



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Oficina General de Tecnologías
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Promoción de la Salud - PAN*

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

Sistema de Información HIS

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL
PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL**

2018

PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES

ACTIVIDADES	Pág.
1 Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	4
2 Familias con niños (as) menores de 24 meses reciben consejería a través de visita domiciliaria.	8
3 Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que participan en grupos de apoyo comunal para promover el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.	9
4 Funcionarios municipales sensibilizados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito.	13
5 Agentes comunitarios de salud capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades.	16
6 Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI.	18
Actividades realizadas con gobierno local:	
7 Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años.	20
8 Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal.	21
9 Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud.	24
10 Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada)	25



PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS PAN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0012	Actividades de Articulado Nutricional		APP
	SESIONES	APP101	Actividad con Municipios
C0009	Sesión educativa	APP108	Actividades con la Comunidad
C0010	Sesión demostrativa	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
		APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal	APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
	CONSEJERIA	APP144	Actividad con Docentes Ciclo I
99401	Consejería integral	APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)
99344	Visita Domiciliaria	APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
	PARA NIÑOS (AS)		CAMPO LAB
Z762	Consulta para Atención y Supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	LME	Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
	PARA GESTANTES	ALI	Preparación de alimentos
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo	MN	Administración del Micronutriente
	GESTIÓN	SBU	Salud Bucal
C0001	Reunión en Municipios	DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia
C7004	Asistencia técnica	SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.
C7001	Reunión de monitoreo	AA	Alimentación responsiva
C7003	Reunión de Evaluación	COO	Coordinación
U752	Reunión de coordinación comunal	FSE	Reunión de incidencia
		FO	Reunión de Organización
		FEV	Fase de Evaluación
		VCO	Vigilancia Comunitaria
		AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
		GL	Actividad promovida por el Gobierno Local
		PNO	Padrón Nominal
		ENM	Estímulos no monetarios a los ACS
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES RECIBEN SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (3325104)

Definición.- Es una actividad educativa de “aprender haciendo”, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes y con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, en el cual realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante. Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un local comunal, centros de promoción y vigilancia comunal u otros espacios que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin.

En familias con niñas y niños menores de 36 meses:

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
 - **ALI:** Preparación de alimentos
 - **MN:** Administración del Micronutriente
 - **SBU:** Salud Bucal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
12535481			Camaná	6	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Temas a enfatizar, según grupo de edad:

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**
 Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
 Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**
 Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.
- **Sesiones demostrativas de salud bucal: SBU**
 Familias con niños (as) menores de 36 meses.
- **Sesiones demostrativas en administración de micronutrientes: MN**
 Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
 Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

En gestantes:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero Trimestre de gestación, según corresponda
- En el 2º casillero Tema de la sesión demostrativa, según corresponda
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
 - **ALI:** Preparación de alimentos

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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
	45366704		Combapata	28	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	M	PC			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	2	Z359
						M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> R	2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	ALI	C0010
						F	Pab			Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R		



Temas a enfatizar, según trimestre de gestación:

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**
Gestantes (I, II o III trimestre)
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**
Gestantes (III trimestre)

Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal:

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

Para **Familias con Niños:**

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes:**

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque **"AE"**

Niños menores de 03 años

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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juan Carlos Cáceres Limpe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
	12535481		Camaná	6	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	M	PC			PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	ALI	C0010
						F	Pab			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	AE	
										Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R		



Gestantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
45366704			Combapata	28	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	M	PC			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	2	Z359
										TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	ALI	C0010
										Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	AE	

Cuando la sesión demostrativa sea promovida por el Gobierno Local (Sello Municipal)

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

Para **Familias con Niños**:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes**:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque **"GL"**

Niños menores de 03 años

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juan Carlos Cáceres Limpe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
12535481			Camaná	6	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	M	PC			PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	ALI	C0010
										TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	GL	
										Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R		

Gestantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Lucia Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
45366704			Combapata	28	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	M	PC			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	2	Z359
										TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> F	2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	ALI	C0010
										Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> R	GL	

Algunas precisiones:

