

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

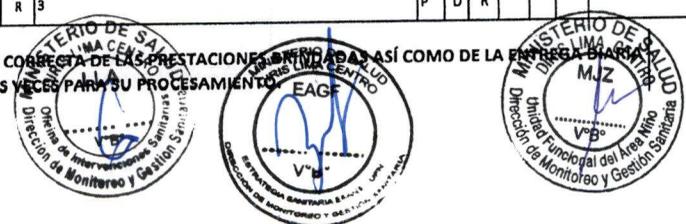
FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIE		
1	TURNO	
M	T	N

2	AÑO	3	MES	4	RE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD(UPS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION				
	2020												DNI:					

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22												
												DNI		FINANCIA	DIST. PROCEDENCIA	EDAD	SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB	CÓDIGO CE/CPT
												HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1	2	3		
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																													

1	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
1			2			4	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO1	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X			P	D	R			
			80								Hb		R	R			P	D	R			
2	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			6	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X		2	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
			80								Hb		R	R		3	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO1	Z298
3	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			7	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO2	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X			P	D	R			
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		
4	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			8	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO3	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X			P	D	R			
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			9	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO4	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X			P	D	R			
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		
6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			10	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO5	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X			P	D	R			
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			11	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO6	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X		2		P	D	R		
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2		SIL	12	A	M	PC		PESO		N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
							D	F	Pab		TALLA		X	X		2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298
			80								Hb		R	R			P	D	R			
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			24	A	M	PC		PESO		N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
							D	F	Pab		TALLA		X	X		2	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	SF1	Z298
			80								Hb		R	R			P	D	R			
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:/...../..... FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																					
			2			25	A	M	PC		PESO		N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	SF2	Z298	
							D	F	Pab		TALLA		X	X		2		P	D	R		
			80								Hb		R	R		3		P	D	R		

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DE LOS DATOS A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.



10

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HES			
			TURNO
1	M	T	N

2	AÑO	3	MES	4	ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD(UPS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION
	2020							DNI:	

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22	
												DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CE/CPT
												V/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R	1	2	3		
DIA	DNI	FINANCIA	DIST. PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAB LEC	SERVI CIO													

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	TA		2298	
				6				TALLA	X	X	2	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1		85018	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	LEV	MOD	SEV	D509

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO1		U310
				D		Pab		TALLA	X	X	2		P	X	R			
		80						Hb	R	R	3		P	D	R			

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				7				TALLA	X	X	2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO2		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	D	R				

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				8				TALLA	X	X	2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO3		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	D	R				

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				9				TALLA	X	X	2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO4		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	D	R				

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				10				TALLA	X	X	2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO5		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	D	R				

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

		2	SIL	A	M	PC		PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				11				TALLA	X	X	2	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	PO6		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	D	R				

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

		2	SIL	A	M	PC		PESO	N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2		85018
				12				TALLA	X	X	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	PR		D509
		80		D		Pab		Hb	12	R	R	3	Administración de hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	U310

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2		85018	
				24				TALLA	X	X	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	LEV	MOD	SEV	D509
		80		D		F Pab		Hb	R	R	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1		U310	

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

		2		A	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD		D509
				25				TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF2		U310	
		80		D		Pab		Hb	R	R	3		P	X	R				

1. SEGURO INTEGRAL/SSI
 3. ESSA

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS FUNCIONES PARA SU PROCESAMIENTO



LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMAL Y SELLO RESPONSABLE IRE		
1 TURNO		
M	T	N

2	3	4	5	6	6																			
AÑO	MES	E DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD(UPS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION																
2020								DNI:																
7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19						20			21	22			
											DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						TIPO DE DIAGNÓSTICO					VALOR LAB		
																	P	D	R			1	2	3
DIA	DNI	FINANCIAD.	DIST. PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOSLOBINA	ESTAR LEC	SERVICIO															
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			26	A	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD			D509		
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF3	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R	3		P	X	R						
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			27	A	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD			D509		
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF4	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R	3		P	X	R						
13 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			28	A	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD			D509		
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF5	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R	3		P	X	R						
14 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			29	A	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD			D509		
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF6	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R	3		P	X	R						
15 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			30	A	M	PC		PESO	N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R					2	85018	
										TALLA	X	X	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R					PR	D509	
		80				D		Pab		Hb	12	R	R	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R				TA	U310	
16 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			4	X	M	PC		PESO	N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R					1	85018	
										TALLA	X	X	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	LEV	MOD	SEV			D509	
		80				D		Pab		Hb		R	R	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R				SF1	U310	
17 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2		SIL	4	X	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD				D509	
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF2	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R			P	D	R						
18 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2		SIL	4	X	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD				D509	
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF3	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R			P	D	R						
19 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			4	X	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD				D509	
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF4	U310	
		80				D		Pab		Hb		R	R											
20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA:/...../.....																								
		2			4	X	M	PC		PESO	N	N	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	MOD				D509	
										TALLA	X	X	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R					SF5	U310	
		80				D	F	Pab		Hb		R	R			P	D	R						

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.

