



# MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA CONSULTA EXTERNA

## CURSO DE VIDA - ADULTO MAYOR

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN  
FEBRERO 2024

Lic. Carlos Avila Guerra

# ¿Qué es?

## Sistema de información

Conjunto de componentes interrelacionados que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir información para apoyar la toma de decisiones y el control en una institución.



# Objetivos

**Establecer las necesidades regionales y locales de salud**



**Mejorar la toma de decisiones**



**Mejorar los procesos en los niveles operativos**



**Mejorar la gestión de los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación**



**Mantener informada a la población**



# Características de un buen Sistema de Información



|                 |                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADECUADO        | Punto de convergencia entre la demanda existente y las necesidades reales de información |
| OPORTUNO        | Con información útil para la toma de decisiones por parte de los usuarios                |
| VALIDO Y FIABLE | Con mecanismos de medición exactos y precisos                                            |
| INTEGRADO       | Sin redundancias de datos, con módulos o sub sistemas relacionados                       |
| FLEXIBLE        | Capacidad de adaptarse a nuevas exigencias                                               |
| DISPONIBLE      | Debe operar en tiempo real                                                               |
| ACCESIBLE       | Fácil acceso y utilización por los usuarios                                              |
| SEGURO          | Integridad y confidencialidad de los datos                                               |
| EFICIENTE       | Coste de generación ajustado al beneficio perseguido                                     |

# INSTRUMENTOS PARA LA ELABORACION DEL MANUAL HIS ADULTO MAYOR 2020

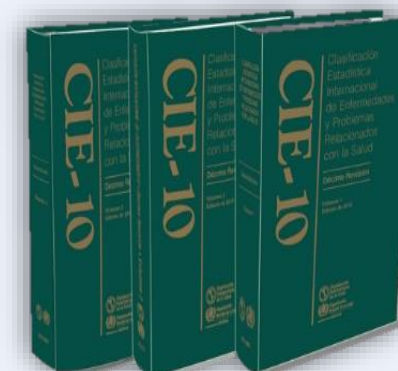
## 1

Se basa en la Norma Técnica establecida para la Etapa de Vida del Adulto Mayor (N.T.S. N°043-MINSA/DGSP-V01)



## 2

Lista de códigos actualizada de la CIE 10 versión 2018 y el CPMS (catálogo de procedimientos médicos) aprobado RM 902-2017.





PERÚ

Ministerio  
de Salud



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

# Sistema de Información

## Sistema HIS MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

HIS

Ingrese sus Credenciales

Usuario :

Contraseña :

Iniciar Sesión



Ministerio de Salud del Perú © 2012 - Derechos reservados

## Hoja HIS MINSA

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

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

TURNO

M T N

| AÑO | MES | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |
|-----|-----|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|     |     |                                             |                                       | DNI                                   |

| DIA | D.N.I.                                                                                                                 |                   | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTADISTICA SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                |   | VALOR LAB |   |    | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
|     | HISTORIA CLINICA                                                                                                       | GESTANTE/PUERPERA |         |                         |      |      |                                |                                         |                      |                                                       | ETNIA               | CENTRO POBLADO | P | D         | R | 1ª |                  |
| 1   | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGIA: / / |                   |         |                         |      |      |                                |                                         |                      |                                                       |                     |                |   |           |   |    |                  |
|     |                                                                                                                        |                   |         |                         |      | 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 |    |                  |

