiples abordajes quirúrgicos
21435 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, utilizando técnicas de fijación externas y/o internas (p. ej. Casco cefálico, dispositivo de tenaza y/o fijación intermaxilar)
21436 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, con múltiples abordajes, con fijación interna, mediante injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)
21440 Tratamiento cerrado de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)
21445 Tratamiento abierto de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)
21450 Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula sin manipulación
21451 Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula con manipulación
21452 Tratamiento percutáneo de fractura de mandíbula con fijación externa
21453 Tratamiento cerrado de fractura de mandibular con fijación interdentaria
21454 Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación externa
21461 Tratamiento abierto de fractura mandibular sin fijación interdentaria
21462 Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación interdentaria
21465 Tratamiento abierto de fractura sub condilar desplazada del maxilar inferior
21470 Tratamiento abierto de fractura mandibular complicada, mediante múltiples abordajes quirúrgicos, incluyendo fijación interna, fijación interdentaria, y/o fijación con alambre a placa dentaria o ferulas
21480 Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular, inicial o subsiguiente
21485 Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular complicada (Ejemplo: luxación recurrente que requiere fijación intermaxilar o ferulización), inicial o subsiguiente
21490 Tratamiento abierto de luxación de articulación témporomandibular
21497 Cerclaje interdentario para una condición diferente de la fractura

SUTURA Y RETIRO DE PUNTOS

D7910 Sutura de las recientes heridas pequeñas de hasta 5cm
D7911 Sutura complicada hasta 5 cm
D7912 Sutura complicada más de 5 cm
12018 Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; mayor de 30.0 cm
13302 Extracción de puntos
15849 Retiro de puntos sin anestesia

DEBRIDACIÓN DE LOS PROCESOS INFECCIOSOS BUCODENTALES

D3221 Desbridamiento de la pulpa, dientes primarios y permanentes **(apertura cameral como via de drenaje)**.
D7510 Incisión y drenaje de absceso - intraoral
D7511 Incisión y drenaje de absceso - intraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)
D7520 Incisión y drenaje de absceso - extraoral
D7521 Incisión y drenaje de absceso - extraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

41006 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; sublingual, profundo, supramilohioideo
41007 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submentoniano
41008 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submandibular
41009 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio masticatorio
41015 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; sublingual
41016 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submentoniano
41017 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submandibular
41018 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; espacio masticador
41800 Drenaje de absceso, quiste, hematoma de las estructuras dentoalveolares
42300 Drenaje de absceso de glándula parótida, simple
42305 Drenaje de absceso de glándula parótida, complicada
42310 Drenaje intraoral de absceso de glándula submaxilar o sublingual
42320 Drenaje externo de absceso de glándula submaxilar
42325 Fistulización de quiste salival sublingual
42326 Fistulización de quiste salival sublingual (ranula), con prótesis

TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS

E8000 Tratamiento de la alveolitis seca
E8001 Tratamiento de la alveolitis húmeda
E8002 Tratamiento de la fasceítis necrotizante cervicofacial

TRATAMIENTO DE PERICORONITIS

A7903 Tratamiento de pericoronitis
D7971 Escisión de encía pericoronal

ORTODONCIA

D8010 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición primaria
D8020 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición de transición
D8030 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición adolescente
D8040 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición adulta
D8050 Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición primaria
D8060 Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición mixta
D8070 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición mixta
D8080 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adolescente
D8090 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adulto
D8210 Terapia con aparatología en ortodoncia removible
D8220 Terapia con aparatología en ortodoncia fija
E8211 Tratamiento de disyunción maxilar
E8212 Tratamiento de distracción osteogénica de los maxilares
D8660 Visita - pre tratamiento de ortodoncia
D8670 Controles periódicos de tratamiento ortodóncico
D8680 Contención ortodóncica
D8690 Tratamiento ortodóncica realizado por otro cirujano dentista
D8691 Reparación de aparatología ortondóncica
D8692 Remplazo de retenedor perdido o fracturado
D8999 Procedimiento ortodóncico no especifico

MANTENEDOR DE ESPACIO

D1510 Mantenedor de espacio fijo unilateral
D1515 Mantenedor de espacio fijo bilateral
D1520 Mantenedor de espacio removible unilateral
D1525 Mantenedor de espacio removible bilateral
D1550 Re-cementación de mantenedor de espacio
D1555 Remoción de mantenedor de espacio fijo por el dentista que no lo coloco.

ANALISIS DE LA OCLUSIÒN

D9950 Análisis de la oclusión (montaje de modelos - articulador)
A5999 Análisis de la oclusión - uso del pantógrafo

FERULA MIORELAJANTE

D9940 Protector oclusal (férula miorelajante)
D9942 Reparación - reacondicionamiento de protector oclusal

AJUSTE OCLUSAL

D9951 Ajuste oclusal limitado
D9952 Ajuste oclusal completo

PROCEDIMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN RESTRINGIDOS EN PROCESO DE RETIRO, DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO DE NINAMATA, SUSCRITO POR EL PERÙ

D2140 Restauración de una superficie con amalgama en piezas dentarias (primarias o permanentes)
D2150 Restauración de dos superficies con amalgama en piezas dentarias (primarias o permanentes)
D2160 Restauracion de tres superficies con amalgama en piezas dentarias (primarias o permanentes)
D2161 Restauracion de cuatro superficies con amalgama en piezas dentarias (primarias o permanentes)

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO CPMS

BLANQUEAMIENTO DENTAL
D9970 Microabrasión del esmalte
D9972 Blanqueamiento dental externo por arcada
D9973 Blanqueamiento dental externo por diente
D9974 Blanqueamiento interno por diente

TERAPIA PARA SENSIBILIDAD DENTARIA
D9910 Aplicación de medicamentos desensibilizantes
D9911 Aplicación de resina en sensibilidad de cuellos y raíces dentarias

ESCENARIOS DE TELESALUD UTILIZADOS PARA AL ATENCIÓN EN SALUD BUCAL
99499.08 Teleorientaciòn Síncrona
99499.09 Teleorientación Asíncrona
99499.10 Telemonitoreo
99499.11 Teleinterconsulta Síncrona
99499.12 Teleinterconsulta Asíncrona

OTROS PROCEDIMIENTOS
D9430 Visita al consultorio para observación ningún procedimiento realizado
D9450 Presentación del caso, planificación del tratamiento detallado y extenso
D9610 Inyección de drogas terapéuticas y/o medicamnetos
D9630 Administración de otras drogas y/o medicamentos, por informe
D9914 Fabricación de protector bucal atlético
D9930 Tratamiento de las complicaciones post quirúrgicas (circunstancias inusuales), por informe
D9971 Odontoplastía de uno a dos, incluye la eliminación de las proyecciones del esmalte
D9999 Procedimiento complementado no especificado, por informe
99262 Día paciente en hospitalización general (incluye admisión y alta)
99263 Día paciente en hospitalización de cuidados intermedios (incluye admisión y alta)
A0145 Visita de emergencia (focalizado al problema)
A9926 Laboratorio procedimientos médicos coadyuvante

CÓDIGO / ACTIVIDAD CPMS

REFERENCIA/CONTRAREFERENCIA
99700 Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutiva
99701 Contrarreferencia
99800 Docencia e Investigación

ACTIVIDADES DE GESTIÓN
C7001 Monitoreo
C7002 Supervisión
C7003 Evaluación
C7004 Asistencia Técnica

OTRAS ACTIVIDADES
U0004 Actividades de salud bucal
C0001 Reunión en Municipios
C0002 Reunión en Instituciones Educativas
C0003 Reunión en Comunidad
C0004 Taller para Municipios
C0005 Taller para Instituciones Educativas
C0006 Taller para la Comunidad
C0007 Taller para la Familia
C0008 Taller para personal de salud
C0009 Sesión educativa
C0010 Sesión demostrativa
C0011 Visita familiar integral
C0021 Visita comunitaria integral
C0041 Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles
C4031 Control cuantitativo de sal fluorada en mercado
C4041 Control cuantitativo de sal fluorada en planta
C4051 Control cualitativo de sal fluorada en hogar
C4061 Control cuantitativo de sal fluorada en agua de consumo humano
C4091 Operativo de verificación de comercialización de sal fluorada
C4101 Encuesta de consumo de sal fluorada

La determinación de los valores estadísticos de productividad que se le asigna a cada profesional cirujano dentista durante su desempeño laboral, se realiza a partir del registro de los procedimientos y/o actividades realizadas y brindadas a los usuarios de salud, de acuerdo al listado general de procedimientos descritos en el presente manual y que forman parte del catálogo de procedimientos médicos sanitarios CPMS.

Por lo que es importante precisar en el presente documento que la productividad del profesional no solo se circunscribe específicamente a la realización y registro de los procedimientos que se encuentran incluidos dentro de los productos de atención estomatológica, al igual que el uso de siglas, valores que determinan el cumplimiento de las unidades de medidas de los sub productos y que se encuentran establecidas en las definiciones operacionales en el marco del PPR.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud se registran los procedimientos realizados durante la atención al usuario de salud**, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB se registra el número piezas dentales tratadas durante la sesión, SOLO en el caso en el que los procedimientos se realicen en piezas dentales especificas.**
3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT se registra los códigos de los procedimientos** registrados segun correspondan.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD LA COIPA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____								
13	2223456	2	LA COIPA		45	X	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE RESINA EN SENSIBILIDAD DE CUELLOS Y RAÍCES DENTARIAS	P	X	R	2			D9911
	MT -035					M				TALLA		C	C		P	D	R				
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	MARZO	HOSPITAL LA CALETA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____								
21	77339652	2	CHIMBOTE		10	X	M	PC		PESO		N	N	REEVALUACIÓN ORAL POSTOPERATORIO	P	X	R				D0171
	D-043					M				TALLA		C	C		P	D	R				
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

III. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DEL ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA, LA EVALUACIÓN ORAL COMPLETA Y LA EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA

III.1. EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (CÓDIGO D0150)

Procedimiento que comprende la evaluación integral, rigurosa y minuciosa de los tejidos duros y blandos, extraorales e intraorales, así como de los órganos y estructuras que comprende el sistema estomatognático; de ser necesario se realizará la evaluación del historial médico y estomatológico, de la interpretación de exámenes y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, y de interconsultas si se requiere una evaluación del estado de salud general del paciente. Incluye la detección de signos de cáncer o de afecciones precancerosas. El procedimiento es realizado por el cirujano dentista y comprende el registro de los hallazgos de la evaluación en la historia clínica.

La evaluación oral completa se realiza anualmente durante el año calendario a todo paciente nuevo o reingresante al servicio, y a todo paciente que ha estado ausente del tratamiento activo al término de uno o más años.

Asi mismo en la evaluación oral completa se deberá registrar y codificar la morbilidad que presente el paciente y sobre el cual se establecerá el plan de tratamiento integral a realizar, para el caso de las patologías que afecten a los dientes en forma específica se registrará además del diagnóstico el número de dientes afectados, para el caso de los pacientes que presenten comorbilidad esta condición tambien será registrada.

III.2. EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA (CÓDIGO D0120)

La evaluación oral periodica se realizará únicamente a todo paciente continuador a quien se le haya culminado el plan de tratamiento integral establecido durante la evaluación oral completa, incluyendo las modificaciones realizadas debido a la inclusión de diagnósticos nuevos o circunstanciales que se puedan presentar durante la ejecucion del plan de tratamiento.

III.3. ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA (CÓDIGO U510)

PRIMERA CONSIDERACIÓN

Se registra Alta Básica Odontológica (U510) a todo paciente que luego de la evaluación oral completa se le diagnostique PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL o durante la evaluación oral completa se encuentre libre de foco séptico en la cavidad bucal.

PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL: Se considera a todo paciente que no presenta antecedentes de enfermedades, transtornos, malformaciones congénitas o lesiones en el sistema estomatognatico.

SEGUNDA CONSIDERACIÓN

Se registra Alta Básica Odontológica (U510) a todo paciente, que presentando morbilidad en el sistema estomatognático, se le realice de acuerdo a la evaluación individual los procedimientos estomatológicos preventivos, recuperativo y/o especializados requeridos hasta lograr la condición de persona libre de foco séptico en la cavidad bucal.

los Focos sépticos que por sus características infecciosas y/o inflamatorias pudieran originar procesos infecciosos y complicaciones en tejidos blandos y duros del sistema estomatognático, comprenden los diagnosticos de caries dental, enfermedades de la pulpa y de los tejido periapicales, la gingivitis y enfermedades de los tejidos periodontales, y las infecciones en los tejidos blandos periorales e intraorales.

a) Registro de la Evaluación Oral Completa, Evaluación Oral Periódica y Alta Básica Odontológica a un paciente con diagnóstico de PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL.

PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL: Se considera a todo paciente que no presenta antecedentes de enfermedades, transtornos, malformaciones congénitas o lesiones en el sistema estomatognático.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En el **Segundo** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Persona sana para salud bucal** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico;** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"U160"**.

