

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

a6036630b3a9dce99d1d2a6b2381ef84fa719846a7c26437a20a53e68c4fb0f1

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



GUIA DE USO Y REGISTRO DE LA HOJA HIS

HISMINSA

2017

OBJETIVO

Utilizar la hoja HIS como único formato de recojo de información la cual debido a las actualizaciones realizadas en el Sistema de Información en Salud HISMINSa, ha sido adecuada a las necesidades actuales.

AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía para el registro de la hoja HIS (instrumento de recojo de datos) será de cumplimiento para todos los Establecimientos, Microredes, Redes, Gerencias y Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional.

1. A todo el personal de salud que brinda atención en consulta ambulatoria en actividades de tipo preventivo promocional.
2. Al personal de las Oficinas de Estadística de los Establecimientos de Salud, Microredes, Redes de Salud, Gerencias y Direcciones Regionales de Salud.
3. A los coordinadores y responsables encargados de la gestión de las Estrategias Sanitarias y Etapas de Vida.
4. Finalmente servirá a todos los directivos, profesionales, médicos, personal asistencial, personal de estadística y otros que tengan responsabilidad directamente vinculada con el Sistema de Información en salud.

Aspectos Generales del Sistema de Información de Consulta Ambulatoria (HISMINSA)

El sistema de información en consulta ambulatoria (HIS), es un conjunto de elementos que interactúan entre sí desarrollando procesos manuales y automáticos orientados al tratamiento y administración de datos e información generados en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud, los datos generados se almacenan, se procesan y se interpretan para;

- ✓ Llevar un control de los servicios prestados a los usuarios.
- ✓ Obtener estadísticas.
- ✓ Obtener datos epidemiológicos.
- ✓ Elaborar perfiles
- ✓ Establecer los costos de la atención prestada a cada paciente, etc.

Del Instrumento de recojo de datos

El instrumento de recojo de la información es el “Registro diario de atención y otras actividades de salud”, (Anexo N° 1) por intermedio de este se traslada la información generada en la consulta al sistema informático HISMINSA.

El formulario en su diseño presenta dos partes principales, los Datos Generales y los Datos específicos estos se encuentran distribuidos en casilleros enumerados y descritos respectivamente; por cada formulario se completan los datos generales y hasta 22 registros con datos específicos correspondientes a la atención y/o actividad de salud.

Responsabilidad del registro

La responsabilidad del registro de la actividad en el formulario Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud, corresponde a la persona que realiza la atención o desarrolla la actividad y debe hacerse en el momento que se produce la atención o se realiza la actividad de salud correspondiente.

Acopio y Procesamiento de Registros

Los formularios deben ser acopiados y procesados diariamente (digitados), Es de responsabilidad del personal de salud asistencial la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación para su procesamiento y la disponibilidad de la información está en relación a la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación.

Los formularios digitados deberán ser agrupados en lotes, una vez ingresados al sistema (procesados), deben ser devueltos al establecimiento de salud de origen (donde se registraron las atenciones) en un plazo no mayor de un mes o al cabo del término de la digitación y control de calidad de procesamiento correspondiente (bajo responsabilidad del personal de la oficina de estadística). Cada establecimiento de salud es responsable de archivar los formularios en un lugar adecuado, evitando su deterioro y manteniéndolas de acuerdo a las normas de archivo.

Del flujo de la información

La información generada en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud, luego de ser registrada en los formularios son entregados al personal de estadística quienes realizan el control de calidad respectivo y si no tienen equipo de cómputo para el almacenamiento de la información es referida al punto de digitación a donde corresponda, en este lugar se almacena la información a través de la digitación en el aplicativo HIS, en estos se realiza el control de calidad, se consolida y remite a las microredes o Redes según corresponda, quienes hacen el mismo proceso y lo remiten a las Oficinas de Estadística de las Diresas/ Disas. / Redes, Finalmente desde este nivel se remite a la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud.

Del control de calidad del registro y codificación

El control de calidad de la información del sistema se realiza en los diferentes niveles y momentos según corresponda,

El primer momento del control de calidad es posterior al registro y codificación de la actividad, esta es realizada por el personal de estadística del establecimiento de salud y debe ser rutinario, día a día a fin de evitar sobrecarga en la cantidad de registros a ser evaluados, de identificarse un problema en la calidad, ya sea de registro o codificación debe hacerse de conocimiento del personal responsable de la actividad, (proceso de interacción que a través de la mejora continua permite optimizar la calidad).

