

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

6. ID PROGRAMA	8. ID PRODUCTO	10. ID ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	12. ACTIVIDAD OPERATIVA	13. UNIDAD DE MEDIDA	14. META PREVISTA	15. PRESUPUESTO ANUAL	16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN												17. RESPONSABLE / OBSERVACIÓN
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
0016.TBC-VIH/SIDA	0131.CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	5004433.MONITORIO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA - TUBERCULOSIS	4395003 - EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TB/VIH-SIDA	Informe	1 año de socialización y 1 informe (Organización y evaluación de la satisfacción del usuario externo)	Detallado en el punto 6.5							1						Responsable de calidad de la IPRESS
		5005183.MONITORIO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA - TUBERCULOSIS	4397502 - MONITOREO DEL PROGRAMA DE METAXENICAS Y ZOONOSIS	Informe	20 encuestas (Realización de encuesta de satisfacción al usuario externo)	Detallado en el punto 6.5							20						Técnico o asistente administrativo
0017.ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	3000001.ACCIONES COMUNES	5000085.MONITORIO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL METAXENICAS Y ZOONOSIS	4397502 - MONITOREO DEL PROGRAMA DE METAXENICAS Y ZOONOSIS	Informe	Visita de 02 IPRESS (Monitoreo y supervisión de los factores de producción de las IPRESS)	Detallado en el punto 6.5							2						Personal de la UGIPRESS
		5000085.MONITORIO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL METAXENICAS Y ZOONOSIS	4397502 - MONITOREO DEL PROGRAMA DE METAXENICAS Y ZOONOSIS	Informe	Informe de IPRESS a cargo (Planificación, organización, dirección y control de las actividades sociales)	Detallado en el punto 6.5							1						Médico jefes y jefes de RIS



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Anexo N° 02

Cartilla de registros HIS de las actividades sanitarias priorizadas, en el marco de la emergencia sanitaria por brote de dengue de la DIRIS LC 2023

Estrategia de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS

- **Tamizaje de prueba rápida de Hepatitis B a Población General (18 a 59 años)**

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
DÍA	TIPO	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE / UERFEB	ETNIA	NACIONALIDAD		EDAD	SEVO	FENÍMETO ASCOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDADES DE SALUD	VALOR			CODIGO CIE / CPT																
					11	12								21	22																		
7																																	
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO: Hb FECHA DE ÚLTIMA REGULA: 10 76693701 3 1 40 58 LIMA 30 M PC TALLA PESO Hb 1. Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida 2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis 3. 87342 99402.05																																	

TS = Trabajador Sexual HSH = Hombre que tiene sexo con hombre TRA = Transgénero		HTS = HSH que es TS TTS = Transgénero que es TS		RN: No Reactivo RP: Reactivo													
DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED-AD	SEVO	PERIMETO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION A. PEROLOGEINA	EST- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB		CODIGO CIE / CFT		
												P	D	R	1°	2°	3°
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXX																	
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																	
FECHA DE ULTIMO RESULTADO: __/__/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/____																	
1	42992222	10	SIL		49	M	PC	TALLA	N	N	1. Detección de Hepatitis C – Prueba Rápida		P	D	R	(RN)	86803.01
3		58				F	Pab	PESO	C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis		P	D	R	HSH (AE)	99402.05
AE: Actividad Extramarital																	

- Tamizaje de prueba rápida de Hepatitis C a Población de Riesgo

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Prevención y Control de CANCER

- Tamizaje de PSA (de 40 a 75 años)

AÑO	MES	HOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	MEDICINA GENERAL	DNI: 000000000 DR (A) XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX													
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EDAD	SEVO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	ETNOPOLETIC A	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO DE / CPT		
		HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	1°	2°	3°
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD													
HOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																	
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																	
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HB: / /																	
FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																	
1. Evaluación y entrega de resultados de PSA																	
2. Consejería preventiva en cáncer																	
3.																	

Si la Actividad se realiza en una CAMPAÑA en el SEGUNDO VALOR LAB de la CONSEJERIA se deberá colocar las siglas AE.