3. En los **recuadros subsiguientes** se registrarán los procedimientos realizados según el plan de tratamiento preventivo establecido para el paciente.

4. En el recuadro subsiguiente correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Alta Bàsica Odontológica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D";** en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"U510"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD SAMEGUA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____				
9	79658432	2	SAMEGUA	8	A	M	PC		PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
	I-012				M				TALLA		C	C	PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL	P	X	R				U160
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	1			D1330
					A	M	PC		PESO		N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	1			D1310
					M				TALLA		C	C	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ	P	X	R	1			D1206
					D	F	Pab		Hb		R	R	ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	P	X	R				U510

5. En la siguiente sesión luego del registro de los procedimientos realizados; en el último recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Periódica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D". En el recuandro del Item Valor LAB se registra la sigla "FIN"** (el registro de esta sigla determina la culminación del plan de tratamiento establecido para el usuario de salud)**.** Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra **el código del procedimiento "D0120"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD SAMEGUA						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	**CENTRO POBLADO**																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____		
16	**79658432**	**2**	**SAMEGUA**	**8**	A	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ		P	X	R	**2**			D1206
	I-012				M				TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL		P	X	R	**2**			D1330
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES		P	X	R	**2**			D1310
					A	M	PC		PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA**		P	X	R	**FIN**			**D0120**
					M				TALLA		C	C			P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

b) Registro de la Evaluación Oral Completa, Evaluación Oral Periódica y Alta Básica Odontológica realizada a un paciente que <u>NO PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** se registrarán los procedimientos realizados según el plan de tratamiento preventivo establecido para el paciente.

3. En el recuadro subsiguiente correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Alta Bàsica Odontológica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D";** en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"U510"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	**CENTRO POBLADO**																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____		
21	**78125431**	**2**	**TAMBOPATA**	**5**	X	M	PC		PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**		P	X	R				**D0150**
	H-34				M				TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL		P	X	R	**1**			D1330
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES		P	X	R	**1**			D1310
					A	M	PC		PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL		P	X	R	**1**			D1110
					M				TALLA		C	C	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ		P	X	R	**1**			D1206
					D	F	Pab		Hb		R	R	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**		P	X	R				**U510**

5. En la siguiente sesión luego del registro de los procedimientos realizados; en el último recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Periódica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D". En el recuandro del Item Valor LAB se registra la sigla "FIN"** (el registro de esta sigla determina la culminación del plan de tratamiento establecido para el usuario de salud)**.** Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra **el código del procedimiento "D0120"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	AGOSTO	CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	**CENTRO POBLADO**																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____							FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____		
24	**78125431**	**2**	**TAMBOPATA**	**5**	X	M	PC		PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL		P	X	R	**2**			D1110
	H-34				M				TALLA		C	C	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ		P	X	R	**2**			D1206
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL		P	X	R	**2**			D1330
					A	M	PC		PESO		N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES		P	X	R	**2**			D1310
					M				TALLA		C	C	**EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA**		P	X	R	**FIN**			**D0120**
					D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

c) Registro de la Evaluación Oral Completa, Evaluación Oral Periodica y Alta Básica Odontológica realizada a un paciente que <u>PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" ,** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos identificados durante la evaluación** realizada al usuario de salud y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D"** (Definitivo) del Item **Tipo de Diagnóstico**; ***<u>en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes</u>*** **<u>, se registrarán en los recuadros correspondientes al Item Valor LAB el número de dientes afectados</u>**; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos** según corresponda.

3. En los **recuadros subsiguientes**, se registrarán en los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD DE SINGA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	77548621 / OM-22	2 / 59	SINGA	9	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO / TALLA / Hb		N / C / R	N / C / R	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	X	R				**D0150**
												CARIES DE LA DENTINA	P	X	R	**2**			**K021**
												RAÍZ DENTAL RETENIDA	P	X	R	**1**			**K083**
												EXODONCIA DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA	P	X	R	**1**			D2330
												INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	**1**			D1330
												ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	**1**			D1310

4. En la siguiente sesión se registrarán en los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente..

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD DE SINGA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
20	77548621 / OM-22	2 / 59	SINGA	9	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO / TALLA / Hb		N / C / R	N / C / R	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	**1**			D1110
												RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS ANTERIORES	P	X	R	**1**			D2330
												APLICACIÓN DE FLÚOR GEL	P	X	R	**1**			D1208

5. En la ultima sesión luego del registro de los procedimientos realizados; en el penúltimo recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Alta Bàsica Odontológica y se marca con un aspa (X) en el casillero "D"; en el recuadro correspondiente al Item Código CIE/CPT se registra el código del procedimiento "U510".**.

6. En el ultimo recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Periódica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D". En el recuandro del Item Valor LAB se registra la sigla "FIN"** (el registro de esta sigla determina la culminación del plan de tratamiento establecido para el usuario de salud)**.** Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra **el código del procedimiento "D0120"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JUNIO	CENTRO DE SALUD DE SINGA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
23	77548621 / OM-22	2 / 59	SINGA	9	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO / TALLA / Hb		N / C / R	N / C / R	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	**2**			D1110
												RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS ANTERIORES	P	X	R	**1**			D2330
												APLICACIÓN DE FLÚOR GEL	P	X	R	**2**			D1208
												INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	**2**			D1330
												ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	**2**			D1310
												ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	P	X	R				**U510**
												EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA	P	X	R	**FIN**			**D0120**

d) Registro de la Evaluación Oral Completa, Evaluación Oral Periódica y Alta Básica Odontológica realizada a un paciente que PRESENTA COMORBILIDAD POR ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" ,** en el recuadro del el Item **Valor LAB se registran la sigla "CM",** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos identificados durante la evaluación** realizada al paciente y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D"** (Definitivo) del Item **Tipo de Diagnóstico**; ***en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes*** **, se registrarán en los recuadros correspondientes al Item Valor LAB el número de dientes afectados**; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos** según corresponda.

3. En los **recuadros subsiguientes**, se registrarán en los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FEBRERO	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
19	46345810 / L-23	2 / 59	HUARAL	25	A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	**X**	R	**CM**			**D0150**
							TALLA	**C**	C	**DEPÓSITOS (ACRESIONES) EN LOS DIENTES**	P	**X**	R				**K036**
							Hb	R	**R**	**GINGIVITIS CRÓNICA**	P	**X**	R				**K050**
					A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	**CARIES DE LA DENTINA**	P	**X**	R	**4**			**K021**
							TALLA	**C**	C	RASPAJE DENTAL O DESTARTRAJE DENTAL	P	**X**	R				D4355
							Hb	R	R	PROFILAXIS DENTAL	P	**X**	R	**1**			D1110
					A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	P	**X**	R	**1**			D1206
							TALLA	C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	**X**	R	**1**			D1330
							Hb	R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	**X**	R	**1**			**D1310**

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

4. En la siguiente sesión se registrarán en los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente..

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FEBRERO	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
26	46345810 / L-23	2 / 59	HUARAL	25	A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS ANTERIORES	P	**X**	R	**2**			D2330
							TALLA	**C**	**C**		P	D	R				
							Hb	R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

5. En la siguiente sesión se registrarán en los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente..

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
7	46345810 / L-23	2 / 59	HUARAL	25	A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS ANTERIORES	P	**X**	R	**2**			D2330
							TALLA	**C**	**C**		P	D	R				
							Hb	R	R		P	D	R				

6. En la ultima sesión luego del registro de los procedimientos realizados; en el penúltimo recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Alta Bàsica Odontológica y se marca con un aspa (X) en el casillero "D"; en el recuadro correspondiente al Item Código CIE/CPT se registra el código del procedimiento "U510".**.

7. En el ultimo recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Periódica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D". En el recuandro del Item Valor LAB se registra la sigla "FIN"** (el registro de esta sigla determina la culminación del plan de tratamiento establecido para el usuario de salud)**.** Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra **el código del procedimiento "D0120"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MAYO	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
30	46345810 / L-23	2 / 59	HUARAL	25	A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	**X**	R	**2**			D1110
							TALLA	**C**	**C**	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	P	**X**	R	**2**			D1206
							Hb	R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	**X**	R	**2**			D1330
					A M / M F / D	PC / Pab	PESO	N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENF	P	**X**	R	**2**			D1310
							TALLA	C	C	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**	P	**X**	R				**U510**
							Hb	R	R	**EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA**	P	**X**	R	**FIN**			**D0120**

IV. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SALA DE OPERACIONES

IV. 1. Para el registro de los procedimientos de salud bucal realizados en SALA DE OPERACIONES en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, se hara uso de la sigla "SO", a fin de diferenciar de los procedimientos realizados en la consulta externa.

1. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos realizados en la SALA DE OPERACIONES**, luego marque con un aspa **(X**) en el casillero **"D"**;
2. Para el caso de los procedientos realizados en dientes especificos, se registrarán en los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB** el número de dientes tratatados en relacion a los procedimientos efectuados; luego en los recuadros subsiguientes del **Item Valor LAB** se registra **la sigla "SO"**
3. Finalmente en los recuadros correpsondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos .

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	FEBRERO	INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____				
9	78549124	2	BREÑA		5	A	M	PC		PESO		N	N	PULPOTOMIA	P	X	R	4	SO		D3220
	IA-62					M				TALLA		C	C	PULPECTOMIA	P	X	R	2	SO		D3230
		59				D	F	Pab		Hb		R	R	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA	P	X	R	2	SO		D7140
						A	M	PC		PESO		N	N	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R	SO			D7910
						M				TALLA		C	C	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES	P	X	R	2	SO		D2391
						D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JUNIO	HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____				
24	25487978	2	BREÑA		19	X	M	PC		PESO		N	N	EXODONCIA QUIRÚRGICA DE DIENTE RETENIDO	P	X	R	4	SO		D7241
	L-43					M				TALLA		C	C	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R	SO			D3230
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

V. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA

V.1. PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CON POBLACIÓN ASIGNADA

a) Registro de los procedimientos donde la frecuencia minima establecida en las definiciones operacionales del PpR es igual a 2 veces durante el año calendario.

SUB PRODUCTO: Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

PROCEDIMIENTO:
D1310 Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

SUB PRODRUCTO: Aplicación tópica de flúor gel

PROCEDIMIENTO:
D1208 Aplicación tópica de flúor gel

SUB PRODUCTO: Instrucción de higiene oral (IHO)

PROCEDIMIENTO:
D1330 Instrucción de higiene oral (IHO)

SUB PRODUCTO: Profilaxis dental

PROCEDIMIENTO:
D1110 Profilaxis dental

SUB PRODUCTO: Aplicación de flúor barniz

PROCEDIMIENTO:
D1206 Aplicación de flúor barniz

1. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra los procedimiento preventivos realizados durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el numero "1"** cuando se realiza la **PRIMERA SESIÓN y se registra el numero "2"** cuando se realiza la **SEGUNDA SESIÓN del procedimiento preventivo,**

3. en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos segun correponda.

EJEMPLO N° 01:

REGISTRO DE LA PRIMERA SESIÓN DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD LA COIPA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
5	79658432 / I-012	2 / 59	LA COIPA	6	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
								TALLA	X	C	PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL	P	X	R				U160
								Hb	R	X	**INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL**	P	X	R	**1**			**D1330**
					A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES**	P	X	R	**1**			**D1310**
								TALLA	C	C	**APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ**	P	X	R	**1**			**D1206**
								Hb	R	R	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**	P	X	R				**U510**

REGISTRO DE LA SEGUNDA SESIÓN DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub productos de atenciòn estomatológica preventiva al usuario de salud.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD LA COIPA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
9	79658432 / I-012	2 / 59	LA COIPA	6	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL**	P	X	R	**2**			**D1330**
								TALLA	X	X	**ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES**	P	X	R	**2**			**D1310**
								Hb	R	R	**APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ**	P	X	R	**2**			**D1206**
					A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA**	P	X	R	**FIN**			**D0120**
								TALLA	C	C		P	D	R				
								Hb	R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

REGISTRO DE LA PRIMERA SESIÓN DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD CAARABAYA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
19	84528964 / T-014	2 / 59	CARABAYA	34	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**PROFILAXIS DENTAL**	P	X	R	**1**			**D1110**
								TALLA	X	X	**APLICACIÓN DE FLUOR GEL**	P	X	R	**1**			**D1208**
								Hb	R	R		P	D	R				

REGISTRO DE LA SEGUNDA SESIÓN DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub productos de atenciòn estomatológica preventiva al usuario de salud.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	OCTUBRE	CENTRO DE SALUD CASMA	ODONTOLOGÍA	DNI 45847926 — CARLOS PEREZ PRADO

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ALBERTO RODRIGUEZ CRUZ			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
28	84528964 / T-014	2 / 59	CARABAYA	34	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**PROFILAXIS DENTAL**	P	X	R	**2**			**D1110**
								TALLA	X	X	**APLICACIÓN DE FLUOR GEL**	P	X	R	**2**			**D1208**
								Hb	R	R		P	D	R				

b) Registro del procedimiento preventivo donde la frecuencia minima establecida en las definiciones operacionales del PpR determina la atención en 4 piezas dentales

SUB PRODUCTO: Aplicación de sellantes

PROCEDIMIENTO:
D1351 Aplicación de sellantes – por diente

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento preventivos realizado durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número piezas dentales tratadas durante la sesión,** si se diera el caso de que se **realice el procedimiento a 4 piezas dentales** durante la sesión **se registra en el subsiguiente recuadro del Item Valor la sigla "FIN",**

3. En el recuadro correspondiente al Item Código CIE/CPT se registra el código del procedimiento segun correponda.

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este sub producto, (Aplicación de sellantes en 4 piezas dentales distintas en sola sesión)

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD CHINCHERO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
12	85479126	2	CHINCHERO	7	X	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE SELLANTES	P	D	R	4	FIN		D1351
	Z-63				M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este sub producto en varias sesiones.