En el nivel de las Microredes, Redes, Disas/Diresas el control de calidad se orienta a la identificación de errores en la consistencia de la data, número de registros, duplicidades en el digitado y el de casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

Fecha de envío de Información

De acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de General de Tecnologías de Información las Disas/Diresas/Redes deben remitir a OGTI MINSa los 15 del mes siguiente.

Del Monitoreo

Los establecimientos de salud y los diferentes niveles administrativo organizacional deben tener un equipo responsable del monitoreo, análisis y control de calidad del sistema de información HIS, bajo responsabilidad de la Diresas/Disas/Redes de salud, el mismo que debe ser responsable de la evaluación de la oportunidad y calidad de registro de la información en la región.

Uso del formulario de “Registro diario de atención y otras actividades de salud”

El formulario debe ser utilizado por todos los profesionales, técnicos y auxiliares que brindan atención directa a los pacientes en todos los servicios de consulta externa, así como en, actividades preventivo promocionales (APP) y actividades en animales (AAA) a nivel de comunidad.

A continuación algunas características generales de uso:

- ✓ Cada formulario es de uso individual, es decir; una misma hoja no puede ser usada por dos personas.
- ✓ Se puede registrar atenciones y/o actividades de más de un día en un mismo formulario, siempre y cuando no pertenezcan a diferentes personas.
- ✓ Se utiliza un formulario por turno, pudiéndose registrar en un mismo formulario atenciones y/o actividades de más de un día siempre y cuando no pertenezcan a diferentes personas y correspondan al mismo turno.
- ✓ No se registran en un mismo formulario atenciones de diferentes meses.
- ✓ Se registrarán las atenciones y/o actividades realizadas en la fecha que se realiza la prestación
- ✓ La información registrada en la Historia Clínica del paciente debe ser consignada íntegramente en el formulario HIS como el diagnóstico, actividad o procedimiento.

Registro y codificación de diagnósticos, procedimientos y Otras actividades de Salud

Datos Generales

Son los datos que constituyen la información básica similar para cada una de las atenciones y/o actividades de salud realizadas; es decir, que no cambian con cada una de ellas.

LOTE		MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud				FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS				
PAGINA										
FECHA PROCES.										
DNI DIGITADOR										
		1		TURNO						
		M		T						
2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
							DNI			

Los ítems correspondientes a los datos generales son los siguientes:

- 1) Turno (mañana o tarde):** Registre marcando con un aspa (“X”) sobre “Mañana” o “Tarde” para indicar el turno de la atención brindada, esto por cada formulario de registro, en el caso de realizar atenciones en los dos (02) turnos deberá usar un formulario por cada turno de atención. **No se pueden registrar en un mismo formulario HIS las atenciones de la mañana y de la tarde, así sean realizadas por un mismo personal de salud.**
- 2) Año:** Registre el año de la atención brindada y/o actividad de salud desarrollada.
- 3) Mes:** Registre el mes de la atención brindada y/o actividad de salud desarrollada usando dos (2) dígitos.
- 4) Nombre de Establecimiento de Salud:** Registre el nombre de establecimiento de salud en donde se realiza la atención, cada Establecimiento tiene un código de identificación el cuál se encuentra registrado en la Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS), este código relaciona el ámbito geográfico (departamento, provincia y distrito) y administrativo (DIRESA/GERESA/DISA, red y microred) del establecimiento.
- 5) Unidad Productora de Servicio de Salud (UPSS):** Registre en nombre de la unidad productora de servicios.

La Unidad Productora de Servicios de Salud es la relación ordenada de las denominaciones y códigos estándar de los servicios de salud de atención directa y servicios de salud de atención de soporte en los establecimientos de salud.

6) Nombre del Responsable de la Atención: Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la prestación de salud el registro debe **ser claro y legible** considerando los nombres.

Todo personal que realice prestaciones directas con los pacientes en la consulta externa del establecimiento debe ser ingresado en el módulo de Personal de Salud del sistema HISMINSA todos sus datos personales como:

- ✓ N° de Documento Nacional de Identidad (DNI)
- ✓ Nombres y Apellidos completos
- ✓ Profesión (Indicado especialidad se ser el caso)
- ✓ N° de Colegio Profesional
- ✓ Fecha de Ingreso

Es de responsabilidad de cada prestador entregar esta información en la oficina de estadística o quien haga sus veces para que en el punto de digitación se ingresen los datos al sistema, sin este paso previo no podrá digitarse ningún registro de la producción en los servicios de salud.