# FORMULARIO DE REGISTRO DIARIO

RESOLUCION MINISTERIAL Nº 780-2015/MINSA

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

## 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

PRESTADOR

UPSS

IPRESS

DNI

1 TURNO  
M T N

|   |                               |   |     |                           |                                             |      |      |                               |                                         |                                       |                                        |                                                       |          |                                           |                                       |           |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------------------|---|-----|---------------------------|---------------------------------------------|------|------|-------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----|----|----|--|----------------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 | AÑO                           | 3 | MES | 4                         | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |      |      |                               | 5                                       | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) |                                        |                                                       |          | 6                                         | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |           |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | FEB                           |   | ERO | HOSPITAL CAYETANO HEREDIA |                                             |      |      | MEDICINA GENERAL              |                                         |                                       |                                        | DNI                                                   | 25531215 |                                           | PEDRO CUEVA                           |           |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | DIA                           |   | 8   | 9                         | 11                                          | 13   | 14   | 15                            | 16                                      | 17                                    | 18                                     | 19                                                    |          | 20                                        |                                       | 21        |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                               |   |     | FINANC.                   | DISTRITO DE PROCEDENCIA                     | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC                              | SERVICIO                               | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |          | TIPO DE DIAGNÓSTICO                       |                                       | VALOR LAB |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                               |   |     |                           |                                             |      |      |                               |                                         |                                       |                                        |                                                       |          | P                                         | D                                     | R         | 1º | 2º | 3º |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                               |   |     |                           |                                             |      |      |                               |                                         |                                       |                                        |                                                       |          |                                           |                                       |           |    |    |    |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |   |     |                           |                                             |      |      |                               |                                         |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ |                                                       |          |                                           |                                       |           |    |    |    |  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 06792216                      |   | 02  | PU                        | 78                                          | X    | M    | PC                            |                                         | PESO                                  |                                        | N                                                     | N        | 1. Diabetes Mellitus insulino dependiente |                                       | P         | D  | R  |    |  |                                              | E109     |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 45454                         |   |     |                           |                                             | M    |      |                               |                                         | TALLA                                 |                                        | C                                                     | C        | 2. Consejería Nutricional                 |                                       | P         | D  | R  |    |  |                                              | 99403.01 |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | GESTANTE                      |   | 45  |                           |                                             | D    | X    | Pab                           |                                         | Hb                                    |                                        | R                                                     | R        | 3.                                        |                                       | P         | D  | R  | 1  |  |                                              |          |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CPMS / CIE

CIE / CP

LAB

DATOS SEGÚN SIEN (Sist. Información estado nutricional)

Cod / Nombre financiador  
01 NINGUNO (PAGANTE)  
02 SIS  
03 ESSALUD  
04 SOAT  
05 SANIDAD FAP  
06 SANIDAD NAVAL  
07 SANIDAD EP  
08 SANIDAD PNP  
09 PRIVADOS  
10 OTROS  
11 EXONERADO

Cod / Descripción  
01 ACHUAR  
02 AYMARA  
03 AMAHUACA  
04 ARABELA  
05 ASHANINKA  
" "  
" "  
" "  
" "  
58 MESTIZO

# ¿QUÉ SE REGISTRA EN LA HOJA HIS?

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

LOTES:   
PÁGINA:   
FECHA PROCES:   
DNI DIGITADOR:

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

1. TURNO  
M T N

| 2   | 3   | 4                                           | 5                                     | 6                                     | 7                  | 8                                  | 9                      | 10          | 11                                                    | 12                  | 13        | 14            | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|-----|-----|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------------|------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|---------------------|-----------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ANO | MES | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | DNI                |                                    |                        |             |                                                       |                     |           |               |    |    |    |    |    |    |    |    |
|     |     | D.N.I.                                      | PRIMA                                 | DISTRITO DE PROCEDENCIA               | PERIMETRO CEFALICO | PERIMETRO ANTRÓPOMETRICO ABDOMINAL | EVALUACIÓN HEMOGLOBINA | ESTAD. BLEC | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | VALOR LAB | CÓDIGO DE I G |    |    |    |    |    |    |    |    |
|     |     | GESTANTE/PUERPERA                           | ETNIA                                 | CENTRO POBLADO                        |                    |                                    |                        |             |                                                       |                     |           |               |    |    |    |    |    |    |    |    |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

1. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

2. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

3. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

4. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

5. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

6. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

7. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

8. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

9. Fecha de Nacimiento: / / Fecha Última Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /

|   |   |       |       |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|-------|-------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| A | M | PC    | PESO  | N | N | P | D | R |  |  |  |  |
| M |   | Pub.  | TALLA | C | C | P | D | R |  |  |  |  |
| D |   | Prep. | Hb    | R | R | P | D | R |  |  |  |  |

ITEM 08: FINANCIADOR DE SALUD

ITEM 15

ITEM 16

ITEMS 17 Y 18 (Condición de Ingreso)

FECHA DE ÚLTIMA REGLA

1. USUARIO  
2. SEGURO INTEGRAL (SIS)  
3. SESIONAL

4. SOAT  
5. SANIDAD FAP  
6. SANIDAD MUAL

10. OTROS EXONERADO

PC = Perímetro Cefálico  
Pub. = Perímetro Abdominal  
Prep. = Peso Preconcepcional

PESO = Kg  
TALLA = Cm  
Hb = Valor

N = Paciente NUEVO  
C = Paciente CONTINUADOR  
R = Paciente REGRESANTE

Si no se encuentra con el dato, se registra la fecha de la primera acogida.

(\*) Opcional

## 1. ATENCIÓN EN SALUD

- Se registra la morbilidad de la persona (Estado de salud de la persona, condición de riesgo, daños externos y causas de daños)
- Actividades extramurales e intramurales.

## 2. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

Que están referidas a las:

- Visita familiar integral
- Visita comunitaria
- Supervisión Integral (asistencia técnica)
- Sesión educativa
- Sesión demostrativa
- Capacitación
- Taller en salud

## ¿QUÉ ACTIVIDADES SE REGISTRAN – MANUAL?



### Registro individual

- Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)
- Plan de Atención Integral de Salud
- Entrevista de tamizaje de salud mental
- Atención del adulto mayor en el domicilio
- Clasificación del estado nutricional del adulto mayor



### Registro grupal

- Visita familiar integral
- Plan familiar
- Sesión demostrativa
- Sesión educativa

### Actividades del Círculo/Club del Adulto Mayor

## Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

### Persona adulta mayor saludable



- En Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
  - ✓ En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).
  - ✓ En el 2º casillero Consejería Integral.
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos.
- En el ítem: Lab anote:
  - ✓ En el 1º casillero la sigla “**AS**” de **Adulto Mayor Saludable**
  - ✓ En el 2º casillero el número de Consejería Integral .

| DIA                                                                                       | D.N.I.            | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                |   | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------|---|-----------|---|---|------------------|---|---|
|                                                                                           | HISTORIA CLINICA  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       | ETNIA               | CENTRO POBLADO | P | D         | R | 1 |                  | 2 | 3 |
|                                                                                           | GESTANTE/PUERPERA |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                             |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| 7                                                                                         | 25543431          | 1      | Comas                   | 72   | M    | PC                             | PESO                                  | N        | N        | 1. Valoración Clínica del Adulto Mayor                | P                   | D              | R | AS        |   |   | 99215.03         |   |   |
|                                                                                           | 22554             | 58     |                         |      | M    | Pab                            | TALLA                                 | C        | C        | 2. Consejería Integral                                | P                   | D              | R | 1         |   |   | 99401            |   |   |
|                                                                                           |                   |        |                         |      | D    | Ppreg                          | Hb                                    | R        | R        |                                                       | P                   | D              | R |           |   |   |                  |   |   |

# Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)



- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
  - ✓ En el 1° casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor.
  - ✓ En el 2° casillero Persona Adulto Mayor Independiente (Z6361)
- En el ítem Lab anote:
  - ✓ En el 1° casillero la sigla “AS” de **Adulto Mayor Saludable**.
  - ✓ En el 2° casillero dejar en blanco

| DIA                                        | D.N.I.           | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |   |   | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |
|--------------------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------|---|---|-----------|---|---|------------------|
|                                            | HISTORIA CLINICA |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       | P                   | D | R | 1         | 2 | 3 |                  |
|                                            |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |   |           |   |   |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:              |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |   |           |   |   |                  |
| (*) Fecha de Nacimiento:        /        / |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |   |           |   |   |                  |

# Plan de Atención Integral de Salud (PAI)

## Definición Operacional.

Es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor a través de la cual se define el conjunto individualizado de cuidados esenciales y es realizado de acuerdo a cada categoría que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente.