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento preventivos realizado durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número piezas dentales tratadas durante la sesión,**

3. Para el caso en el que la frecuencia minima establecida en las definiciones operacionales del PPR, se completa en mas de una sesión**, en la primeras sesiones en el casillero del campo LAB se registra el número piezas dentales tratadas y durante la sesión de cumplimiento se registra en el subsiguiente casillero del campo LAB la sigla "FIN",**

4. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código de los procedimiento registrado y segun correponda.

REGISTRO DE LA APLICACIÓN DE SELLANTES DURANTE LA PRIMERA SESIÓN

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD HUARIACA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
5	85479126	2	HUARIACA	8	X	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE SELLANTES	P	D	R	1			D1351
	AD-012				M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

REGISTRO DE LA APLICACIÓN DE SELLANTES DURANTE LA SEGUNDA SESIÓN

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD HUARIACA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
24	85479126	2	HUARIACA	8	X	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE SELLANTES	P	D	R	2			D1351
	AD-012				M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

REGISTRO DEL CUMPLIMIENTO DE LA FRECUENCIA DURANTE LA SEGUNDA SESIÓN

La sumatoria del número de piezas dentales a las que se les realizo el procedimiento de Aplicación de Sellantes durante la primera, segunda y tercera sesión, establecen el Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega del sub productos (Aplicación de sellantes en 4 piezas dentales distintas).

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD HUARIACA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
19	85479126 / AD-012	2 / 59	HUARIACA	8	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	APLICACIÓN DE SELLANTES	P	X	R	1	FIN		D1351
								TALLA	C	C		P	D	R				
								Hb	R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

V.2. PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ASIGNADA

a) Registro de los procedimientos donde la frecuencia minima establecida en las definiciones operacionales del PpR es igual a 1 vez durante el año calendario, para los establecimientos de salud sin población asignada

SUB PRODUCTO: Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

PROCEDIMIENTO:
D1310 Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

SUB PRODUCTO: Instrucción de higiene oral (IHO)

PROCEDIMIENTO:
D1330 Instrucción de higiene oral (IHO)

SUB PRODUCTO: Aplicación de flúor barniz

PROCEDIMIENTO:
D1206 Aplicación de flúor barniz

SUB PRODRUCTO: Aplicación tópica de flúor gel

PROCEDIMIENTO:
D1208 Aplicación tópica de flúor gel

SUB PRODUCTO: Profilaxis dental

PROCEDIMIENTO:
D1110 Profilaxis dental

1. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra los procedimiento preventivos realizados durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el numero "1"** cuando se realiza la **PRIMERA SESIÓN del procedimiento preventivo,**

3. en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos segun correponda.

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub productos de atenciòn estomatológica preventiva al usuario de salud, para los establecimientos de salud sin población asignada.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ENERO	HOSPITAL DOS DE MAYO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
2	79658432 / I-012	2 / 59	LIMA	4	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
								TALLA	C	C	PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL	P	X	R				U160
								Hb	R	R	**INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL**	P	X	R	1			D1330
					A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES**	P	X	R	1			D1310
								TALLA	C	C	**APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ**	P	X	R	1			D1206
								Hb	R	R	ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	P	D	R				D0150

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ABRIL	HOSPITAL MARIA AUXIADORA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
5	84528964 / T-014	2 / 59	VILLA MARIA DEL TRIUMFO	8	A / M / D	M / F	PC / Pab	PESO	N	N	**PROFILAXIS DENTAL**	P	X	R	1			D1110
								TALLA	C	C	**APLICACIÓN DE FLUOR GEL**	P	X	R	1			D1208
								Hb	R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

b) Registro del procedimiento preventivo donde la frecuencia minima establecida en las definiciones operacionales del PpR determina la atención en 1 pieza dental, para los establecimientos de salud sin población asignada.

SUB PRODUCTO: Aplicación de sellantes

PROCEDIMIENTO:

D1351 Aplicación de sellantes – por diente

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento preventivos realizado durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número "1",** que para este procedimiento hace referencia a una pieza dental tratada durante la sesión**, NO SE REGISTRA LA SIGLA "FIN",**

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento segun correponda.

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub productos de atenciòn estomatológica preventiva al usuario de salud, para los establecimientos de salud sin población asignada (Aplicación de sellantes en 1 pieza dental)

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	FEBRERO	HOSPITAL LORENA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____					
22	85479126	2	CUSCO	6	A	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE SELLANTES	P	D	R	1			D1351
	Z-63				M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

VI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN CON O SIN POBLACIÓN ASIGNADA

Para el Producto de Atencion Estomatològica Recuperativa las definiciones operacionales en el marco del PpR establecen que, la frecuencia de cumplimiento de los sub producto recuperativos es igual al numero atenciones realizadas por cada procedimiento recuperativo.

a) Registro de los procedimientos recuperativos, que no necesariamente delimitan su realización en piezas dentales especificas.

SUB PRODUCTO: RASPAJE DENTAL

PROCEDIMIENTO:

D1310 Raspaje dental o Destartraje dental
E4110 Pulido dental
E4120 Raspaje y pulido dental

SUB PRODUCTO: DEBRIDACIÓN DE LOS PROCESOS INFECCIOSOS BUCODENTALES

PROCEDIMIENTO:

D3221 Desbridamiento de la pulpa, dientes primarios y permanentes (apertura cameral como via de drenaje).
D7510 Incisión y drenaje de absceso - intraoral
D7511 Incisión y drenaje de absceso - intraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)
D7520 Incisión y drenaje de absceso - extraoral
D7521 Incisión y drenaje de absceso - extraoral - complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)
41006 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; sublingual, profundo, supramilohioideo
41007 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submentoniano
41008 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submandibular
41009 Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio masticatorio
41015 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; sublingual
41016 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submentoniano
41017 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submandibular
41018 Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; espacio masticador
41800 Drenaje de absceso, quiste, hematoma de las estructuras dentoalveolares
42300 Drenaje de absceso de glándula parótida, simple
42305 Drenaje de absceso de glándula parótida, complicada
42310 Drenaje intraoral de absceso de glándula submaxilar o sublingual
42320 Drenaje externo de absceso de glándula submaxilar
42325 Fistulización de quiste salival sublingual
42326 Fistulización de quiste salival sublingual (ranula), con prótesis

SUB PRODUCTO: CONSULTA ESTOMATOLÓGICA

PROCEDIMIENTO

D0140 Consulta estomatológica no especializada
D0160 Consulta estomatológica especializada

1. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra los procedimiento recuperativos realizados durante la atención al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En el recuadro correspondiente **al Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda**,**

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD PIEDRA LIZA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____					
17	81965843	2	RIMAC	19	F	M	PC		PESO		N	N	RASPAJE DENTAL O DESTARTRAJE DENTAL	P	D	R				D4355
	I-012				M				TALLA		E	E	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD SAÑO						ODONTOLOGÍA				DNI											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
23	29658432	2	SAÑO	21	X	M	PC		PESO		N	N	ABCESO PERIAPICAL CON FISTULA		P	X	R				K046		
	M-024				M				TALLA		X	X	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA NO ESPECIALIZADA		P	X	R				D0140		
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO - INTRAORAL		P	X	R				D7510		

b) Registro de los procedimientos recuperativos, que delimitan su realización en piezas dentales especificas. dedido a las nuevas disposiciones establecidas en actualizacion de las definiciones operacionales para estos sub productos ya NO SE REGISTRA en el casillero del campo LAB la sigla "FIN".

SUB PRODUCTO: EXODONCIA SIMPLE

PROCEDIMIENTO

D7111 Extracción, restos coronales - diente deciduo
D7140 Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y / o extracción de fórceps)
E7251 Exodoncia intencional

SUB PRODUCTO: RESTAURACIONES DENTALES CON IONÓMERO DE VIDRIO

PROCEDIMIENTO

E1352 Tratamiento restaurador atraumático
E2395 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)
E2396 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primaria o permanente)
E2397 Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanente)
E2398 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)
E2399 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primarias o permanente)
E2400 Restauración autocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanente)

SUB PRODRUCTO: RESTAURACIONES DENTALES CON RESINA

PROCEDIMIENTO:

D2330 Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2331 Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2332 Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
D2335 Restauraciones fotocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias a anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes)
D2390 Restauración fotocurable de resina en toda la corona de piezas anteriores (primarias o permanentes)
D2391 Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2392 Restauraciónes fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2393 Restauraciónes fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)
D2394 Restauraciónes fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra los procedimiento recuperativos realizados durante la atencion al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D" ,**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registran el número piezas dentales tratadas durante la sesión,** para este grupo de procediemientos ya **NO SE REGISTRA en el subsiguiente recuadro del Item Valor LAB la sigla "FIN".**
3. En el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun corresponda.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD TAMPOPATA						ODONTOLOGÍA				DNI											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
22	74658432	2	TAMBOPATA	11	X	M	PC		PESO		N	N	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA		P	X	R	1			D7140		
	T-034				M				TALLA		X	X			P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R						

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD LAMAS						ODONTOLOGÍA				DNI											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
15	79658432	2	LAMAS	7	X	M	PC		PESO		N	N	TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO		P	X	R	2			E1352		
	TR-24				M				TALLA		X	X			P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R						

EJEMPLO N° 03:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD RIOJA						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
21	77788432	2	RIOJA	9	A	M	PC		PESO		N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE CON IONÓMERO DE VIDRIO EN UNA SUPERFICIE DENTARIA		P	D	R	1			D2395
	Y-81				M				TALLA		E	E			P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

EJEMPLO N° 04:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD DOS DE MAYO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
9	78158432	2	DOS DE MAYO	10	A	M	PC		PESO		N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES		P	D	R	2			D2391
	P-54				M				TALLA		E	E			P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

VII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PRODUCTO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN CON O SIN POBLACIÓN ASIGNADA

Para el Producto de Atención Estomatológica Especializada las definiciones operacionales en el marco del PpR establecen que, la frecuencia de cumplimiento de los sub productos especializados es igual al número de atenciones realizadas por cada procedimiento especializado.

a). Registros de los procedimientos especializados que delimitan su realización en piezas dentales especificas durante una sesión

SUB PRODUCTO: TERAPIA PULPAR

PROCEDIMIENTO:

D3110 Recubrimiento pulpar directo(excluyendo la restauración final)
D3120 Recubrimiento pulpar indirecto (excluyendo la restauración final)
D3220 Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final): extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento.
D3222 Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo radicular incompleto
D3355 Regeneración pulpar - visita inicial
D3356 Regeneración pulpar - reemplazo de medicación provisional
D3357 Regeneración pulpar - finalización del tratamiento

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado realizado durante la atencion al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número piezas dentales tratadas durante la sesión.**
3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD EL ALTO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
2	78445124	2	EL ALTO	7	A	M	PC		PESO		N	N	RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO		P	D	R	1			D3120
	M-012				M				TALLA		E	E	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS		P	D	R	1			D2330
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD NAMBALLE						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
14	80034578	2	NAMBALLE	4	A	M	PC		PESO		N	N	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA		P	D	R	1			D3220
	O-009				M				TALLA		E	E			P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R				

b) Registros de los procedimientos especializados que no delimitan su realización en piezas dentales individuales o especificas y que se ejecutan generalemente durante una sesión.