1. Generalmente las sesiones demostrativas son actividades extramurales, donde es difícil tener disponible el número de Historia Clínica, por lo tanto es suficiente registrar el número de DNI en la Hoja HIS y el digitador podrá ingresarlo con su N° de Historia clínica autoguardada en el sistema o duplicar el N° de DNI del niño (a) ó gestante.
2. Según la metodología establecida para cada actividad, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 sesiones por niño (a) ó gestante al día:

Ejem:

Si el personal de salud realiza una sesión demostrativa de preparación de alimentos y salud bucal, solo deberá colocar en el siguiente campo lab el tipo de sesión realizada (ALI, MN y/o SBU)

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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
12535481			Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	SBU	
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

En el caso que sea realizado por diferente personal de salud deberán registrar individualmente con las UPSS que le corresponde.

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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
12535481			Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SBU	C0010
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

3. Para aquellas sesiones demostrativas en niños, niñas y gestantes que **NO** cuenten DNI:
 - Escribir "S/D", para especificar que no tiene Documento de Identidad.
 - En el campo de Historia Clínica dejar en blanco, y el digitador duplicará el código autogenerado por el sistema en el Documento de Identidad

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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
S/D			Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA (3325107)

Definición.- Actividad que se realiza en el hogar a través de la visita domiciliaria, dirigida a madres, padres y cuidadores con niños y niñas menor de 24 meses, con la finalidad de brindar consejería para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil. Complementa las consejerías brindadas en el servicio de salud y las sesiones demostrativas.

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

- En el 1º casillero Consulta para Atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 2º casillero Número Consejería Integral, según corresponda.
- En el 3º casillero Número Visita Domiciliaria, según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
	84751247		Sechura	4	A	M	PC			PESO	N	N	1. Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2762	
					<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99401
					D	F	Pab			Hb	R	R	3. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
													4.				PAN	



Temas a reforzar, según grupo de edad:

- **Recién nacido:** Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 4 a 5 meses:** Lactancia materna exclusiva, suplementación con hierro, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 6 a 9 meses:** Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, suplementación con hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 12 a 23 meses:** Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, suplementación con hierro, lavado de manos, entornos saludables para el cuidado infantil, tomando en cuenta las necesidades del niño (a) y la familia.

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES QUE PARTICIPAN EN GRUPOS DE APOYO COMUNAL PARA PROMOVER EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (3325109)

Definición.- Esta actividad está dirigida a familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes. Consiste en el desarrollo de sesiones de grupos de apoyo para promover prácticas de lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil según su necesidad; con énfasis en las familias con niños (as) menores de 12 meses de edad; las cuales son conducidas por madres guías en el local comunal u otro que considere pertinente. El grupo de apoyo es una estrategia de educación de pares en espacios comunales, en el que las madres desarrollan sus capacidades para compartir con otras madres sus dificultades así como sus vivencias exitosas durante la lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

⇒ Reunión

01 reunión de coordinación entre el personal de salud encargado y actores claves de la comunidad para promover la implementación de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 Actividades con la Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de Coordinación Comunal
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
	APP108		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Coordinación Comunal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U752
				M			TALLA		C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0012
				D	F	Pab	Hb		R		P	D	R		

⇒ Talleres de capacitación

01 Taller de capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna, alimentación y nutrición infantil.

Consiste en el desarrollo de capacidades y potencialidades que faciliten el funcionamiento de los grupos de apoyo, esta actividad está dirigida a las madres guía seleccionada de manera participativa con la comunidad; será realizado por el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre **"D"** para ambas

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión

- En el 2º casillero el número de sesión según corresponda
 - Lactancia materna:**
 - Sesión 1:** Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo
 - Sesión 2:** Lactancia materna y embarazo
 - Sesión 3:** Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses
 - Sesión 4:** Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses.
 - Alimentación, nutrición y cuidado infantil:**
 - Sesión 1:** Alimentación complementaria
 - Sesión 2:** Anemia y suplementación con hierro
 - Sesión 3:** Desnutrición crónica, cuidado infantil, entre otros temas de prioridad.
- En el 3º casillero registre “LME” o “ALI”, para indicar temática.