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

- En el 1º casillero la **Valoración Clínica del Adulto Mayor**.
- En el 2º casillero **Plan de Atención Integral de Salud**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos.

## Plan de Atención Integral de Salud Elaborado

En el ítem: Lab anote en el casillero donde está registrada la actividad atención integral de salud lo siguiente:

- “1” cuando se elabora el Plan de Atención Integral de Salud

## Plan de Atención Integral de Salud Ejecutado

- “TA” cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan de Atención Integral de Salud

| DIA                                                                                                                                               | D.N.I.           | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO                              | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                |   | VALOR LAB |   |       | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------|---|-----------|---|-------|------------------|---|---|
|                                                                                                                                                   | HISTORIA CLINICA |        |                         |      |      |                                |                                         |          |                                       |                                                       | ETNIA               | CENTRO POBLADO | P | D         | R | 1     |                  | 2 | 3 |
|                                                                                                                                                   |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |                                       |                                                       |                     |                |   |           |   |       |                  |   |   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                                                                                     |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |                                       |                                                       |                     |                |   |           |   |       |                  |   |   |
| (*) Fecha de Nacimiento:        /        /        Fecha Último Resultado de Hb:        /        /        Fecha de Última Regla:        /        / |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |                                       |                                                       |                     |                |   |           |   |       |                  |   |   |
| 18                                                                                                                                                | 25543431         | 1      | Cajamarca               | 72   | A    | PC                             | PESO                                    | N        | N                                     | 1. Valoración Clínica del Adulto Mayor                | P                   | D              | R | AF        |   |       | 99387            |   |   |
|                                                                                                                                                   | 22554            | 58     |                         | M    | Pab  | TALLA                          | C                                       | C        | 2. Plan de Atención Integral de Salud | P                                                     | D                   | R              | 1 |           |   | C8002 |                  |   |   |
|                                                                                                                                                   |                  |        |                         | D    | F    | Ppreg                          | Hb                                      | R        | R                                     |                                                       | P                   | D              | R |           |   |       |                  |   |   |

TA

## Entrevista de Tamizaje de Salud Mental

### Definición Operacional.

Es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos.

### Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO

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

- 1° Casillero **“Tamizaje de Salud Mental en violencia”**
- 2° Casillero **“Consejería de prevención de riesgo en Salud Mental”**

En el 1º casillero la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

**EP** = Por Psicosis      **AD** = Alcohol y Drogas      **VIF** = Violencia Intrafamiliar  
**TD** = Trastornos Depresivo

En el casillero de la consejería deje en blanco ya que es solo una consejería por tamizaje.

| DIA                                                                                                                               | D.N.I.            | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |   |                                                       | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------|---|-------------------------------------------------------|-----------|---|---|------------------|----------|
|                                                                                                                                   | HISTORIA CLINICA  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       | P                   | D | R                                                     | 1         | 2 | 3 |                  |          |
|                                                                                                                                   | GESTANTE/PUERPERA |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |                                                       |           |   |   |                  |          |
|                                                                                                                                   | ETNIA             |        | CENTRO POBLADO          |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |                                                       |           |   |   |                  |          |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                                                                     |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |                                                       |           |   |   |                  |          |
| (*) Fecha de Nacimiento:      /      /      Fecha Último Resultado de Hb:      /      /      Fecha de Última Regla:      /      / |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                     |   |                                                       |           |   |   |                  |          |
| 25                                                                                                                                | 84521663          | 2      | Rímac                   | 68   | A    | M                              | PC                                    |          | PESO     |                                                       | N                   | N | 1. Tamizaje de Salud Mental en violencia              | P         | D | R |                  | 96150.01 |
|                                                                                                                                   | 854545            | 58     |                         |      | M    |                                | Pab                                   |          | TALLA    |                                                       | C                   | C | 2. Consejería de prevención de riesgo en salud mental | P         | D | R |                  | 99402.09 |
|                                                                                                                                   |                   |        |                         |      | D    | F                              | Ppreg                                 |          | Hb       |                                                       | R                   | R |                                                       | P         | D | R |                  |          |