SUB PRODUCTO: TRATAMIENTO PERIODONTAL

PROCEDIMIENTO:

E4130 Curetaje subgingival
E4250 Cirugía periodontal receptiva por cuadrante
E4251 Cirugía periodontal receptiva por sextante
D4210 Gingivectomía - gingivoplastía de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes
D4211 Gingivectomía - gingivoplastía de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes
D4240 Colgajo periodontal con alisado radicular de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante
D4241 Colgajo periodontal con alisado radicular de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante
D4245 Colgajo posicionado apicalmente
D4249 Alargamiento clínico de la corona del diente
D4266 Regeneración tisular guiada - barrera absorbible sin relleno
D4267 Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible sin relleno (incluye elminación de membrana)
E4252 Regeneración tisular guiada - barrera absorbible con relleno
E4253 Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible con relleno
D4268 Correcciones post quirúrgicas (revisión quirurgica por diente)
D4270 Colgajo desplazado de tejido blando (Injerto de tejido blando pedicular)
D4271 Injerto gingival libre (incluye cirugía de la zona donante)
D4273 Injerto de tejido conectivo subepitelial (incluye cirugía de la zona donante y zona receptora)
D4274 Cuña distal o proximal en diente unico (cuando no se realiza en conjunción con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica
D4275 Aloinjerto de tejido blando
D4341 Raspado y alisado radicular - cuatro a más dientes por cuadrante
D4342 Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante
D4381 Medicación antimicrobiana de uso local controlada
D4910 Mantenimiento periodontal
D4999 Procedimiento periodontal no especificado, por informe
E5010 Regeneración ósea
E5011 Colgajo desplazado con injerto de tejido conectivo
E5012 Injerto óseo

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado realizado durante la atencion al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D" (Definitivo),**
2. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	MAYO	CENTRO DE SALUD LA PUNTA						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____										
20	45673234	2	LA PUNTA	25	X	M	PC		PESO		N	N	CURETAJE SUBGINGIVAL	P	X	R				E4130		
	I-012				M				TALLA		C	C		P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R						

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD FERREÑAFE						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____										
16	41658432	2	FERREÑAFE	35	X	M	PC		PESO		N	N	RASPADO Y ALISADO RADICULAR - CUATRO A MÁS DIENTES POR CUADRANTE	P	X	R				D4341		
	A-029				M				TALLA		C	C		P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R						

c) Registro de los procedimientos especializados que delimitan su realización en piezas dentales especificas que reuqieren mas de una sesión para su culminación, para estos procedimientos se registra las siglas "IA" inicio de la atencion, "CA" continuación de la atencion y "TA" término de la atención. El factor de cumplimiento establecido en las definiciones operacionales del PpR para etse grupo de procedimientos se determinba con el registro del termino de la atención "TA".

SUB PRODUCTO: TERAPIA ENDODONTICA

PROCEDIMIENTO:

D3230 Pulpectomía anterior dientes deciduo (excluyendo restauración final)
D3240 Pulpectomía posterior diente deciduo (excluyendo restauración final)
D3310 Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores vitales (excluyendo restauración final)
D3311 Tratamiento de conducto en pieza uniradicular no vital (excluyendo restauración final)
D3320 Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides vitales (excluyendo restauración final)
D3330 Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores vitales (excluyendo restauración final)
E3319 Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores no vitales (excluyendo restauración final)
E3321 Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides no vitales (excluyendo restauración final)
E3322 Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores no vitales (excluyendo restauración final)
D3331 Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular, acceso no quirúrgico
D3332 Terapia endodóntica incompleta, diente inoperable, sin posibilidad de restauración o fracturado
D3333 Reparación de la raíz interna por defectos de perforación
D3346 Retratamiento de endodoncia en piezas dentaria anteriores
D3347 Retratamiento de endodoncia en piezas dentarias bicúspides
D3348 Retratamiento de endodoncia de piezas dentarias posteriores
D3351 Apexificación / recalcificación: visita inicial (cierre apical / reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)
D3352 Apexificación / recalcificación: reemplazo provisional de medicamentos
D3353 Apexificación / recalcificación - visita final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical / reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)
D3430 Obturación retrógrado - por raíz

Registro de la SIGLA "IA" INICIO DE LA ATENCIÓN del procedimiento especializado.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado realizado durante la atención al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión.**
3. En el subsiguiente recuadro del Item Valor LAB se registra la sigla "IA", que hace referencia al INICIO DE LA ATENCIÓN
3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD COTABAMBAS						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
10	79458216	2	COTABAMBAS	19	X	M	PC		PESO		N	N	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE ANTERIOR	P	X	R	1	IA		D3310		
	R-025				M				TALLA		E	E		P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R						

Registro de la SIGLA "CA" CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN del procedimiento especializado.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado realizado durante la atención al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión.**
3. En el subsiguiente recuadro del Item Valor LAB se registra la sigla "CA", que hace referencia a la sesiòn de CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN que pueden ser una o varias sesiones**.**
4. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD COTABAMBAS						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
17	79458216	2	COTABAMBAS	19	X	M	PC		PESO		N	N	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE ANTERIOR	P	X	R	1	CA		D3310		
	R-025				M				TALLA		E	E		P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R						

Registro de la SIGLA "TA" TERMINO DE LA ATENCIÓN del procedimiento especializado.

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub productos de atenciòn estomatológica especializada al usuario de salud.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado realizado durante la atención al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión.**
3. En el subsiguiente recuadro del Item Valor LAB se registra la sigla "TA", que hace referencia al **TÉRMINO DE LA ATENCIÓN y determina el cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub producto**
4. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD COTABAMBAS						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
26	79458216	2	COTABAMBAS	19	X	M	PC		PESO		N	N	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE ANTERIOR	P	X	R	1	TA		D3310		
	R-025				M				TALLA		E	E		P	D	R						
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R						

d) Registro de los procedimientos especializados de ortodoncia y ortopedia del maxilar que delimitan su realización sobre las arcadas dentarias y los maxilares y que requieren una serie de atenciones sucesivas para la culminación del tratamiento establecido en el usuario de salud, para estos procedimientos se registra las siglas "IA" (inicio de a atención), "IN" (instalación de la aparatología fija y/o removible), "CA" (continuación de la atención) y "TA" (término de la atención). El factor de cumplimiento establecido en las definiciones operacionales del PpR para este grupo de procedimientos se determina con el registro de la sigla "IN" (instalación de la aparatología fija y/o removible)

SUB PRODUCTO: TRATAMIENTO DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

PROCEDIMIENTO:

E8211 Tratamiento de disyunción maxilar
E8212 Tratamiento de distracción osteogénica de los maxilares
D1510 Mantenedor de espacio fijo unilateral
D1515 Mantenedor de espacio fijo bilateral
D1520 Mantenedor de espacio removible unilateral
D1525 Mantenedor de espacio removible bilateral
D8010 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición primaria
D8020 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición de transición
D8030 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición adolescente
D8040 Tratamiento de ortodoncia limitado a la dentición adulta
D8050 Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición primaria
D8060 Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición mixta
D8070 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición mixta
D8080 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adolescente
D8090 Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adulto
D8220 Terapia con aparatología en ortodoncia fija
D8210 Terapia con aparatología en ortodoncia removible
D8999 Procedimiento ortodóncico no especifico

Registro de la SIGLA "IA" INICIO DE LA ATENCIÓN del Tratamiento de Ortodoncia - Ortopedia Maxilar.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado de ortodoncia y/o ortopedia del maxilar, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra la sigla "IA", que hace referencia al INICIO DE LA ATENCIÓN del tratamiento de ortodoncia - Ortopedia maxilar

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD SAN PABLO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____										
9	77458219	1	CHORRILLOS	11	X	M	PC		PESO		N	N	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA EN DENTICIÓN MIXTA		P	X	R	IA			D3310	
	A 34				M				TALLA		X	X			P	D	R					
		59			D	X	Pab		Hb		R	R			P	D	R					

Registro de la SIGLA "IN" cuando se ha culminado la Instalación de la Aparatología Ortondoncia Fija y/o Removible

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega del sub producto de tratamiento de ortodoncia y ortopedia del maxilar al usuario de salud.

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado de ortodoncia y/o ortopedia del maxilar, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

2. En En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra la sigla "IN", cuando se ha culminado la instalación de la aparatología fija y/o removible, determinando el cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega de este grupo de sub producto

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD SAN PABLO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____										
17	77458219	1	CHORRILLOS	11	X	M	PC		PESO		N	N	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA EN DENTICIÓN MIXTA		P	X	R	IN			D3310	
	A 34				M				TALLA		X	X			P	D	R					
		59			D	X	Pab		Hb		R	R			P	D	R					

Registro de la SIGLA "CA" CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN del Tratamiento de Ortodoncia - Ortopedia Maxilar..

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado de ortodoncia y/o ortopedia del maxilar, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra la sigla "CA",que hace referencia a la sesiòn de CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN del tratamiento de ortodoncia - Ortopedia maxilar, incluye las controles periódicos,

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	OCTUBRE	CENTRO DE SALUD SAN PABLO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12																			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO												P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____										
11	77458219	1	CHORRILLOS	11	X	M	PC		PESO		N	N	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA EN DENTICIÓN MIXTA		P	X	R	CA			D3310	
	A 34				M				TALLA		X	X	CONTROL PERIÓDICO DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO		P	X	R				D8670	
		59			D	X	Pab		Hb		R	R			P	D	R					

Registro de la SIGLA "TA" TÉRMINO DE LA ATENCIÓN del Tratamiento de Ortodoncia - Ortopedia Maxilar..

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado de ortodoncia y/o ortopedia del maxilar, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra la sigla "TA" que hace referencia al TÉRMINO DE LA ATENCIÓN y determina la finalización del tratamietno de ortodoncia y/o ortopedia del maxilar ,

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2022	MARZO	CENTRO DE SALUD SAN PABLO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
25	77458219	1	CHORRILLOS	11	X	M	PC		PESO		N	N	**TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA EN DENTICIÓN MIXTA**	P	X	R	TA			D3310
	A 34				M				TALLA		X	X	CONTROL PERIÓDICO DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO	P	X	R				D8670
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

e) Registro del procedimiento de Rehabilitación Protésica, contempla el siguiente grupo de siglas: IP, ID, RI, PEN, IN, 1C y 2C ; que son utilizadas para identificar cada una de las fases realizadas en el desarrollo de este procedimiento y se registran según corresponda en el casillero del campo Lab.
El factor de cumplimiento establecido en las definiciones operacionales del PpR para este grupo de procedimientos se determina con el registro de la sigla"IN", instalaciòn de la protesis

SUB PRODUCTO: REHABILITACION PROTESICA

PROCEDIMIENTO:

D5110 Protesis dental completa maxilar
D5120 Protesis dental completa mandibular
D5130 Protesis inmediata maxilar
D5140 Protesis inmediata mandibular
D5211 Protesis removible parcial maxilar base de acrilico (termocurado)
D5212 Protesis removible parcial mandibular base de acrilico (termocurado)
D5213 Protesis removible parcial maxilar base metalica
D5214 Protesis removible parcial mandibular base metalica
D5225 Protesis removible parcial maxilar - base flexible
D5226 Protesis removible parcial mandibular - base flexible
D5860 Sobredentadura completa
D5861 Sobredentadura parcial

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado que forma parte del sub producto de REHABILITACIÓN PROTESICA y luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"**

2. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra la sigla que corresponda a fase desarrollada del procedimiento :

- **IP = Impresión Primaria**
- **ID = Impresión Definitiva**
- **RI = Relación Intermaxilar**
- **PEN = Prueba de Enfilado**
- **IN = Instalación de Prótesis (determina el factor de cumplimiento del SUB PRODUCTO DE REHABILITACIÓN PROTESICA)**
- **1C= 1º Control**
- **2C= 2º Control**

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

REGISTRO DE LA SIGLA "IP" IMPRESIÓN PRIMARIA

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FECRERO	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
2	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	**PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR**	P	X	R	IP			D5110
	A-035				M				TALLA		X	X	**PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR**	P	X	R	IP			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

REGISTRO DE LA SIGLA "ID" IMPRESIÓN DEFINITIVA

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
17	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	**PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR**	P	X	R	ID			D5110
	A-035				M				TALLA		X	X	**PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR**	P	X	R	ID			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

REGISTRO DE LA SIGLA "RI" RELACIÓN INTERMAXILAR

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
5	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR	P	D	R	RI			D5110
	A-035				M				TALLA		E	E	PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	P	D	R	RI			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

REGISTRO DE LA SIGLA "PEN" PRUEBA DE ENFILADO

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
18	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR	P	D	R	PEN			D5110
	A-035				M				TALLA		E	E	PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	P	D	R	PEN			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

Registro de la SIGLA "IN" cuando se ha culminado la Instalación de la INSTALACIÓN DE PRÓTESIS

Cumplimiento de la frecuencia mínima establecida en las definiciones operacionales para la entrega del sub producto deREHABILITACIÓN PROTÉSICA

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
30	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR	P	D	R	IN			D5110
	A-035				M				TALLA		E	E	PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	P	D	R	IN			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

REGISTRO DE LA SIGLA "1C" PRIMER CONTROL

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
7	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR	P	D	R	1C			D5110
	A-035				M				TALLA		E	E	PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	P	D	R	1C			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

REGISTRO DE LA SIGLA "2C" SEGUNDO CONTROL

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD PISCO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
14	2054825	2	PISCO	63	X	M	PC		PESO		N	N	PROTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR	P	D	R	2C			D5110
	A-035				M				TALLA		E	E	PROTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	P	D	R	2C			D5120
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

f) Registro de los procedimientos quirurgicos especializados, que según su naturaleza se circunscriben a su realización sobre piezas dentales o sobre las estructuras que comprenden el sistema estomatognático.