- Tamizaje de PIEL (de 18 a 70 años)

TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EDAD	SEVO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	ETNOPOLETIC A	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO DE / CPT		
DIA	HISTORIA CLINICA	10	12									P	D	1°	2°	3°
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD												
HOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HB: / /																
FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																
1. Examen cutáneo completo																
2. Consejería preventiva en cáncer																
3.																

Si la Actividad se realiza en una CAMPAÑA en el SEGUNDO VALOR LAB de la CONSEJERIA se deberá colocar las siglas AE.

65

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Salud Materno

- **Seguimiento de Gestante con Anemia**

AÑO	MES	HOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD [PRESS]	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS [UPSES]	DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	DNI/ 000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7	S	9 FINANC	11 DISTRITO DE PROCEDENCIA	20 VALOR
		10 HISTORIA CLINICA	12 NACIONALIDAD	TIPO DE CODIGO LAB CIE /CPT
		GESTANTE/PUEPERA	ETNIA	P D R 1° 2° 3°
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO: _____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____				
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX				
TALLA				
PC				
M				
D				
PESO				
Hb				
1. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio				
2. Visita Domiciliaria				
3.				
LEV				
O990				
C0011				

- Seguimiento a Puérperas que no acude a su primer control de puerperio entre los 7 días después del parto, se le realiza una visita

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD [IPRESS]										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS [UPSS]										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										OBSTETRICIA										DNI/ 000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
7	DÍA	TIPO	FINANC	C.N.I.	HISTORIA CLINICA	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	9	11		13	14	15	ESTADISTICA ANTROPOMETERICA	16	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	17	18	19	20	21	22										
									DISTRITO DE FACCEDECENCIA																								
									12																								
									NACIONALIDAD																								
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																																	
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																	
5	1	71953652		10		CERCADO DE LIMA		M		PC		TALLA		N		N		1. Visita domiciliar para evaluación posnatal y seguimiento		P		D		R		1		99501					
	58693		19		M		D		Pab		PESO		R		R		2		P		D		R		R		R		R				
	58		58		D		Pab		Hb		R		R		3.		P		D		R		R		R		R		R				

Tipo de documento		Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN		N°003	DIRIS -LC/ DMVGS-OIS	2023- V. 01

Curso de Vida Adolescente y Joven

- Concluir el Plan Integral en Adolescentes (de 12 a 17 años)

Lab2: Tipo de Paquete:
1.- Básico (1-2)
2.- Completo (1-3 y 1-4)

Año		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
2023		ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				302304 - Atención Integral del Adolescente				DNI: 000000000 DR(A) XXXXXXXXXXXXXXX																	
7	DIA	TPO	HISTORIA CLINICA	FINANC	9	DISTRITO DE PROCEDENCIA	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22										
								</																				

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS-LC/DMYGS-OIS	2023-V. 01

Estrategia de Salud Ocular

- Detectar errores refractarios en la etapa de Vida Niño (de 3 a 11 años)

Actividad realizada por Personal Técnico de Enfermería capacitado

AE: Actividad Extramural

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (UPRES)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPES)	DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ENFERMERIA	000000000 XXXXXXXXXXXXXXXX												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEVO	EDAD	PERIMETRO CEFALICOY ABDOMINAL	EMULSION ANTROPOMETRIC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB:	FECHA DE ULTIMA REGLA:	P	D	R	23
		HISTORIA CLINICA	10	12												VALOR LAB
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD												CODIGO CIE / CPT
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																
1	94516528	10	SIL	7	M	PC	TALLA	N	N	1. Determinación de Agudeza Visual	P	R	20	50	AE	99173
3		58				F	Pab	PESO	E	2.	P	D	R			
					D		Hb		R	3.	P	D	R			

Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (Licenciada en Enfermería, Tecnólogo Médico en Optometría y Médico General)

- Agudeza Visual 20/20 registrar: 20
- Agudeza Visual 20/25 registrar: 25
- Agudeza Visual 20/30 registrar: 30
- Agudeza Visual 20/40 registrar: 40
- Agudeza Visual 20/50 registrar: 50
- Agudeza Visual 20/70 registrar: 70
- Agudeza Visual 20/100 registrar: 100
- Agudeza Visual 20/200 registrar: 200
- Agudeza Visual 20/400 registrar: 400
- Agudeza Visual < 20/400 registrar: 800