Cuando inicie la sesión:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP151		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0012
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LME	

Temas a desarrollar, según grupo de edad:

- LACTANCIA MATERNA, incluye:**
 - Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.
 - Familias con niños (as) entre los 6 y 23 meses.
 - Gestantes (I, II o III trimestre).
- ALIMENTACION, NUTRICIÓN Y CUIDADO INFANTIL, incluye:**
 - Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
 - Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

Cuando culmine la sesión:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP151		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	U0012
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LME	

Asistencia técnica

Del personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo a las “Madres Guías”, durante o después de las sesiones de grupos de ayuda mutua.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica

- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1 ó 2, según corresponda
- En el 2º casillero el número de "Madres Guía" en la asistencia técnica
- En el 3º casillero registre "LME" o "ALI", según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
28	APP151		Curahuari	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	ALI	

Se considerará dos asistencias técnicas para cada uno de los grupos de apoyo conformados.

➡ Funcionamiento de los Grupos de apoyo

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de grupo de ayuda mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de familias integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de sesión 1, 2,3..., según corresponda
- En el 3º casillero temática de la sesión de grupo de apoyo, según corresponda.
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
 - **ALI:** Alimentación, nutrición y cuidado infantil

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
28	APP151		Capelo	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión de grupos de ayuda mutua	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0012
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	LME	

Se considera producto entregado cuando se cumple con la Sesión 4 (Para el caso de grupo de apoyo comunal para promover y proteger la Lactancia Materna) y Sesión 3 (Para el caso de los grupos de apoyo a madres de niños menores de 36 meses en alimentación, nutrición y cuidado infantil).

Monitoreo

02 Reuniones anuales de monitoreo a las madres organizadas en grupos de apoyo.

 En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de Grupo de Ayuda Mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número madres integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de visita de monitoreo 1 ó 2 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		
28	APP151		Sechura		A	M	PC			N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7001	
												2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U0012	
												3.	P	<input type="checkbox"/>	R			

FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO. (3325101)

Definición.- Esta actividad está dirigida a Alcalde, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad e integrantes del comité multisectorial quienes están informados, motivados y capacitados para implementar políticas públicas y planes de intervención en promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

⇒ Reunión de coordinación con la Municipalidad

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión de coordinación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **“COO”** para indicar la reunión de coordinación.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP101		Piura		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión de coordinación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0001
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	COO	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R		

⇒ Reunión técnica con la Municipalidad para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso **“FO”** para indicar Reunión de Organización

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		
	APP101		Piura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0001	
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FO	U0012	
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R			

Reunión de socialización de la información para el análisis de la situación de Anemia y DCI en el distrito.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **“FSE”** para indicar la reunión de incidencia.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		
	APP96		Chilca	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	25	C0001	
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FSE	U0012	
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R			

Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas públicas o planes de intervención

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1, 2,3 o 4 , según corresponda
 - 1: Implementación de la sala situacional municipal
 - 2: Implementación de políticas públicas (Ordenanzas municipales)
 - 3: Implementación de planes o proyectos de intervención
 - 4: Programación multianual y formulación anual del presupuesto en PAN
- En el 2º casillero el número de participantes



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
		10	12															
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
28	APP96		Huaral		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA		C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0012
					D	F	Pab			Hb		R		P	D	R		



Reunión de Monitoreo

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2, según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
28	APP96		Condoroma		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7001
					M					TALLA		C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0012
					D	F	Pab			Hb		R		P	D	R		



Reunión de Evaluación

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso “FEV” para indicar Fase de Evaluación

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
28	APP96		Huacho		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión de Evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C7003
					M					TALLA		C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FEV	U0012
					D	F	Pab			Hb		R		P	D	R		

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SUS COMUNIDADES. (3325102)

Definición.- Esta actividad está dirigida a Agentes Comunitarios de Salud, autoridades y líderes comunales (directiva comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

⇒ 01 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Vigilancia Comunitaria

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“VCO”** para indicar Vigilancia Comunitaria.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP138		Checacupe		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VCO	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

⇒ 02 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Sesiones demostrativas de preparación de alimentos