Datos Específicos

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo a las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y	ANTROPOMETRIC	BLEC	VICIO		P	D	R		LAB.	
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA									
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

7) Día de la Atención: en el casillero que corresponde registre con números arábigos el día en que se realiza la atención.

8) Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:

Documento de Identidad (DNI/Carné de Extranjería): Registre el Número de Documento de Nacional de Identidad (DNI) del paciente en el caso de que sea PERUANO y Número de Carné de Extranjería etc. en el caso de que sea EXTRANJERO.

Número de Historia Clínica/ Ficha Familiar: Registre el dato de acuerdo a la naturaleza de la actividad que se realiza, de tal forma que:

a) En una Atención: Registre el número de la Historia Clínica o Ficha Familiar de la persona que recibe la atención o actividad.

✓ Si fuera el caso de Fichas Familiares, al número asignado a la ficha familiar separe con un guion el número correspondiente a cada integrante del hogar. Ejemplo: 142543-01

b) En una Actividad Preventivo Promocional: Registre las siglas APP, acompañadas del código que identifica al lugar, institución o grupo humano organizado donde o con quien se realiza la actividad (colegios, municipalidades, club de madres, vaso de leche, niños, adultos, gestantes, autoridades, etc.). Ejemplo APP140 (Actividad con Niños).

c) En una Actividad en Animales: Registre las siglas AAA, seguidas del código que identifica el tipo de animal en quien se realizó la actividad. Ejemplo: AAA101

9) Financiado de Salud: Registre el código que corresponda al tipo de financiador que subvenciona la atención del paciente La prestación de salud puede ser cubierta por uno o más financiadores según la siguiente codificación:

PARA ÍTEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			
1 USUARIO	4 SOAT	7 SANIDAD EP	10 OTROS
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PNP	11 EXONERADO
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	9 PRIVADOS	

El código 1 = USUARIO indica que la atención ha sido pagada por el mismo paciente (lo que se denomina algunas veces como usuario **PAGANTE**).

10) Pertenencia Étnica: Registre el código que corresponda al tipo de etnia a la que corresponda el paciente, según la siguiente codificación:

Propósito: Facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad.

codetni	desetni	codetni	desetni
01	AYMARA	40	JIBARO
02	URO	41	LAMISTO
03	JAQARU, KAWI (JAQI, CAUQUI)	42	MACHIGUENGA (MATSIGENKA)
04	CHANCAS	43	MASHCO - PIRO ("MASHCO")
05	CHOPCCAS	44	MASTANAHUA
06	QEROS	45	MAYORUNA (MATS...)
07	WANCAS	46	MURUNAHUA
08	OTROS GRUPOS QUECHUAS DEL AREA ANDINA (II)	47	NANTI
09	ACHUAR, ACHUAL	48	NOMATSIGUENGA
10	AMAHUACA	49	OCAINA (IVO'TSA)
11	AMAMERI - KISAMBAERI	50	OMAGUA
12	AMARAKAERI	51	OREJON (MAIHUNA, MAJUNA)
13	ANDOA - SHIMIGAE	52	PISABO (MAYO, KANIBO)
14	ANDOKE	53	PUKIRIERI
15	ARABELLA (CHIRUPINO)	54	QUICHUA - QUICHUA RUNA, KICHWA (I)
16	ARASAIRE	55	RESIGARO
17	ASHANINKA	56	SAPITERI
18	ASHENINKA	57	SECOYA (AIDO PAI)
19	AWAJUN (AGUARUNA, AENTS)	58	CHAPRA
20	BORA (MIAMUNA)	59	SHARANAHUA / MARINAHUA (ONIKOIN)
21	CACATAIBO (UNI)	60	SHAWI (CHAYAHUITA, KANPUNAN, KAMPU PIYAWI)
22	CAHUARANA (MOROCANO)	61	SHIPIBO - CONIBO - SHETEBO
23	CANDOSHI - MURATO	62	SHUAR
24	CAPANAHUA (JUNIKUIN)	63	TAUSHIRO (PINCHE)
25	CAQUINTE (POYENISATI)	64	TICUNA (DU:X:GU)
26	CASHINAHUA (JUNIKUIN)	65	TOYOERI
27	CHAMICURO (CHAMEKOLO)	66	URARINA (ITUKALE, SHIMACO, KACHi)
28	CHITONAHUA	67	WAMPIS (HUAMBISA)
29	COCAMA - COCAMILLA	68	YAGUA (YAWA, NIHAMWO)
30	CUJARE—O (I—APARI)	69	YAMINAHUA
31	CULINA (MADJA)	70	YANESHA ("AMUESHA")
32	ESE EJA ("HUARAYO")	71	YINE - YAMI ("PIRO")
33	HARAKMBUT	72	YORA ("NAHUA", "PARQUENAHUA")
34	HUACHIPAIRE	73	OTROS GRUPOS INDIGENAS AMAZONICOS
35	HUAORANI (TAGAERI, TAROMENANE)	80	MESTIZO
36	HUITOTO (INCLUYE MURUI, MENECA, MUNAINE)	81	AFRO DESCENDIENTE
37	IQUITO	82	ASIATICO DESCENDIENTE
38	ISCONAHUA (ICOBAKEBO)	83	OTRO
39	JEBERO (SHIWILU, SEWELo)		