N: Normal
A: Anormal

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (UPRES)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPES)	DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN												
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX												
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SEVO	EDAD	PERIMETRO CEFALICOY ABDOMINAL	EMULSION ANTROPOMETRIC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB:	FECHA DE ULTIMA REGLA:	P	D	R	23
		HISTORIA CLINICA	10	12												VALOR LAB
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD												CODIGO CIE / CPT
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																
1	59416528	2	CERCADO DE LIMA	6	M	PC	TALLA	N	N	1. Examen de los ojos y la visión	P	R	20	40	AE	2010
5		58			D	Pab	PESO	E	R	2. Determinación de Agudeza Visual	P	D	R			99173
							Hb		R	3.	P	D	R			

AE: Actividad Extramural

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS-LC/DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Salud Mental

- Tamizaje especializado para detectar problemas del Neurodesarrollo en niñas y niños (de 0 a 3 años)

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRES)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
7	TIPO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22															
	DIA	HISTORIA CLINICA	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIÓDICO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	ESTADÍSTICA	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT																	
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD																											
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																															
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																															
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO DE: / /																															
FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																															
1. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo																															
2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental																															
3. Visita Domiciliaria																															
96150.06																															
99402.09																															
C0011																															

- Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRES)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
7	TIPO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22															
	DIA	HISTORIA CLINICA	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIÓDICO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	ESTADÍSTICA	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT																	
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD																											
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																															
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																															
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO DE: / /																															
FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /																															
1. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia																															
2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental																															
3. Visita Domiciliaria																															
96150.07																															
99402.09																															
C0011																															

En el caso que los TAMIZAJES dieran POSITIVO se debe agregar el Código Z133



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Salud Mental

- Acompañamiento Clínico Psicosocial

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

- En el 1º casillero anote Asistencia técnica (C7004)
 1º casillero lab: ACP (Acompañamiento clínico psicosocial)
 2º casillero lab: número de sesión (1, 2,..., ó 10) según corresponda
 3º casillero lab: número de personal de salud que recibieron la asistencia técnica
 - En el 2º casillero anote Supervisión (C7002)
 1º casillero lab anote el número correspondiente al profesional que participa en

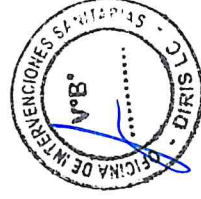
Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Médico de familia
6	Otros

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										DNI 000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
DÍA	7	TIPO	8	D.V.I.	9	FINANC	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				DNI		000000000		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		22						
																					TIPO DE		VALOR		CODIGO								
																						DIAGNOSTICO		LAB		CIE / CPT							
				HISTORIA CLINICA		ETNIA		NACIONALIDAD																									
				GESTANTE/PUERPERA																													

Esto lo registran solo el personal del Centro de Salud Comunitario Mental



Se considera actividad cumplida cuando se realicen las 10 asistencias técnicas.



**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMVGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Daños No Transmisibles

- Cuando NO SE IDENTIFICAN factores de riesgo

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)				CENY/NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																											
2023		ABRIL		000000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				DNII: 0000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																											
DÍA	7	TIPO	8	9	FINANC	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																																																						
		HISTORIA CLINICA	D.N.I.			DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTA. BIENEC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTICO	CODIGO CIE / CPT																																																						
		GESTANTE/P. UERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD										P	D	R	1°	2°	3°																																																				
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																		FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																		FECHA DE ULTIMO RESULTADO ND: ____/____/____																		FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
16	1	95135746		10	LA VICTORIA		26		M		PC		60	N	N	1. Valoracion Clínica de Factores de Riesgo			P	D	R	DNT	2019																																																
				58									165	TALLA	Hb	2. Consejería de Estilos de Vida Saludable			P	D	R	AE	99401.13																																																

- Cuando SE IDENTIFICAN factores de riesgo

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIO (UPSE)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX										0000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66

Para un mejor registro revisar el Manual de DNT 2020 14_04_2022

N: Normal
A: Abnormal

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Daños No Transmisibles

- **Paciente Hipertenso de No Alto Riesgo Controlado (PC)**
Ingresan los pacientes que reporta en al menos 4 de 6 controles que se realizan mensualmente en un periodo de 6 meses