SUB PRODUCTO: TRATAMIENTO QUIRURGICO BUCAL Y MAXILO FACIAL

PROCEDIMIENTO:

D7210 Exodoncia quirúrgica del diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico, extracción de hueso y/o sección del diente (extracción compleja)
D7220 Exodoncia quirúrgica de diente impactado en tejido blando
D7230 Exodoncia quirúrgica de diente parcialmente impactado óseo
D7240 Exodoncia quirúrgica de diente completamente impactado óseo
D7241 Exodoncia quirúrgica de diente retenido
D7250 Extracción quirúrgica de restos radiculares
D7270 Reimplantacion de diente y/o estabilizacion de diente
D7272 Diente trasplante (incluye reimplantación de un sitio a otro y entabillado y/o estabilización)
D3410 Apicectomía anterior
D3421 Apicectomía - premolar
D3425 Apicectomía - molar
D3450 Amputación radicular o de raíz
D7280 Acceso quirúrgico de diente retenido
D7282 Movilización de diente erupcionado o en mala posición para permitir erupción

1. En el recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado, realizado durante la atención al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**

2. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión.

3. En el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12															
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____						
19	79658432	2	CARAZ	21	X	M	PC	PESO		N	N	EXODONCIA QUIRÚRGICA DE DIENTE RETENIDO	P	X	R	1			D7241
	CC-049				M	X		TALLA		X	X	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R				D7910
		59			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JUNIO	CENTRO DE SALUD CASMA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12															
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____						
7	76548124	2	CASMA	28	X	M	PC	PESO		N	N	APICECTOMIA	P	X	R	1			D3410
	A32				M			TALLA		X	X	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R				D7910
		59			D	X	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

g) Registro de los procedimientos quirúrgicos especializados de alto nivel de complejidad.

SUB PRODUCTO: TRATAMIENTO QUIRURGICO BUCAL Y MAXILO FACIAL

PROCEDIMIENTO:

D7960 Frenulectomía (frenectomía y frenotomía)
D7963 Frenuloplastía
40819 Escición de frenillo, labial o bucal (Frenumectomía, Frenulectomía, Frenectomía)
41115 Escición de frenillo lingual (frenectomía)
D7970 Escisión de tejido hiperplásico, por arco
D7971 Escisión de encía pericoronal
D7260 Cierre de fistula oroantral
D7261 Cierre primario de una perforación sinusal
D7283 Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado
D7285 Biopsia de tejido oral - duro (hueso, dientes)
D7286 Biopsia de tejido oral - tejidos blandos
E7274 Biopsia de tejidos blandos extraoral
E7275 Biopsia de tejidos duros extraoral
E7276 Biopsia por punzo aspiración
D7287 Colección de muestra citológica exfoliativa
D7288 Raspado de biopsia - recogida de muestras trans epiteliales
D7290 Reposicionamiento quirúrgico de los dientes
D7291 Fibrotomía transeptal / supracrestal por informe
D7310 Alveoloplastía con extracciones de 4 a más dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7311 Alveoloplastía con extracciones de 1 a 3 dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7320 Alveoloplastía sin extracciones de 4 o más dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7321 Alveoloplastía sin extracciones de 1 a 3 dientes o espacios interdentales por cuadrante
D7410 Excisión de lesión benigna hasta 1.25 cm
D7411 Excisión de lesión benigna de más de 1.25 cm
D7412 Excisión de lesión benigna complicada
D7413 Excisión de lesión maligna 1.25 cm
D7473 Eliminación de torus mandibular
D7485 Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea
D7490 La resección radical del maxilar o de la mandíbula
D7530 Remoción de cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo
D7540 Eliminación de reacción que produce cuerpos extraños, sistema mucoesquelético
D7550 Secuestrectomía / osteotomía parcial para remoción de hueso no vital
D7560 Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmento dental o cuerpo extraño
D7610 Reducción abierta en fractura simple de maxilar superior (dientes inmovilizados)
D7620 Reducción cerrada en fractura simple de maxilar superior (dientes inmovilizados)
D7630 Reducción abierta en fractura simple de mandíbula (dientes inmovilizados)
D7640 Reducción cerrada en fractura simple de mandíbula (dientes inmovilizados)
D7650 Reducción abierta en fractura simple de hueso malar y arco cigomático
D7660 Reducción cerrada en fractura simple de hueso malar y/o arco cigomático
D7670 Reducción cerrada en fractura simple de alveolo , puede incluir estabilización de los dientes
D7671 Reducción abierta en fractura simple de alveolos, que pueden incluir la estabilización de dientes
D7680 Reducción en fractura simple de los huesos faciales complicado con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos
D7710 Reducción abierta en fractura complicada de maxilar
D7720 Reducción cerrada en fractura complicada de maxilar
D7730 Reducción abierta en fractura complicada de mandíbula
D7740 Reducción cerrada en fractura complicada de mandíbula
D7750 Reducción abierta en fractura complicada en hueso malar y/o arco cigomático
D7760 Reducción cerrada en fractura complicada en hueso malar y/o arco cigomático
D7770 Reducción abierta en fractura complicada de alveolos, con estabilización de dientes
D7771 Reducción cerrada en fractura complicada de alveolos con estabilización de dientes

D7414 Excisión de lesión maligna mayor que 1.25 cm
D7415 Excisión de lesión maligna complicada
D7440 Extirpación de tumor maligno - diámetro de lesión hasta 1,25cm
D7441 Extirpación de tumor maligno - diámetro de lesión mayo de1.25 cm
D7450 Remoción de quiste o tumor odontogénico benignos - lesiones de diámetro hasta 1.25 cm
D7451 Remoción de quiste o tumor odontogénico benignos - lesiones de diámetro de más de 1.25 cm
D7460 Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - lesiones de diámetro hasta 1.25 cm
D7461 Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - lesiones de diámetro de más de 1.25 cm
D7465 Destrucción de lesiones por el método físico químico, por informe
D7471 Remoción de exostosis lateral (maxila o mandíbula)
D7472 Eliminación de torus palatino
D7871 Lisis y lavado artroscópico
D7872 Artroscopia - diagnostico con o sin biopsia
D7873 Artroscopia - quirúrgico: lavado y lisis de adhesiones
D7874 Artroscopia - quirúrgico reposición de disco y estabilización
D7875 Artroscopia - quirúrgico sinovectomía
D7876 Artroscopia - quirúrgico discectomía
D7877 Artroscopia - quirúrgico desbridamiento
D7880 Dispositivo ortopédico oclusal, por informe
D7899 Terapia no especificada tmd, por informe
D7920 Injerto de piel (identificar el defecto a cubrir, la ubicación y el tipo de injerto)
D7940 Osteoplastia
D7941 Osteotomía - rama mandibular
D7943 Osteotomía - rama mandibular con injerto óseo, incluye la obtención del injerto
D7944 Osteotomía segmento o subapical por cuadrante o sextante
D7945 Osteotomía - cuerpo de la mandíbula
D7946 Lefort I (maxilar total)
D7947 Lefort I (maxilar segmentado)
D7948 Lefort II o Lefort III (osteoplastia de los huesos faciales del tercio medio facial o hipoplasia) sin injerto óseo
D7949 Lefort II o Lefort III con injerto óseo
D7950 Injerto óseo, osteoperiosteal o el cartílago de los huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe
D7953 Injerto óseo de remplazo para la conservación de la cresta
D7955 Reparación de defectos maxilofaciales de tejido blando y/o tejido duro
D7972 Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa
D7980 Sialolitotomia
D7981 Extirpación de la glándula salival , por informe
D7982 Sialodocoplastía
D7983 Cierre de fistula salival
D7990 Traqueotomía de emergencia
D7991 Coronoidectomía
D7995 Injerto sintéticos - huesos mandibulares o faciales, por informe
D7996 Implante mandibular con fines de aumento (con exclusión de cresta alveolar) mediante informe
D7997 Eliminación del aparato del implante (no por el dentista que coloco el aparato), incluye la extirpación del arco bar
D7999 Procedimiento quirúrgico orales no específicos (evaluar)
E7998 Marsupialización en el sistema estomatognático
21025 Escición de huesos, mandíbula (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)
21029 Remoción de tumor benigno de hueso facial por contorneo (p. ej. fibrodisplasia)
21030 Escición de tumor benigno o quiste de mandíbula o zigoma mediante enucleacion o curetaje
21031 Escisión de abultamiento mandibular
21032 Escición de abultamiento palatino maxilar
21034 Escición de tumor maligno de la mandíbula o zigoma
21040 Escición de quiste benigno o de tumor de mandíbula mediante enucleación y/o curetaje
21045 Resección radical de tumor maligno de mandíbula
21046 Resección radical de tumor benigno de mandíbula que requiere osteotomía intraoral (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21047 Resección tumor benigno o quiste de mandíbula que requiere osteotomía extraoral y mandibulectomia parcial (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21048 Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía intraoral (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21049 Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía extraoral y maxilectomia parcial (p. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)
21050 Condilectomía, articulación témporomandibular (procedimiento separado)
21060 Meniscectomía, parcial o completa, articulación témporomandibular (procedimiento separado)
21070 Coronoidectomía (procedimiento separado)
21073 Manipulación terapéutica de articulación(es) temporomandibular(es) que requieren anestesia (p. ej. general o monitoreo de la anestesia)
21100 Aplicación de dispositivo tipo halo para fijación maxilofacial, incluye remoción (procedimiento separado)
21110 Aplicación de dispositivo para fijación interdentaria para anomalías que no sean fractura o dislocación, incluye remoción
21120 Genioplastía, aumento de mandíbula (injerto autólogo, alográfico, prostético)
21125 Aumento del cuerpo o ángulo del maxilar inferior con material prostésico
21141 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de una sola pieza, movimiento de segmento en cualquier dirección (p. ej. para Síndrome de rostro largo), sin injerto de hueso
21142 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 2 piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, sin injerto de hueso
21143 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 3 o más piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, sin injerto de hueso
D7778 Reducción de fractura complicada de los huesos faciales con la fijación y múltiples abordajes quirúrgicos
D7810 Reducción abierta de luxación
D7820 Reducción cerrada de luxación
D7830 Manipulación de luxación bajo anestesia
D7840 Condilectomía
D7850 Discectomía quirúrgica, con / sin implante
D7852 Reparación del disco
D7854 Sinovectomía
D7856 Mionotomía
D7858 Reconstrucción de la articulación
D7860 Artromía
D7865 Artroplastia
D7870 Artrocentesis
21151 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort II, en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto)
21154 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I
21155 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) con LeFort I
21159 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extra e intracraneal), con desplazamiento de frente hacia delante (p. ej. monoblock) con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I
21160 Reconstrucción mediofacial, osteotomía de LeFort III (extra e intracraneal), con translocación hacia adelante de la frente (p. ej. en un solo bloque), que requiere injertos óseos (incluye obtención de injerto autólogo); con LeFort I
21188 Reconstrucción mediofacial con osteotomías (diferentes de LeFort) e injertos óseos (incluye obtención de autoinjerto)
21193 Reconstrucción de ramas de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; s in injerto óseo
21194 Reconstrucción de ramás de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; con injerto óseo (incluye obtención de injerto)
21195 Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, sin fijación rígida interna
21196 Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, con fijación rígida interna
21198 Osteotomía segmentaria de mandíbula
21199 Osteotomía segmentaria de mandíbula con avance del musculo geniogloso
21206 Osteotomía segmentaria de maxilar (p. ej. Wassmund o Schuchard)
21215 Injerto de hueso en mandíbula (incluye obtención de injerto)
21240 Artroplastía témporomandibular con o sin autoinjerto (incluye obtención de injerto)
21242 Artroplastía témporomandibular con autoinjerto
21243 Artroplastía témporomandibular y reemplazo con prótesis
21244 Reconstrucción extraoral de maxilar inferior con placa ósea transósea (p. ej. Placa ósea de maxilar inferior engrapada)
21245 Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico parcial
21246 Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico completo
21247 Reconstrucción de la apófisis condilar de la mandíbula con injerto óseo y cartilaginoso autólogo (incluye obtención de injerto) (p. ej. microsomia hemifacial)
21248 Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico parcial (p. ej. lámina, cilindro)
21249 Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico completo (p. ej. Lámina, cilindro)
21345 Tratamiento cerrado de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con fijación interdentaria con alambre o fijación de placa dentaria
21346 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con alambre y/o fijación local
21347 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), que requiere múltiples abordajes
21348 Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)
21421 Tratamiento cerrado de fractura palatina o maxilar (LeFort I), con fijación interdentaria con alambre o fijación a placa dentaria
21422 Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I)
21423 Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I) complicada (conminuta o que involucra los forámenes de salida de los nervios craneales), con múltiples abordajes
21431 Tratamiento cerrado de disyunción craneofacial (LeFort III) con fijación interdentaria con con alambre o fijación a placa dentaria
21432 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III), con alambre y/o fijación interna
21433 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada (p. ej. conminuta o que involucra la salida de los nervios salidas), con múltiples abordajes quirúrgicos
21435 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, utilizando técnicas de fijación externas y/o internas (p. ej. Casco cefálico, dispositivo de tenaza y/o fijación intermaxilar)
21436 Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, con múltiples abordajes, con fijación interna, mediante injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)
21440 Tratamiento cerrado de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)
21445 Tratamiento abierto de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)
21450 Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula sin manipulación
21451 Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula con manipulación
21452 Tratamiento percutáneo de fractura de mandíbula con fijación externa
21453 Tratamiento cerrado de fractura de mandibular con fijación interdentaria
21454 Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación externa
21461 Tratamiento abierto de fractura mandibular sin fijación interdentaria