# Entrevista de Tamizaje de Salud Mental

Quando el Tamizaje es **POSITIVO** utilice los siguientes códigos:

| TAMIZAJES                      |                  | CONSEJERÍAS                                        |                  |
|--------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| Tamizaje de Violencia          | Código: 96150.01 | Consejeria integral                                | Código: 99401    |
| Tamizaje de Alcohol y drogas   | Código: 96150.02 | Consejeria en prevención del cáncer                | Código: 99402.08 |
| Tamizaje de depresión          | Código: 96150.03 | Consejeria de prevención de riesgo en salud mental | Código: 99402.09 |
| Tamizaje en Episodio Psicotico | Código: 96150.04 | Consejeria nutricional                             | Código: 99403.01 |

Quando el resultado del tamizaje es POSITIVO utilice el código que identifica el problema detectado:

| DIA                                                                                                               | D.N.I.            | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                  | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL        | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                   |                                       |                                                         | VALOR LAB |                                       |   | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|---|------------------|
|                                                                                                                   | HISTORIA CLINICA  |        |                         |      |                                       |                                       |                                         |          |          |                                                       | P                                     | D                                     | R                                                       | 1         | 2                                     | 3 |                  |
|                                                                                                                   | GESTANTE/PUERPERA |        |                         |      |                                       |                                       |                                         |          |          |                                                       |                                       |                                       |                                                         |           |                                       |   |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                                                     |                   |        |                         |      |                                       |                                       |                                         |          |          |                                                       |                                       |                                       |                                                         |           |                                       |   |                  |
| (*) Fecha de Nacimiento:    /    /    Fecha Último Resultado de Hb:    /    /    Fecha de Última Regla:    /    / |                   |        |                         |      |                                       |                                       |                                         |          |          |                                                       |                                       |                                       |                                                         |           |                                       |   |                  |
| 25                                                                                                                | 84521663          | 2      | Rímac                   | 68   | <input checked="" type="checkbox"/> A | M                                     | PC                                      |          | PESO     |                                                       | N                                     | N                                     | 1. Tamizaje en trastornos depresivos                    | P         | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 96150.03         |
|                                                                                                                   | 854545            | 58     |                         |      | M                                     | <input checked="" type="checkbox"/> F | Pab                                     |          | TALLA    |                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Consejería de prevención en riesgo en salud mental   | P         | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 99402.09         |
|                                                                                                                   |                   |        |                         |      | D                                     | <input checked="" type="checkbox"/> F | Ppreg                                   |          | Hb       |                                                       | R                                     | R                                     | 3. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental | P         | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 2133             |

# Atención del Adulto Mayor en el Domicilio

## Definición Operacional.

Es el servicio que cumple el equipo multidisciplinario de salud a las PAMs, con la finalidad de brindar atención domiciliaria a las personas impedidas de desplazarse, monitoreo del cumplimiento de indicaciones y evaluar el entorno familiar.

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero (del diagnóstico) marque “R” siempre por ser un diagnóstico preexistente.
- En el 2º casillero siempre “D” por ser una actividad.