[illegible]

- Paciente Diabético No Complicado Controlado (PC)

Control a los 3 meses

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IMPRES)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2023		ABRIL		000000 - XXXXXXXX-XXXXXX-XXXXXX-X				MEDICINA GENERAL				DNI: 000000000 XXXXXXXX-XXXXXX-XXXXXX						
7	TIPO	9	FINANC	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	CODIGO CIE/CIPT				
	DIA	HISTORIA CLINICA, GESTANTE/PUERPERA	10	12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	BTFA, BUC	SER. VIGIL	TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB					
		ETNIA		NACIONALIDAD								P		D	R	1°	2°	3°
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX		FECHA DE ULTIMO RESULTADO MH:				FECHA DE ULTIMA REGULA:						
31	1	58236523	2	SAN ISIDRO		PESO		79	N	N	N	P	D	X	PC	E119		
							TALLA	165	X	X	X	P	D	R	N	82947		
	2365		58					Pub		R	R	R	P	D	R	N	99199.22	
												P	D	R	N	C0011		

Para un mejor registro revisar el Manual de DNT 2020 14 04 2022

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Salud Bucal

- Incrementar asistencia al Servicio de Odontología de los niños y niñas de 3 a 11 años

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																						
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										ODONTOLOGIA										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																						
7	DÍA	TIPO	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT																													
		D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIÓDICO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO																																
		HISTORIA CLINICA	10	12				A				P	1°			2°	3°																											
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD																																								
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX															FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX															FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO: / /														
5	1	59416528		2	CERCADO DE LIMA		☒ M		☒ PC		TALLA	N	N	1. Evaluacion Oral Completa		P	☒ D	R			D0150																							
			58			☒ M		☒ Pab		PESO	☒ C	☒ R	2. Instrucción de Higiene Oral		P	☒ D	R	1			D1330																							
						☒ D				Hb	☒ R	☒ P	3. Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales		P	☒ D	R	1			D1310																							
							☒ A		☒ PC		TALLA	1. Profilaxis Dental		P	☒ D	R	1				D1110																							

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Prevención y Control de la Discapacidad

- Evaluación del Expediente de la Persona con Discapacidad que solicita su Certificado de Discapacidad

Tercera etapa, que consiste en el procedimiento médico para la emisión del certificado de discapacidad. El médico certificador lo realiza a través del Aplicativo de registro de Discapacidad (<http://discweb.minsa.gob.pe/login/>), haciendo uso de su usuario y contraseña personal. - Tiempo estimado: 15 minutos. Reporte de la Certificación en el Formulario HIS.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																																																																																	
2023	ABRIL	000000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																																																																	
7	TIPO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																																																															
	DIA	HISTORIA CLÍNICA										FINANC										D.N.I.										DISTRITO DE PROCEDENCIA										NACIONALIDAD										EDAD										SEXO										PERIÓDICO										ANTROPOMÉTRICO										ESTADÍSTICO										SERVICIO										VÍO ACTIVIDAD DE SALUD										DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA										VÍO ACTIVIDAD DE SALUD										CODIGO CIE/CPT									
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										NACIONALIDAD										EDAD										SEXO										PERIÓDICO										ANTROPOMÉTRICO										ESTADÍSTICO										SERVICIO										VÍO ACTIVIDAD DE SALUD										DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA										VÍO ACTIVIDAD DE SALUD										CODIGO CIE/CPT																																							
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																																																																																																																																																							
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO PE: / /																																																																																																																																																							
FECHA DE ÚLTIMA REG: / /																																																																																																																																																							
1. Síndrome Postlaminectomía																																																																																																																																																							
2. Trastorno del Disco Lumbar con Radiculopatía																																																																																																																																																							
3. Servicio de Evaluación, Calificación y Certificación de la Discapacidad																																																																																																																																																							
M961																																																																																																																																																							
M511																																																																																																																																																							
99450.01																																																																																																																																																							

Lab1:
3.- Corresponde a la Certificación

Lab2:
LEV.- Leve
MOD.- Moderado
SEV.- Severo

DIRIS LIMA CENTRO - VºBº
Dir. Perinatol. y Neonatol.