21145 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de una sola pieza, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto)
21146 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 2 piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto), (por. ej. Hendidura alveolar no injertada unilateral)
21147 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort I de 3 o más piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención de injertos) (p. ej. Hendidura alveolar bilateral no injertada u osteotomías múltiples)
21150 Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort II, con intrusión anterior (p. ej. Síndrome de Treacher-Collins)
21462 Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación interdentaria
21465 Tratamiento abierto de fractura sub condilar desplazada del maxilar inferior
21470 Tratamiento abierto de fractura mandibular complicada, mediante múltiples abordajes quirúrgicos, incluyendo fijación interna, fijación interdentaria, y/o fijación con alambre a placa dentaria o ferulas
21480 Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular, inicial o subsiguiente
21485 Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular complicada (Ejemplo: luxación recurrente que requiere fijación intermaxilar o ferulización), inicial o subsiguiente
21490 Tratamiento abierto de luxación de articulación témporomandibular
21497 Cerclaje interdentario para una condición diferente de la fractura

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento especializado, que forma parte del sub producto de TRATAMIENTO QUIRURGICO BUCAL Y MAXILOFACIAL, realizado durante la atención al usuario de salud y se marca con un aspa **(X)** en los casilleros "**D",**
2. En los recuadros correspondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos registrados segun correponda.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	JULIO	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
13	45623789	2	YANACANCHA	2	X	M	PC		PESO		N	N	FRENECTOMÍA	P	X	R	SO			D7960
	P-031				M				TALLA		C	C		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
13	22458761	2	LA ESPERANZA	52	X	M	PC		PESO		N	N	ALVEOLOPLASTÍA CON EXTRACCIONES DE 4 A MÁS DIENTES O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	P	X	R				D7310
	J-067				M				TALLA		C	C	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R				D7910
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 03:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	OCTUBRE	CENTRO DE SALUD SAN RAMÒN			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
30	81658432	2	SAN RAMÓN	19	X	M	PC		PESO		N	N	ESCISIÓN DE ENCÍA PERICORONAL; OPERCULECTOMIA	P	X	R				D7971
	S-054				M				TALLA		C	C		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 04:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	N0VIEMBRE	HOSPITAL DOS DE MAYO			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
8	22458761	2	LIMA	31	X	M	PC		PESO		N	N	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERDENTARIA	P	X	R	SO			21462
	J-067				M				TALLA		C	C		P	D	R				
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

VIII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SALUD BUCAL EN LA GESTANTE

La atención en salud bucal a la gestante comprende todos los procedimientos estomatologicos realizados a la usuaria de salud durante el periodo de gestación que finaliza con el parto, el registro de los procedimientos estomatológicos comprende el uso de la sigla "G", este registro diferencia la atención de una usuaria de salud gestante de la no gestante, y se realiza bajo las siguientes consideraciones.

VIII. 1. Registro de la atención en salud bucal a la usuaria de salud, cuando la primera atención a realizarse en su condicion de gestante coincide con la condición de paciente nueva o reingresante al servicio de odontología, es decir con su primera atención realizada durante el año en curso.

a) Cuando la gestante <u>NO PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el casillero correspondiente al Item Gestante/Puerpera, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X**) en el casillero **"D"**, en el recuadro correspondiente **Item Valor LAB** se registra **la sigla "G"**, en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

3. En los **recuadros subsiguientes se registran los PROCEDIMIENTOS realizados** según el plan de tratamiento preventivo establecido para la gestante.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
13	70125431	2	TAMBOPATA	19	A	M	PC	PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	D	R	G			D0150	
	W-34	59			M			TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	1			D1330	
	GESTANTE				D	F	Pab	Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310	
					A	M	PC	PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110	
					M			TALLA		C	C	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ	P	D	R	1			D1206	
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

b) Cuando la gestante <u>PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el casillero correspondiente al Item Gestante/Puerpera, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X**) en el casillero **"D"**, en el recuadro correspondiente **Item Valor LAB** se registra la **sigla "G"**, en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

3. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos** identificados durante **la evaluación realizada a la gestante** y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D" (Definitivo) del Item Tipo de Diagnóstico**; ***<u>en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes</u>*** **<u>, se registrarán en los recuadros correspondientes al Item Valor LAB el número de dientes afectados</u>**; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT** se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.

4. Finalmente, luego del registro de las consideraciones descritas, se registrarán en los recuadros subsiguientes los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
18	47845766	2	SINGA	25	A	M	PC	PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	D	R	G			D0150	
	OM-22	59			M			TALLA		C	C	CARIES DE LA DENTINA	P	D	R	3			K021	
	GESTANTE				D	F	Pab	Hb		R	R	GINGIVITIS AGUDA	P	D	R				K050	
					A	M	PC	PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110	
					M			TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	1			D1330	
					D	F	Pab	Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310	

VIII.2. Registro de la atención en salud bucal a la usuaria de salud, cuando la primera atención a realizarse en su condicion de gestante se realiza durante el año en curso como paciente continuador al servicio de odontología, bajo esta consideración a la gestante se le debio haber realizado la evaluacion oral completa con anterioridad cuando tenia la condicion de no gestante.

a) Cuando la gestante <u>NO PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera**, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Periòdica** y se marca con un aspa **(X**) en el casillero **"D"** (Definitivo), en el **Item Valor LAB** se registran en el recuadro correspondiente **la sigla "G**", en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0120"**.

3. En los **recuadros subsiguientes se registraran los PROCEDIMIENTOS realizados** según el plan de tratamiento preventivo establecido para la gestante.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	78125431 / H-34 / GESTANTE	2 / 59	TAMBOPATA	18	A / M / D; M / F; PC / Pab		PESO / TALLA / Hb	N / C / R	N / C / R	**EVALUACIÓN ORAL PERIÒDICA**	P	X	R	**G**			**D0120**
										INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	**1**			D1330
										ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	**1**			D1310
					A / M / D; M / F; PC / Pab		PESO / TALLA / Hb	N / **C** / R	**N** / C / R	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	**1**			D1110
										APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ	P	X	R	**1**			D1206
											P	D	R				

b) Cuando la gestante <u>PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera**, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Periòdica** y se marca con un aspa **(X**) en el casillero **"D"** (Definitivo), en el **Item Valor LAB** se registran en el recuadro correspondiente **la sigla "G**", en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

3. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos** identificados durante **la evaluación realizada a la gestante** y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D"** (Definitivo) del Item **Tipo de Diagnóstico**; *en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes* , se registrarán en los recuadros correspondientes al Item **Valor LAB** el número de dientes afectados; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT** se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.

4. Finalmente, luego del registro de las consideraciones descritas, se registrarán en los recuadros subsiguientes los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	77548621 / OM-22 / GESTANTE	2 / 59	SINGA	27	A / M / D; M / F; PC / Pab		PESO / TALLA / Hb	N / C / R	N / C / R	**EVALUACIÓN ORAL PERIÒDICA**	P	X	R	**G**			**D0120**
										CARIES DE LA DENTINA	P	X	R	**3**			**K021**
										GINGIVITIS AGUDA	P	X	R				**K050**
					A / M / D; M / F; PC / Pab		PESO / TALLA / Hb	N / **C** / R	**N** / C / R	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	**1**			D1110
										INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	**1**			D1330
										ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	**1**			D1310

VIII.3. En las atenciones que se relicen a la gestante posterior a la evaluación oral, durante la ejecución del plan de tratamiento, solo se registrarán los procedimientos efectuados en cada sesion.

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera**, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En los recuadros subsiguientes correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los procedimientos preventivos, recuperativos y/o especializados realizados a la gestantes durante su atención y se marca con un aspa **(X**) en los casilleros **"D"** (Definitivo) correspondientes

3. En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registran para el caso de procedimientos preventivos el numero **"1"** si es la primera sesión o **"2"** si es la segunda sesión, para el caso de procedimientos recuperativos o especializados realizados en piezas dentales especificas, **se registrarán en los primeros recuadros** correspondientes al **Item Valor LAB** el número de dientes afectados y luego en el recuadro subsiguiente se registra **la sigla "G"**

4. Finalmente, luego del registro de las consideraciones descritas, **se registrarán** en los recuadros correspondientes al **Item Código CIE/CPT los códigos de los procedimientos realizados** según el plan de tratamiento integral establecido para la gestante.

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	44587912 / X-0014 / GESTANTE	2 / 59	SINGA	34	A / M / D; M / F; PC / Pab		PESO / TALLA / Hb	N / C / R	N / C / R	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	**2**	**G**		D1110
										INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	**2**			D1330
										ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	**2**			D1310

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	JUNIO	CENTRO DE SALUD DE MOTUPE						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
13	46521421	2	MOTUPE	23	A	M	PC		PESO		N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES	P	D	R	1	G		D2391	
	OM-09	59			M	F	Pab		TALLA		C	C		P	D	R					
	GESTANTE				D				Hb		R	R		P	D	R					

EJEMPLO N° 03:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
13	45124541	10	MANCOS	31	A	M	PC		PESO		N	N	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA	P	D	R	1	G		D7140	
	T-29	59			M	F	Pab		TALLA		C	C		P	D	R					
	GESTANTE				D				Hb		R	R		P	D	R					

XI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCION ODONTOLOGICA EN LA GESTANTE PRENATAL REENFOCADA

El programa presupuestal materno neonatal contiene al producto de atención prenatal reenfocada y al sub producto de atencion odontológica a la gestante, cuya definición operacional establece la entrega minima a la gestante de un paquete de atenciones en salud bucal en el transcurso de tres interconsultas.

IMPORTANTE: la entrega del paquete de atención odontológica a la gestante constituye una entrega minima de atenciones que se le brinda a la usuaria de salud durante su periodo de gestación, su culminación no constituye una alta basica odontologica si la gestante luego de la entrega de estas intervenciones aún presenta focos septicos en la cavidad bucal, asi mismo de darse el caso que la gestante durante su evaluación oral presente un alta morbilidad en salud bucal y requiera un mayor numero de atenciones odontologicas estas deberan realizarse hasta la culminación del plan de tratamiento, la misma que podria darse durante la etapa de gestación o pasada la misma.

PAQUETE DE ATENCIÓN ODONTOLOGICA A LA GESTANTE, comprende:

01 Evaluación Oral Completa o Evaluación Oral Periódica según corresponda
02 Sesiones de Instrucción de Higiene Oral
02 Sesiones de Asesoria Nutricional para el Control de Enfermedades Bucales
02 Sesiones de Profilaxis Dentales
02 Sesiones de Aplicacion de Fluor Barniz
01 Sesión de Raspaje Dental o Destartraje Dental segun la necesidad que presenta la gestante.

XI.1. Registro de la entrega del paquete de atención odontológica a la gestante en dos interconsultas cuando no presenta enfermedades del sistema estomatognático.