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero registre el número de visita 1, 2... según corresponda.

| DIA                                                                                                                                                             | D.N.I.           | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                |                                                       | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------|-----------|---|---|------------------|---|----------|
|                                                                                                                                                                 | HISTORIA CLINICA |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       | ETNIA               | CENTRO POBLADO | P                                                     | D         | R | 1 |                  | 2 | 3        |
|                                                                                                                                                                 |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                                                       |           |   |   |                  |   |          |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                                                                                                   |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                                                       |           |   |   |                  |   |          |
| (*) Fecha de Nacimiento:        /        /               Fecha Último Resultado de Hb:        /        /               Fecha de Última Regla:        /        / |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                                                       |           |   |   |                  |   |          |
| 20                                                                                                                                                              | 44468833         | 1      | Chota                   | 75   | A    | M                              | PC                                      |          | PESO     |                                                       | N                   | N              | 1. Diabetes Mellitus asociada a desnutrición          | P         | D | R |                  |   | E129     |
|                                                                                                                                                                 | 22582            | 58     |                         |      | M    |                                | Pab                                     |          | TALLA    |                                                       | C                   | C              | 2. Visita Domiciliaria                                | P         | D | R | 1                |   | C0011    |
|                                                                                                                                                                 |                  |        |                         |      | D    | F                              | Ppreg                                   |          | Hb       |                                                       | R                   | R              | 3. Consejería de prevención en riesgo en salud mental | P         | D | R |                  |   | 99402.09 |

# Actividades Preventivas Promocionales (APP)

## Sesión Demostrativa (C0010)

### Definición Operacional.

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

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero **Sesión Demostrativa**

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión.

| DIA                                                                                                                               | D.N.I.           | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                |                        | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------|-----------|---|---|------------------|---|---|-------------------|
|                                                                                                                                   | HISTORIA CLINICA |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       | ETNIA               | CENTRO POBLADO | P                      | D         | R | 1 |                  | 2 | 3 |                   |
|                                                                                                                                   |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                        |           |   |   |                  |   |   | GESTANTE/PUERPERA |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                                                                     |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                        |           |   |   |                  |   |   |                   |
| (*) Fecha de Nacimiento:      /      /      Fecha Último Resultado de Hb:      /      /      Fecha de Última Regla:      /      / |                  |        |                         |      |      |                                |                                         |          |          |                                                       |                     |                |                        |           |   |   |                  |   |   |                   |
| 8                                                                                                                                 | APP 143          |        | San Martín de Porres    |      | A    | M                              | PC                                      |          | PESO     |                                                       | N                   | N              | 1. Sesión Demostrativa | P         | D | R | 10               |   |   | C0010             |
|                                                                                                                                   |                  |        |                         |      | M    |                                | Pab                                     |          | TALLA    |                                                       | C                   | C              |                        | P         | D | R |                  |   |   |                   |
|                                                                                                                                   |                  |        |                         |      | D    | F                              | Ppreg                                   |          | Hb       |                                                       | R                   | R              |                        | P         | D | R |                  |   |   |                   |

## Actividades del Círculo / Club del Adulto Mayor

### Definición Operacional.

Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, teniendo como base el autocuidado y cuidado mutuo, uso del tiempo libre, mantenimiento de la persona autovalente, evitar la discapacidad; así como generar estilos de vida saludable y una relación armónica con la familia, comunidad y entorno entre otras actividades, utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas), tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero **“Organización del Circulo de Adultos Mayores-CAM en el EESS (C3001.01)”**.
- En el 2º Y 3º casillero deje en BLANCO