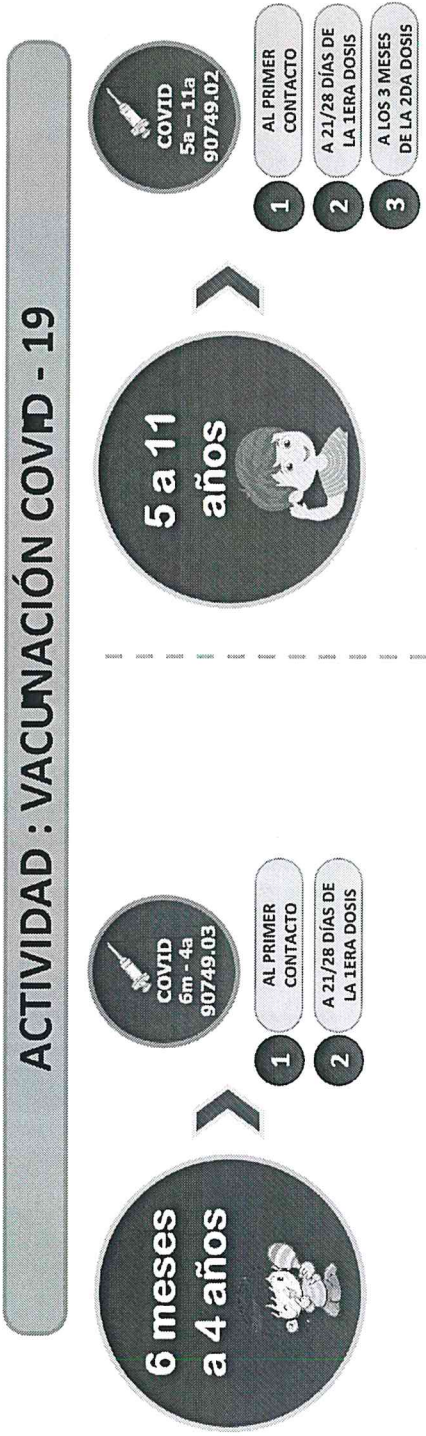
DIRIS LIMA CENTRO - VºBº
Dir. Perinatol. y Neonatol.

DIRIS LIMA CENTRO - VºBº
Dir. Perinatol. y Neonatol.