11) Distrito de Procedencia del Paciente (residencia los últimos 06 meses): Registre de acuerdo a las siguientes indicaciones:

a) **En una Atención:** El distrito del domicilio actual del paciente en el momento de la atención.

Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

b) **En una Actividad Preventivo Promocional APP:** El distrito donde está ubicada la institución o el grupo humano organizado donde se realiza la actividad.

Si el distrito no corresponde al ámbito geográfico del Departamento, Registre el distrito y el nombre del departamento para una adecuada ubicación.

12) Centro Poblado: Si cuenta con el dato registre el nombre del Centro Poblado de residencia del paciente.

13) Edad: Registre en valores numéricos y enteros, seguido del identificador del tipo de edad (días, meses o años de la persona atendida)

a) **En una Atención:** Registre en la edad cumplida del paciente, colocando en números si ésta es referida a días (D), meses (M) o años (A), es decir:

D = desde 01 día hasta los 29 días de edad.

M = desde 01 mes hasta los 11 meses de edad.

A = a partir de 01 año

En el caso del recién nacido de horas registre 01 día.

b) **En Actividades Preventivo Promocional APP y Actividades en Animales:** Deje en blanco y trace una línea oblicua.

14) Sexo:

a) **En una Atención:** Marque "X" en el casillero correspondiente a:

- M si la persona atendida es de sexo masculino
- F si la persona atendida es de sexo femenino

b) **En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA):** Deje en blanco y trace una línea oblicua.

15) Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal:

- a) **Perímetro Cefálico:** Es la medida de la cabeza en su parte más ancha, de tal forma que el borde inferior de la cinta métrica pase por el arco superciliar a la altura de las cejas, sobre el pabellón auricular y por la prominencia occipital. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XX.X)¹

De acuerdo a la norma CRED en:

http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf), en la página 80 se observa la tabla de CRED para Perímetro Cefálico y se mide hasta los 5 años (60 meses).

Forma de registro colocar los valores encontrados.

- b) **Perímetro Abdominal:** Es la medida de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades no transmisibles. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XXX.X)²

De acuerdo a la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adolescente aprobada en:

<http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FPrevencion%2Bde%2BRiesgo%2By%2Bdano%2Bnutricional%252FGUIA%2BVNA%2BADOLESCENTE.pdf>),

En la página 20, se observa que la medición del perímetro abdominal se inicia a los 12 años. Aún no hay normatividad para edades previas, aprobadas o estandarizadas internacionalmente.

Forma de registro colocar los valores encontrados.

16) Evaluación Antropométrica Hemoglobina:

- a) **Peso:** Es la medición antropométrica de la fuerza de atracción a la tierra del cuerpo de una persona, que es utilizado para la valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en kilogramos (kg). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 kg. (XX.X)¹
- b) **Talla:** Es la medición antropométrica de la longitud o estatura de una persona, que es utilizado para la evaluación del crecimiento y valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm. (XX.X)¹
- c) **Hemoglobina:** Es una proteína compleja, constituida por el grupo hem (que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito) y una porción proteínica (la globina, compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas: dos cadenas alfa y dos cadenas beta). Es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. Normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 g/dL. (XX.X)³

¹ Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años – RM No. 990-2010/MINSA

² Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la persona adolescente – INS-CENAN – RM No. 283-2015/MINSA

³ Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil – Guía Técnica – INS-CENAN – RJ No. 090-2012-J-OPE/INS

Forma de registro colocar los valores encontrados.