PRIMERA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera, se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a las consideraciones estabecidas para el registro de estos procedimientos en el presente manual, luego marque un aspa **(X)** en el casillero **"D"**; en el **Item Valor LAB** se registran en el recuadro correspondiente **la sigla "G"**, en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o D0120 segun corresponda.**

3. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos brindados como primeras sesiones**, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"** (Definitivo); en el **Item Valor LAB** se registran en los recuadros correspondientes **el numero "1"**; finalmente en los recuadros correspondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD ANGARAES						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____									
13	78321547	10	ANGARAES	19	A	M	PC		PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	D	R	G			D0150	
	H-34	59			M	F	Pab		TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	1			D1330	
	GESTANTE				D				Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310	
					A	M	PC		PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110	
					M				TALLA		C	C	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	P	D	R	1			D1206	
					D	F	Pab		Hb		R	R	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**	P	D	R				**U510**	

SEGUNDA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera, se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos brindados como segundas sesiones**, luego marque con un aspa **(X**) en el casillero **"D"**;

3. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registran el numero "2"**; luego registre en **cualquier recuadro subsiguiente del Item Valor LAB la sigla "G"**

4. Finalmente en los recuadros correspondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2021	MAYO	CENTRO DE SALUD ANGARAES						ODONTOLOGÍA				DNI												
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12													P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____												
13	78321547	10	ANGARAES		19	X	M	PC		PESO		N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL			P	X	R	2	G		D1330
	H-34					M				TALLA		C	C	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES			P	X	R	2			D1310
	GESTANTE	59				D	F	Pab		Hb		R	R	PROFILAXIS DENTAL			P	X	R	2			D1110
						A	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ			P	X	R	2			D1206
						M				TALLA		C	C	EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA			P	X	R	FIN			D0120
						D	F	Pab		Hb		R	R				P	D	R				

XI.2. Registro de la entrega del paquete de atención odontológica a la gestante en dos interconsultas y presenta enfermedades del sistema estomatognático

PRIMERA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera, se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a las consideraciones estabecidas para el registro de estos procedimientos en el presente manual, luego marque un aspa **(X**) en el casillero **"D"**; en el **Item Valor LAB** se registran en el recuadro correspondiente **la sigla "G**", en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o D0120 segun corresponda.**

3. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el gestante, luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X**) en el casillero **"D" (Definitivo)**; en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

4. En los siguientes recuadros correspondientes **al Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran **los procedimientos brindados como primeras sesiones,** luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"; en el Item Valor LAB** se registran en los recuadros correspondientes **el numero "1";** finalmente en los recuadros correspondientes **al Item Código CIE/CPT se registra los códigos de los procedimientos**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2021	JUNIO	CENTRO DE SALUD CONTAMANA						ODONTOLOGÍA				DNI												
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12													P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____												
13	46651258	10	CONTAMANA		32	X	M	PC		PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA			P	X	R	G			D0120
	L-21					M				TALLA		C	C	GINGIVITIS AGUDA			P	X	R	1			K050
	GESTANTE	59				D	F	Pab		Hb		R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL			P	X	R	1			D1330
						A	M	PC		PESO		N	N	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES			P	X	R	1			D1310
						M				TALLA		C	C	PROFILAXIS DENTAL			P	X	R	1			D1110
						D	F	Pab		Hb		R	R	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ			P	X	R	1			D1206

SEGUNDA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera**, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2**. En los recuadros** correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos brindados como segundas sesiones**, luego marque con un aspa **(X**) en el casillero **"D"**;

3. **En los recuadros correspondientes al Item Valor LAB se registran el numero "2"**; luego registre en cualquier recuadro subsiguiente del **Item Valor LAB la sigla "G"**

4. finalmente en los recuadros correspondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2021	SETIEMBRE	CENTRO DE SALUD CONTAMANA						ODONTOLOGÍA				DNI												
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12													P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____												
13	46651258	10	CONTAMANA		32	X	M	PC		PESO		N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL			P	X	R	2	G		D1330
	L-21					M				TALLA		C	C	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES			P	X	R	2			D1310
	GESTANTE	59				D	F	Pab		Hb		R	R	PROFILAXIS DENTAL			P	X	R	2			D1110
						A	M	PC		PESO		N	N	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ			P	X	R	2			D1206
						M				TALLA		C	C	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**			P	X	R				**U510**
						D	F	Pab		Hb		R	R				P	D	R				

XI.3. Registro de la entrega del paquete de atención odontológica a la gestante en tres interconsultas.

PRIMERA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al Item Gestante/Puerpera, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a las consideraciones estabecidas para el registro de estos procedimientos en el presente manual, luego marque un aspa **(X)** en el casillero **"D"**; en el **Item Valor LAB** se registran en el recuadro correspondiente **la sigla "G"**, en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o D0120 segun corresponda.**

3. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el gestante, luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D" (Definitivo)**; en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

4. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos brindados como primeras sesiones**, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"** (Definitivo); en el **Item Valor LAB** se registran en los recuadros correspondientes **el numero "1"**; finalmente en los recuadros correpsondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	FEBRERO	CENTRO DE SALUD JAUJA			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	46215874	10	JAUJA	27	A	M	PC	PESO	N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R	G			D0150
	J-53	59			M			TALLA	C	C	CARIES DE LA DENTINA	P	X	R	3			K021
	GESTANTE				D	F	Pab	Hb	R	R	DEPÓSITO (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	P	X	R				K036
					A	M	PC	PESO	N	N	RASPAJE DENTAL O DESTARTRAJE DENTAL	P	X	R	1			D4355
					M			TALLA	C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	1			D1330
					D	F	Pab	Hb	R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	1			D1310

SEGUNDA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera**, **se registra la palabra "GESTANTE"**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos realizados**, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D",**

3. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB** se registra **el numero "1"** si es la primera sesión del procedimiento ó **el numero "2"** si es la segunda sesion del procedimiento realizado; luego registre en **cualquier recuadro subsiguiente del Item Valor LAB la sigla "G",**

4. finalmente en los recuadros correpsondientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD JAUJA			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	46215874	10	JAUJA	27	A	M	PC	PESO	N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	1	G		D1110
	J-53	59			M			TALLA	C	C	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES	P	X	R	1			D2391
	GESTANTE				D	F	Pab	Hb	R	R	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ	P	X	R	1			D1206

TERCERA INTERCONSULTA

1. En el casillero correspondiente al **Item Gestante/Puerpera, se registra la palabra "GESTANTE"**

2**. En los recuadros** correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registran los **procedimientos brindados como segundas sesiones**, luego marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"** (Definitivo);

3. En el **Item Valor LAB** se registran en los recuadros correspondientes **el numero "2"**; luego registre en **cualquier recuadro subsiguiente del Item Valor LAB la sigla "G"**

4. finalmente en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los procedimientos correpsondientes.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	ABRIL	CENTRO DE SALUD JAUJA			ODONTOLOGÍA		DNI		

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
13	46215874	2	JAUJA	27	A	M	PC	PESO	N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES	P	X	R	1	G		D2391
	J-53	59			M			TALLA	C	C	PROFILAXIS DENTAL	P	X	R	2			D1110
	GESTANTE				D	F	Pab	Hb	R	R	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ	P	X	R	2			D1206
					A	M	PC	PESO	N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	X	R	2			D1330
					M			TALLA	C	C	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	X	R	2			D1310
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

En el caso de que la GESTANTE una vez culminadas las atenciones del paquete de atención odontologica presenta aun morbilidad, se deberan realizar los procedimientos en las sesiones hasta culminar el plan de tratamiento.

X. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN SALUD BUCAL REALIZADAS A TRAVÉS DE TELESALUD

TELESALUD:

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC):
Son aquellos procedimientos que permiten el tratamiento de la información, captura, almacenamiento, procesamiento, transmisión entre otras acciones; mediante diversos soportes tecnológicos, tales como: computadoras, teléfonos móviles, televisores, reproductores portátiles de audio y video.

X.1.TELEORIENTACIÓN:

Es el conjunto de acciones que desarrolla el Cirujano Dentista mediante el uso de las TIC para proporcionar a la persona usuaria de salud, **CONSEJERÍA Y ASESORÍA** con fines de **promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.**

TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA (CODIGO 99499.08) :
Se realiza cuando el teleorientador tiene comunicación directa con el paciente en tiempo real a través de una TIC (comunicación en línea).

TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA (CODIGO 99499.09) :
Se realiza cuando el teleorientador NO tiene comunicación directa con el paciente en tiempo r a través de una TIC (comunicación fuera de línea).

IMPORTANTE: A través de **TELEORIENTACIÓN**, **no se realiza, registra y codifica diagnósticos.**

A. Registro de la Teleorientación Síncrona; cuando el usuario de salud requiere una atención que finalice en una recomendación, orientación o consejería sobre el problema de salud bucal que motivo la comunicación o cuando la Teleorientación Síncrona finalice con una derivación del usuario para una atención por urgencia odontológica a un establecimiento de salud.

1. Se realiza la **Teleorientación Síncrona** al usuario de salud y se le brinda la recomendación, orientación o consejería sobre el problema de salud bucal **a través de una comunicación directa (en Línea)**. En el caso de que se determine la necesidad de una urgencia odontológica se realiza las coordinaciones con el establecimiento de salud correspondiente para que el usuario de salud acuda y reciba la atención odontológica.

2. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra como **Teleorientación Síncrona,** si la teleorientación se realizó a través de una comunicación directa con el usuario y luego se marca con un aspa **(X)** en el casillero **(D)**.

3. En el recuadro correspondiente al **Item Valor LAB** se registra la sigla **"SBU",** que determina que la actividad realizada esta relacionada a salud bucal**.**

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD DE YANGAS			ODONTOLOGÍA	DNI			

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
13	78010217	2	SANTA ROSA DE QUIVES	14	A	M	PC	PESO		N	N	TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA	P	D	R	SBU			99499,08
	J-53				M			TALLA		C	C		P	D	R				
		59			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

B. Registro de la Teleorientación Síncrona cuando se le brinda al usuario de salud, los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.

IMPORTANTE: Mediante Oficio Circular N°355-2020-DGIESP-MINSA, de fecha 25 de Junio del 2020, se incluye la modalidad de entrega a distancia en la definiciones operacionales de los sub productos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, estableciendo:

Asesoría Nutricional para el control de enfermedades dentales
Definición operacional: Asesoramiento en la elección de alimentos y hábitos dietéticos saludables como parte de la prevención, tratamiento y el control de las enfermedades del sistema estomatognático. Para la modalidad de entrega a distancia, la actividad se deberá realizar a través de teleorientación.

Instrucción de Higiene Oral
Definición operacional: Para la modalidad de entrega a distancia a través de teleorientación, la actividad comprende la enseñanza individual de la técnica de higiene oral según habilidad y desarrollo del usuario; lo realiza el cirujano dentista con o sin entrega de pasta dental fluorada y cepillo dental, programando la entrega de los productos sanitarios en el establecimiento de salud.

1. Se brinda los procedimientos preventivos de instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, a través de la Teleorientación Síncrona (comunicación directa con el usuario de salud - en línea), en el caso de que se disponga la entrega de una pasta dental fluorada y un cepillo dental, se realizará la receta correspondiente y las coordinaciones para la entrega de estos productos sanitarios al usuario de salud.

2. En los dos primeros recuadros correspondientes al **Item diagnóstico, motivo de consulta y/o actividad de salud**, **se registran los dos procedimientos preventivos brindados por Teleorientación Síncrona** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero **(D)**.

3. En el recuadro subsiguiente se registra **Teleorientación Síncrona**, debido a que la teleorientación se realizó a través de una comunicación directa con el usuario, y luego se marca con un aspa **(X)** en el casillero **(D)**.

4. En el recuadro correspondiente **al Item Valor LAB se registra la sigla "SBU"**, que determina que la actividad realizada esta relacionada a salud bucal**.**

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE BREÑA			ODONTOLOGÍA	DNI			

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____			
7	85860352	2	LIMA	9	A	M	PC	PESO		N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL (IHO)	P	D	R				D1330
	I- 102				M			TALLA		C	C	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R				D1310
		59			D	F	Pab	Hb		R	R	TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA	P	D	R	SBU			99499,08

X.2. TELEMONITOREO:

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria y si el caso lo amerita según criterio del cirujano dentista los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio y según las competencias del cirujano dentista.

IMPORTANTE: El **TELEMONITOREO** en odontología, **se realiza solo a pacientes continuadores** que recibieron una atención de urgencia odontológica.

A. Registro de Telemonitoreo cuando se realiza a un paciente continuador a quien previamente se le efectuó una atención de urgencia odontológica en el establecimiento de salud.

1. Se realiza el servicio de **TELEMONITOREO**.

2. En el primer recuadro correspondiente al **Item diagnóstico, motivo de consulta y/o actividad de salud**, **se registra el diagnóstico concluyente de la urgencia odontológica atendida en el establecimiento de salud** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero **"R" del Item tipo de diagnóstico como repetitivo.**

3. En el segundo recuadro correspondiente al **Item diagnóstico, motivo de consulta y/o actividad de salud** se registra **TELEMONITOREO** y se marca con un aspa **(X)** en el campo **(D).**

4. En el recuadro correspondiente **al Item Valor LAB se registra la sigla "SBU"**, que determina que la actividad realizada esta relacionada a salud bucal**.**

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE YANAS						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
4	76216758	2	YANAS	17	A	M	PC	PESO		N	N	ALVEOLITIS DEL MAXILAR	P	D	R				K013
	T- 102				M			TALLA		E	E	TELEMONITOREO	P	D	R	SBU			99499,10
		59			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
12	86512479	2	ACOMAYO	14	A	M	PC	PESO		N	N	ABCESO PERIAPICAL CON FISTULA	P	D	R				K046
	JE- 23				M			TALLA		E	E	TELEMONITOREO	P	D	R	SBU			99499,10
		59			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

EJEMPLO N° 03:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE SORITOR						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
9	22010217	2	SORITOR	17	A	M	PC	PESO		N	N	PULPITIS AGUDA	P	D	R				K040
	A- 012				M			TALLA		E	E	TELEMONITOREO	P	D	R	SBU			99499,10
		59			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

X.3. TELEINTERCONSULTA:

Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

TELEINTERCONSULTANTE: Personal de la Salud o Profesional de la Salud que labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación mediante el uso de las TIC, a uno o más teleinterconsultores de una IPRESS consultora.