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

ESTRATEGIA DE INMUNIZACIÓN

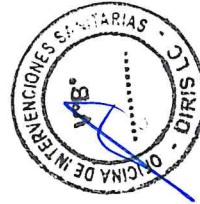
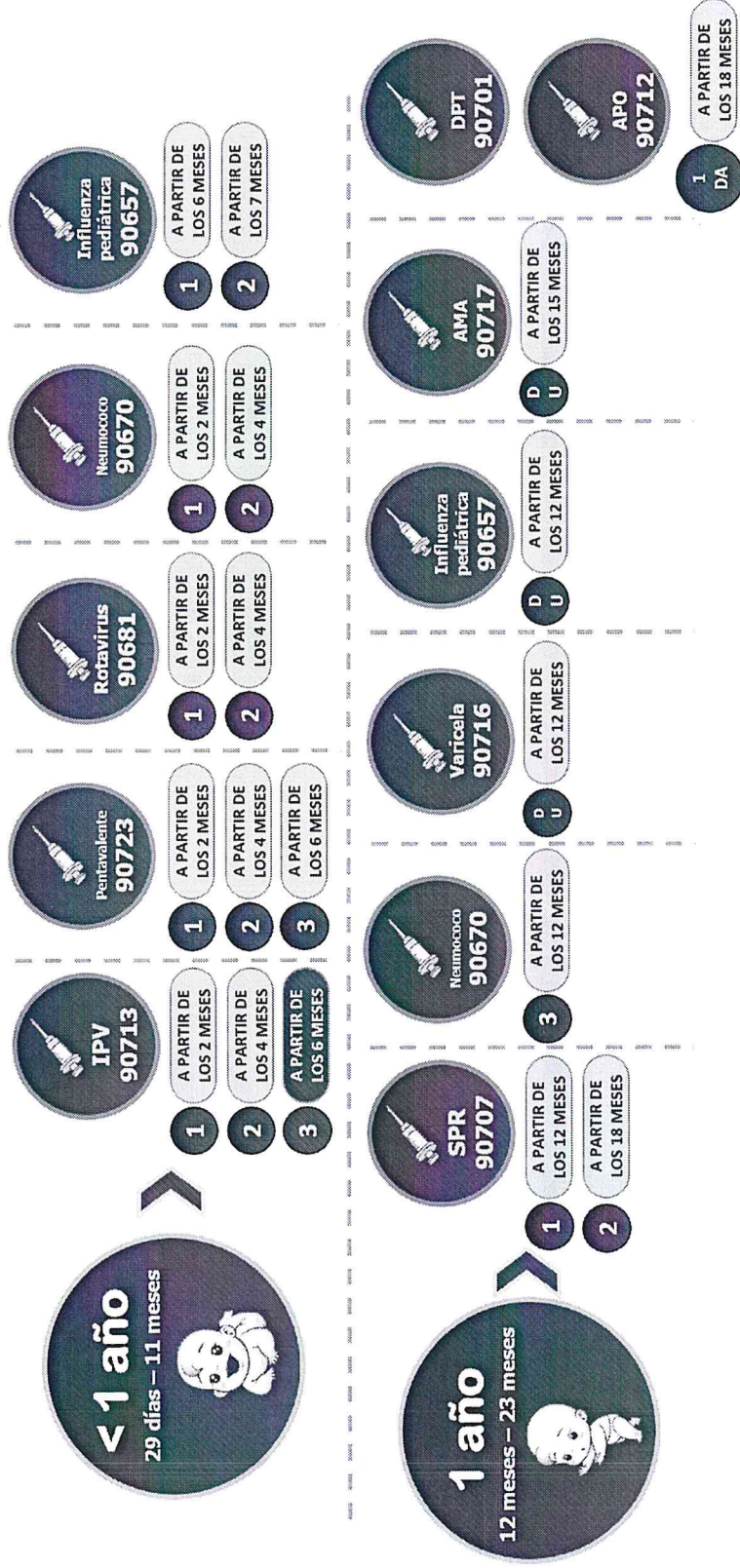
TANTO EN HIS MINSA ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y/O SIHCE LA ACTIVIDAD DEBE SER EXTRAMURAL O VISITA DOMICILIARIA