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“ALI”** para indicar sesión demostrativa de preparación de alimentos.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		
	APP150		Checacupe	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010			
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	U0012			
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

➔ 03 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Diagnóstico, tratamiento y prevención de la anemia.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“DXA”** para indicar Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		
	APP138		Calca	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	C0009			
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DXA	U0012			
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES A FAMILIAS DEL PRONOEI. (3325108)

Definición.- Esta actividad está dirigida a Docentes coordinadores, docentes de aula, auxiliares y promotores educativos del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

⇒ 01 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Importancia de los servicios básicos de salud

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“SBS”** para indicar importancia de los servicios básicos de salud.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___								
	APP144		Acora		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SBS	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

⇒ 02 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“ALI”** para indicar alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		
	APP144		Caraveli	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009			
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	U0012			
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

➡ 03 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Alimentación responsiva.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“AA”** para indicar alimentación responsiva.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____		
	APP144		Marangani	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009			
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AA	U0012			
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

ACCIONES DE MUNICIPIOS EN ARTICULADO NUTRICIONAL

ACTUALIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE PADRÓN NOMINAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE 6 AÑOS

Definición.- El Padrón Nominal es una lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el Padrón nominal.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“PNO”** para indicar Padrón Nominal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____								
	APP101		Kimbiri		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PNO	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL

Definición.- Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la implementación y funcionamiento del CPVC.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“AE”** para indicar la **Implementación ó Funcionamiento del CPVC.**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP101		Quellouno		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AE	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

Principales actividades para el funcionamiento del CPVC:

➡ a. Educación en Salud:

En Sesiones Demostrativas: (Ver Pág. 5)

➡ En Sesiones Educativas para el cuidado de la madre y el niño:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número participantes de la sesión.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
		10	12								P	D	R							
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
	APP165		Chota	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	12	C0009
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		U0012
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

b. Vigilancia comunal

Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Gestantes.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar **“G”** para indicar que el registro comunal es de gestantes.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
		10	12								P	D	R							
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
	APP165		Huacho	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	G	U1291
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		U0012
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños (as).

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar **“N”** para indicar que el registro comunal es de niños (as).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
APP165			Tumbes	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	U1291
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		U0012
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para esta actividad por convención utilizaremos el U1291 Producción de material educativo para la actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas

⇒ Toma de decisiones:

Reuniones de análisis, reflexión y toma de decisiones para la intervención; Participan autoridades de la junta vecina comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias, entre otros, para conocer los resultados de la vigilancia comunitaria, analizar las causas y motivos para plantear acciones o intervenciones a ser realizados por uno o varios actores sociales para el cuidado de la salud de la madre, niñas y niños.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión que se realiza durante el año 1, 2... según corresponda.
- En el 2º casillero el número de personas asistentes a la reunión.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juana Cordova Sanchez</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
APP165			Sullana	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	C0003
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	10	U0012
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		



ESTÍMULOS NO MONETARIOS A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Definición.- Es un mecanismo concertado por el gobierno local, comunidad organizada , así como otros actores sociales, para crear condiciones e incentivos que permitan que los Agentes Comunitarios de Salud se mantengan en su labor voluntaria de servicio a la comunidad. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“ENM”** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP101		Combapata		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ENM	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

REALIZAR FERIAS INTEGRALES DE SALUD Y NUTRICIÓN (DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA, DESPARASITACIÓN MASIVA, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ALIMENTACIÓN ADECUADA)

Definición.- Conjunto de acciones que desarrolla la municipalidad con el propósito de prestar algunos servicios claves que requieren la población orientado a mejorar el acceso a los servicios de salud; tales como: Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación, vacunación, entre otros. Así mismo en las ferias integrales pueden incluir servicios como: Sesiones demostrativas de lavado de manos, sesiones demostrativas y exposiciones gastronómicas que promuevan prácticas de alimentación saludable (con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro), entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la realización de las ferias integrales de salud y nutrición.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“FIS”** para indicar la organización de las **Ferias integrales de salud y nutrición** (Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP101		Combapata		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA		C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FIS	U0012
					D	F	Pab			Hb		R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		