ITEM 09: FINANCIADOR DE SALUD	ITEM 12	FECHA DE ULTIMA REGLA
4. SCAT	10. OTROS	
N° PACIENTE REGISTRADO EN EL SISTEMA		Si no se cuenta con el registro en el sistema
  		

LOTE:
 PÁGINA:
 FECHA PROCES:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HD

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
2020																							

7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
												P	D	R	1	2	3	
DIA	DNI	FINANCIA	DIST. PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LEC	SERVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CE/CPT					

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

2				4	M	PC	PESO	N	N	1	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	R	LEV	MOD	D509
80				5 M	M		TALLA	X	X	2	Administración de Sulfato Ferroso	P	D	R	SF6		U310
					D	Pab	Hb	10	R	R	3						

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

2				4	M	PC	PESO	N	N	1	Dosaje de Hemoglobina	P	D	R	2		85018
80				6 M	M		TALLA	X	X	2	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	R	PR		D509
					D	Pab	Hb	12	R	R	3	Administración de Sulfato Ferroso	P	D	R	TA	U310

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

2																	
80																	

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

2																	
80																	

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

2																	
80																	

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

2																	
80																	

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

2			SJL														
80																	

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

2			SJL														
80																	

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

2					A	M	PC	PESO	N	N							
80					M			TALLA	X	X							
					D	F	Pab	Hb	R	R							

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

2					A	M	PC	PESO	N	N							
80					M			TALLA	X	X							
					D	F	Pab	Hb	R	R							

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.

ÍTEM 09: FINANCIADOR DE SALUD 4. SOAT 5. SANIDAD FAP 6. SANIDAD NAVAL 10. OTROS 11. EXONERADO	ÍTEM 12 Registrar el nombre del centro poblado	ÍTEM 17 Y 18 (CONDICIÓN DE INGRESO) N= PACIENTE NUEVO (ERA VEZ EN SU VIDA) C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO REINGRESO EN EL AÑO	FECHA DE ULTIMA REGLA Si no se cuenta con el dato se registrará la fecha de la primera ecografía.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------



LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		

2	AÑO	3	MES	4	RE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD(UPS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION		
	2020							DNI:			

DIA	DNI	FINANC. IA.	DIST. PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAB. LEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA V/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CE/CPT
											P	D	R	1	2	3	

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		24														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		25														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		26														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		27														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		28														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		29														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		30														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		3														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		3														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

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

2	80	A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Administración de sulfato ferroso	P	X	R	Z298									
		3														D	F	Pab	R	R	3	P	X	R
																P	D	R						

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD COMO DE LA OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO



LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HS

2		3		4		5		6		7												
AÑO		MES		E DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD(UPS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		TURNO												
2020								DNI:		M	T	N										
7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22				
	DNI												DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA		TIPO DE DIAGNÓSTICO				VALOR LAB		CÓDIGO CE/CPT	
	HISTORIA CLINICA												Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		P				D	R		1
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	ABDOMINAL	HEMOGLOBINA	ESTAB LEC	SERVICIO															
11			2	80		27	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
12			2	80		28	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	X	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
13			2	80		29	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	X	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
14			2	80		30	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	X	R	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	12	R	R	P	D	R						
15			2	80		3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	X	R	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
16			2	80		3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
17			2	80		3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	12	R	R	P	D	R						
18			2	80	SIL	3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
19			2	80		3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						
20			2	80		3	A	M	PC	PESO	N	N	1 Anemia			P	D	X	D509			
										TALLA	X	X	2. TIC			P	X	R				
										Hb	10	R	R	P	D	R						

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.

1. USUARIO	ÍTEM 12	ÍTEM 17 Y 18 (CONDICIÓN DE INGRESO)	FECHA DE ULTIMA REGLA
2. SEGURO INTEGRAL(SIS)	4. SOAT	10. OTROS	
3. ESSALUD	5. SANIDAD FAP	11. EXONERADO	
(*) Opcional	6. SANIDAD NAVAL		