TELEINTERCONSULTOR: Profesional de la Salud que labora en una IPRESS consultora, y brinda servicios de salud a distancia (teleinterconsulta) en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación mediante el uso de las TIC, a uno o más teleinterconsultantes.

Teleinterconsulta Síncrona o en Línea: CODIGO 99499.11

Teleinterconsulta Asíncrona o fuera de línea: CODIGO 99499.12

En el HIS para diferenciar el registro de la actividad realizada por el teleconsultor o teleconsultante se deberá registrar en el campo LAB la siguiente consideración:

LAB = **1** para el **Teleinterconsultante**
LAB = **2** para el **Teleinterconsultor**

A. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTANTE, en una TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA

TELEINTERCONSULTANTE

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE CHUCUITO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R		2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____								
5	84263578	2	CHUCUITO	2	A	M	PC		PESO		N	N	FISURA DEL PALADAR DURO, BILATERAL	P	D	R				Q350	
	L - 045				M				TALLA		E	E	TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA O EN LINEA	P	D	R	1	SBU		99499,11	
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

B. Registro de la actividad realizada por el TELEINTERCONSULTOR, en una TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA

TELEINTERCONSULTOR

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE CHUCUITO						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R		2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____								
5	84263578	2	CHUCUITO	2	A	M	PC		PESO		N	N	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO, UNILATERAL	P	D	R				Q355	
	Z-032				M				TALLA		E	E	TELEINTERCONSULTA SÍNCRONA O EN LINEA	P	D	R	2	SBU		99499,11	
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

XI. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INACTIVACIÓN DE CARIES

PROCEDIMIENTO DE INACTIVACIÓN DE CARIES, CON FLUORURO DE AMINO PLATA, RESINA Y/O IONÓMERO DE VIDRIO: CODIGO D1352

Procedimiento que consiste en la aplicación de una solución cariostática, compuesta por iones de plata y una alta concentración de iones de flúor, promueve la remineralización de la dentina y esmalte, detiene la progresión de la lesión de caries dental. Consiste también en la eliminación de la caries dental limitada al esmalte o que pueda estar en dentina superficial; en ambos casos se procede con la aplicación de ionómero de vidrio o resina compuesta y se finaliza colocando un sellador de fisuras que cubra al material de restauración y a todo el sistema de fisuras; se controla la oclusión.

XI.1. INACTIVACIÓN DE CARIES CON FLUORURO DE AMINO PLATA: REGISTRO EN EL CAMPO LAB = F

1. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de inactivación de caries realizado durante la atención al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**
2. En el recuadro correspondiente del **Item Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión,**
3. En el subsiguiente recuadro correspondiente del Item Valor LAB se registra la sigla "F" cuando el procedimiento se ha realizado con "**FLUORURO DE AMINO DE PLATA"**
4. En el **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D1352**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	MARZO	CENTRO DE SALUD CHURIN						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____								
7	79658432	2	CHURIN	5	A	M	PC		PESO		N	N	INACTIVACIÓN DE CARIES	P	D	R	1	F		D1352	
	I-012				M				TALLA		E	E		P	D	R					
		59			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

XI.2. INACTIVACIÓN DE CARIES CON RESINA: REGISTRO EN EL CAMPO LAB = R

1. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de inactivación de caries realizado durante la atención al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**
2. En el recuadro correspondiente del Item **Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión,**
3. **En el subsiguiente recuadro correspondiente del Item Valor LAB se registra la sigla "R" cuando el procedimiento se ha realizado con "RESINA"**
3. En el **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D1352**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD TARMA						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
2	77823415	2	TARMA		4	A	M	PC		PESO		N	N	INACTIVACIÓN DE CARIES	P	D	R	1	R		D1352
	I-012					M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XI.3. INACTIVACIÓN DE CARIES CON IONOMERO DE VIDRIO: REGISTRO EN EL CAMPO LAB = IV

1. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de inactivación de caries realizado durante la atención al usuario de salud, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

2. En el recuadro correspondiente del Item **Valor LAB se registra el número de piezas dentales tratadas durante la sesión,**

3. En el subsiguiente recuadro correspondiente del Item Valor LAB se registra la sigla "IV"cuando el procedimiento se ha realizado con "IONÓMERO DE VIDRIO"

4. En el **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D1352**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	SETIEMBRE	CENTRO DE SALUD CARAVELI						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
17	81233425	2	CARAVELI		5	A	M	PC		PESO		N	N	INACTIVACIÓN DE CARIES	P	D	R	1	IV		D1352
	I-012					M				TALLA		E	E		P	D	R				
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INTERCONSULTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

PROCEDIMIENTOS - CPMS

99241 Interconsulta de hospitalización
99242 Interconsulta ambulatoria para la evaluación, diagnostico o manejo de un paciente nuevo o continuador
99700 Derivación/Referencia a ES con capacidad resolutiva
99701 Contrarreferencia

XII.1. Registro del procedimiento Interconsulta de Hospitalizaciòn

1. En el recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el usuario y por el cual se realiza la **Interconsulta de hosptalizaciòn**, luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X**) en el casillero **"P" (Presuntivo)**; en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

2. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **Interconsulta de Hospitalización,** se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** En el **Item Valor LAB** se registra **la sigla "SBU"** que describe el `procedimiento en **salud bucal; finalmente** en el recuadro del **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento**"99241**".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
2021	JULIO	HOSPITAL DE LORETO						ODONTOLOGÍA				DNI										
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12												P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____				
5	84263578	2	IQUITOS		2	A	M	PC		PESO		N	N	GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	P	D	R				K101
	L - 045					M				TALLA		E	E	INTERCONSULTA DE HOSPITALIZACIÒN	P	B	R	SBU			99241
		59				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XII.2. Registro del procedimiento de Interconsulta Ambulatoria

1. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a la cosideraciones estabecidas para estos registro en el presente manual, luego marque un aspa **(X**) en el casillero **"D"** (Definitivo), en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o "D0120" segun corresponda.**

2. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el usuario y por el cual se realiza la **Interconsulta Ambulatoria** con otro servicio de salud, luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X**) en el casillero **"P"** (Presuntivo); en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

3. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Interconsulta Ambulatoria,** se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** En el **Item Valor LAB** se registra **la sigla "SBU"** que describe el procedimiento en **salud bucal; finalmente** en el recuadro del **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento**"99242**".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JULIO	HOSPITAL DE LORETO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
5	84263578	2	IQUITOS	2	A	M	PC		PESO		N	X	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
	L - 045				M				TALLA		X	C	CELULITIS Y ABCESO DE BOCA	X	D	R				K122
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	INTERCONSULTA AMBULATORIA	P	X	R	SBU			99242

XII.3. Registro del procedimiento de Referencia a EE.SS. con capacidad resolutiva

Importante: Los diagnosticos que motiven la referencia se determinan como Diagnostico Presuntivo.

1. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a la cosideraciones estabecidas para estos registro en el presente manual, luego marque un aspa **(X)** en el casillero **"D"** (Definitivo), en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o D0120 segun corresponda.**

2. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el usuario y por el cual se realiza la referencia Pa un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X)** en el casillero **"P"** (Presuntivo); en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

3. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Referencia a EE.SS. con capacidad resolutiva**, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** En el **Item Valor LAB** se registra **la sigla "SBU"** que describe el `procedimiento en **salud bucal; finalmente** en el recuadro del **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento**"99700**".

EJEMPLO N° 01:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD DE CHUCUITO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
5	84263578	2	CHUCUITO	2	A	M	PC		PESO		N	X	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
	L - 045				M				TALLA		X	C	FISURA DEL PALADAR DURO, BILATERAL	X	D	R				Q350
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	REFERENCIA A EE.SS. CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA	P	X	R	SBU			99700

EJEMPLO N° 02:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JULIO	CENTRO DE SALUD 7 DE AGOSTO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____							
5	84263578	2	CAMANA	12	A	M	PC		PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL PERIÓDICA	P	X	R				D0120
	L - 045				M				TALLA		X	C	PULPITIS AGUDA	X	D	R	1			K040
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	REFERENCIA A EE.SS. CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA	P	X	R	SBU			99700

XII.4. Registro del procedimiento de Contrarreferencia

1. En el Primer recuadro correspondiente al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento de **Evaluación Oral Completa** o **Evaluación Oral Periódica** segun corresponda y de acuerdo a la cosideraciones estabecidas para estos registro en el presente manual, luego marque un aspa **(X)** en el casillero **"D"**, en el recuadro perteneciente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150" o D0120 segun corresponda.**

2. En los siguientes recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la morbilidad que presenta el usuario y por el cual fue referido del establecimiento de salud de origen; luego en el **Item Tipo de Diagnóstico** marque con un aspa **(X)** en el casillero **"D"** (Definitivo); en los recuadros pertenecientes al **Item Código CIE/CPT** se registra los códigos de los diagnósticos correspondientes.

3. En los recuadros correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento que se realiza en respuesta a la Referencia, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D"; en** el recuadro del **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento realizado.

4. finalmenete en el subsiguiente recuadro correspondientes al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Contrarreferencia**, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",** En el **Item Valor LAB** se registra **la sigla "SBU"** que describe el procedimiento en **salud bucal; finalmente** en el recuadro del **Item Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento**"99701**".

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2021	JULIO	HOSPITAL HONORIO DELGADO	ODONTOLOGÍA	DNI

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
11	84263578	2	AREQUIPA	20	A	M	PC		PESO		N	N	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	P	X	R				D0150
	L - 045				M				TALLA		C	C	DIENTE IMPACTADO	P	X	R	1			K011
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	EXODONCIA QUIRÚRGICA DE DIENTE RETENIDO	P	X	R	1			D7241
					A	M	PC		PESO		N	N	SUTURA DE LAS RECIENTES HERIDAS PEQUEÑAS DE HASTA 5.0 CM	P	X	R	1			D7910
					M				TALLA		C	C	**CONTRARREFERENCIA**	P	X	R	**SBU**			**99701**
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XIII. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASITENCIA TÉCNICA

ACTIVIDADES - CPMS

GESTIÓN:	**APP**
C7001 Monitoreo	**APP 100 Actividad con Personal de Salud**
C7002 Supervisión	
C7003 Evaluación	
C7004 Asistencia Técnica	

XIII.1. Registro de la actividad de Monitoreo

1. En los recuadros correspondientes al **Item Documento Nacional Identidad (D.N.I.)/Historia Clínica** se registra la sigla "**APP 100**" correspondiente a **"Actividad con Personal de Salud",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la actividad de **MONITOREO** realizado a la red, microred o establecimiento de salud, luego se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

3. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra la sigla "SBU", que describe la actividad relacionada a salud bucal,**

4. Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código de al actividad **"C7001**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD PATAZ						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	**CENTRO POBLADO**															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
5	**APP 100**		**PATAZ**		A	M	PC		PESO		N	N	**MONITOREO**	P	X	R	**SBU**			**C7001**
					M				TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XIII.2. Registro de la actividad de Supervisión

1. En los recuadros correspondientes al **Item Documento Nacional Identidad (D.N.I.)/Historia Clínica** se registra la sigla "**APP 100**" correspondiente a **"Actividad con Personal de Salud",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la actividad de **SUPERVISIÓN** realizado a la red, microred o establecimiento de salud, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

3. En los recuadros correspondientes al **Item Valor LAB se registra la sigla "SBU", que describe la actividad relacionada a salud bucal,**

4. Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código de al actividad **"C7001**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
2021	OCTUBRE	CENTRO DE SALUD SINGA						ODONTOLOGÍA				DNI								
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	**CENTRO POBLADO**															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____			
16	**APP 100**		**SINGA**		A	M	PC		PESO		N	N	**SUPERVISIÓN**	P	X	R	**SBU**			**C7002**
					M				TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

XIII.3. Registro de la actividad de Asistencia Técnica

1. En los recuadros correspondientes al **Item Documento Nacional Identidad (D.N.I.)/Historia Clínica** se registra la sigla "**APP 100**" correspondiente a **"Actividad con Personal de Salud",**

2. En los recuadros correspondientes al **Item Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra la actividad de **ASISTENCIA TÉCNICA** realizado al personal de salud de la red, microred o establecimiento de salud, se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D",**

3. En el primer recuadro correspondiente **al Item Valor LAB** se registra **el número de participantes que recibieron la Asistencia Técnica,**

4. En el sub siguiente recuadro **del Item Valor LAB** se registra **la sigla "SBU"** que describe la actividad relacionada salud bucal,

5. Finalmente en el recuadro correspondiente al **Item Código CIE/CPT** se registra el código de al actividad **"C7004**" .

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
2021	MAYO	CENTRO DE SALUD URCOS			ODONTOLOGÍA		DNI	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12														
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: _____/____/_____

24	APP 100		URCOS		A	M	PC		PESO		N	N	ASISTENCIA TÉCNICA	P	X	R	34	SBU		C7004
					M				TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				