- d) **Fecha de Hemoglobina:** Es la fecha de entrega de resultado de laboratorio de hemoglobina, su utilidad radica en que permite identificar en el tiempo el resultado y evita la duplicidad si es registrado en más de una ocasión por diferente personal de salud.

17) 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.
- b) En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA): Deje en blanco y trace una línea oblicua.

18) Al Servicio:

- a) En una Atención: Marque "X" en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:
- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
 - **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
 - **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.
- b) **En Actividades Preventivo Promocionales (APP) y Actividades en Animales (AAA):** Deje en blanco y tache con una línea oblicua.

A continuación presentamos los ítems relacionados con el estado de salud y/o las actividades realizadas al momento de la atención:

19) Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud

En el caso de enfermedades, en el primer casillero debe registrarse el motivo de consulta o atención por el que acude el usuario, teniendo especial cuidado en hacerlo con letra clara y legible. No se deben utilizar abreviaturas ni siglas.

En el caso de registro de otras actividades de salud, siga las instrucciones que se dan en el presente Documento Técnico de acuerdo a la actividad desarrollada.

a) **En una Atención:** Anote el o los diagnósticos de morbilidad o estado de salud de la persona, la condición de riesgo, daños externos y causas de daños, siendo posible anotar “n” diagnósticos y/o actividades.

b) **En Actividades Preventivo Promocional (APP):** Registre como se describe a continuación

En el 1º casillero la actividad realizada

En el 2º casillero la estrategia sanitaria por la cual se realiza la actividad

20) **Tipo de Diagnóstico:** Marque con “X” solo una vez en una de las opciones para cada diagnóstico y/o actividad de salud e acuerdo a lo siguiente:

a) **En la Morbilidad:**

- **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 Promocional (APP) y Actividades en Animales (AAA), marque SIEMPRE “D”.**

c) **Laboratorio (Lab):** Este casillero debe ser llenado por el personal Asistencial. Su uso está sujeto a las consideraciones específicas de cada estrategia que se detallan en los ejemplos de registro.

Este casillero tiene varios usos de acuerdo a las siguientes actividades de salud:

- El número de dosis de vacunas

- Controles de tratamiento, gestantes, niños, etc.
- Número de sesiones en actividades profilácticas.
- Insumos de Planificación Familiar
- Número de participantes en actividades de capacitación, sesiones educativas, sesiones demostrativas, etc.
- Actividades de seguimiento (controles, número de visitas).
- En actividades en animales, se registra la cantidad de animales.

También se registran otras consideraciones especificadas en el desarrollo de las actividades de las diferentes estrategias sanitarias nacionales y etapas de vidas.

d) Código CIE10 y CPT:

Este casillero debe ser llenado por el personal de salud que realizó la actividad:

- a) La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10):** ofrece una manera de poder registrar una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que están ocupando el lugar de los diagnósticos en los registros de salud.
- b) El Catálogo Sectorial de Procedimientos de Salud (CPT):** contiene la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándar. Está basado en la codificación y clasificación. Current Procedural Terminología.



Formato: "Registro diario de atención y otras actividades de salud"

Anexo N° 1

LOTE: _____

PAGINA: _____

FECHA PROCES.: _____

DNI DIGITADOR: _____

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

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

2	AÑO 3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								
						DNI				M	T							
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA		D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTICO LAB.		CODIGO CIE / CPT
FICHA FAMILIAR		ETNIA		CENTRO POBLADO									P	D	R			
1	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
2	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
3	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
4	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
11	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		
12	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R		

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			ITEM 16		ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)		ITEM 20	
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	PESO =kg		N=	PACIENTE NUEVO (RA VEZ EN SU VIDA).	P =	DX PRESUNTIVO.
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO	TALLA =Cm		C=	PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.	D =	DX DEFINITIVO.
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL		Hb =Valor		R=	PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	R =	DX REPETIDO (CONTROL)