En el ítem: Tipo de diagnostico marque siempre “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: registre la cantidad de participantes Adultos mayores”.
- En el 2º y 3º casillero dejar en blanco

| DIA                                                                                       | D.N.I.           | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                          |                |   | VALOR LAB |   |   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|---|-----------|---|---|------------------|---|---|
|                                                                                           | HISTORIA CLINICA |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       | ETNIA                                                        | CENTRO POBLADO | P | D         | R | 1 |                  | 2 | 3 |
|                                                                                           |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                              |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                             |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                              |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / |                  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                              |                |   |           |   |   |                  |   |   |
| 10                                                                                        | APP143           |        | Surquillo               |      | A    | M                              | PC                                    | PESO     | N        | N                                                     | 1. Organización del Circulo de Adultos mayores – CAM en EESS | P              | D | R         |   |   | C3001.01         |   |   |
|                                                                                           |                  |        |                         |      | M    |                                | Pab                                   | TALLA    | C        | C                                                     | 2.                                                           | P              | D | R         |   |   |                  |   |   |
|                                                                                           |                  |        |                         |      | D    | F                              | Ppreg                                 | Hb       |          | R                                                     | R                                                            | 3.             | P | D         | R |   |                  |   |   |

## Para Actividades del Círculo / Club del Adulto Mayor - CAM

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero **“Organización del Circulo de Adultos Mayores-CAM en el EESS (C3001.01)”**.
- En el 2º casillero registra la actividad realizada por ejemplo:
  - Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables ➡ C3101
  - Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables ➡ C3111
  - Charla en comunicación y educación para la salud ➡ C2041
  - Movilización social (caminatas, pasacalles) ➡ C3071
- En el 3º casillero deje en blanco.

En el ítem Tipo de diagnostico; en el 1º casillero marque “R” y en el 2º casillero marque siempre “D”

**En el ítem: Lab anote:**

En el 1º casillero: deje en blanco.

En el 2º casillero registre la cantidad de participantes Adultos Mayores

En el 3º casillero deje en blanco

| DIA                                                                                       | D.N.I.            | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                                    |                |   | VALOR LAB |    |   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|---|-----------|----|---|------------------|---|---|
|                                                                                           | HISTORIA CLINICA  |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       | ETNIA                                                                  | CENTRO POBLADO | P | D         | R  | 1 |                  | 2 | 3 |
|                                                                                           | GESTANTE/PUERPERA |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                                        |                |   |           |    |   |                  |   |   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                                                             |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                                        |                |   |           |    |   |                  |   |   |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / |                   |        |                         |      |      |                                |                                       |          |          |                                                       |                                                                        |                |   |           |    |   |                  |   |   |
| 10                                                                                        | APP143            |        | Surquillo               |      | A    | M                              | PC                                    | PESO     | N        | N                                                     | 1. Organización del Circulo de Adultos Mayores – CAM en EESS           | P              | D | R         |    |   | C3001.01         |   |   |
|                                                                                           |                   |        |                         |      | M    |                                | Pab                                   | TALLA    | C        | C                                                     | 2.Sesion demostrativa de estilo de vida saludable y ambiente saludable | P              | D | R         | 10 |   | C3111            |   |   |
|                                                                                           |                   |        |                         |      | D    | F                              | Ppreg                                 | Hb       | R        | R                                                     | 3.                                                                     | P              | D | R         |    |   |                  |   |   |



PERÚ

Ministerio  
de Salud



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

← ↻ 🔒 https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/curso\_vida\_cuidado\_integral\_adult... 📱 ⌵ 🔍 ⭐ 📅 W 💡 📄 ⚙️ ⭐ 🗑️ 👤

Tablero de control:

# *Curso de Vida* **Adulto Mayor**



1



Pirámide  
Poblacional

2



Población  
Total y  
Población  
Adulto  
Mayor

3



Morbilidad

4



Mortalidad

5



Indicadores



VACUNAS:

Neumococo

Influenza

Actualizado al 16 de Agosto 2023

[VOLVER A REUNIS](#)



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Gobierno del Perú



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



# GRACIAS

Ministerio de Salud  
Oficina General de Tecnologías de la Información

Oficina de Gestión de la Información  
[cavila@minsa.gob.pe](mailto:cavila@minsa.gob.pe)