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

ESTRATEGIA DE INMUNIZACIÓN

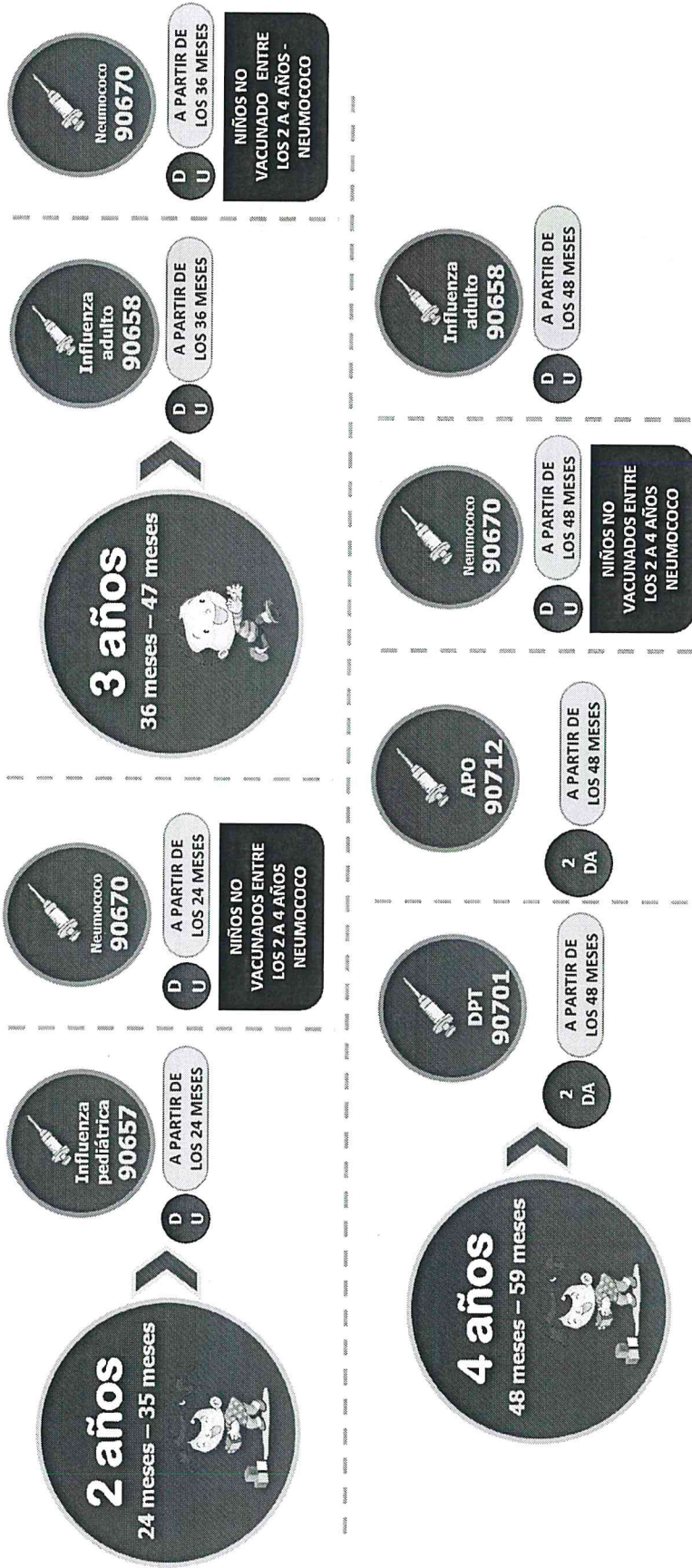
TANTO EN HIS MINSA ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y/O SIHCE LA ACTIVIDAD DEBE SER EXTRAMURAL O VISITA DOMICILIARIA



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

ESTRATEGIA DE INMUNIZACIÓN

TANTO EN HIS MINSA ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y/O SIHCE LA ACTIVIDAD DEBE SER EXTRAMURAL O VISITA DOMICILIARIA



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Curso de Vida Niño

- Primer Control CRED en RECIEN NACIDO
- Puede Iniciar el Plan Integral en el Recién Nacido, agregando el código C8002 y en Lab: 1 (indicando el Inicio)

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (UPRES)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX				XXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX				DNI: 0000000000 XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX																			
7	TIPO	9	FINANC	10	FINANC	11	FINANC	12	FINANC	13	EDAD	14	SEXO	15	PERIATO CEFALICO Y ABDOMINAL	16	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	17	ESTADÍSTICA	18	SER- VICIO	19	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20	TIPO DE DIAGNOSTICO	21	VALOR LAB	22	CODIGO CIE/CPT		
DIA		HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XX/XX		FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HE: XX/XX/XX/XX		FECHA DE ÚLTIMA REGIA: XX/XX/XX/XX																	
1		98526780		2		S/JL		3		A		M		PC		PESO		5.2		N		N		1. Control de Salud de rutina del niño		P		R		Z001	
		52683		58						M				F		TALLA		53		C		C		2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato		P		R		1	
										M				F		Hb				R		R		3. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses		P		R		99431.03	
										A		M		PC		PESO		BESG		N		N		1. Consejería en corte y cuidado del cordón Umbilical		P		R		99401.04	
										M				F		TALLA				C		C		2. Visita Domiciliaria		P		R		C0011	
										D						Hb				R		R		3.		P		D		R	

- Segundo Control CRED en RECIEN NACIDO

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (UPRES)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX				XXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX				DNI: 0000000000 XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX																			
7	TIPO	9	FINANC	10	FINANC	11	FINANC	12	FINANC	13	EDAD	14	SEXO	15	PERIATO CEFALICO Y ABDOMINAL	16	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	17	ESTADÍSTICA	18	SER- VICIO	19	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20	TIPO DE DIAGNOSTICO	21	VALOR LAB	22	CODIGO CIE/CPT		
DIA		HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XX/XX		FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HE: XX/XX/XX/XX		FECHA DE ÚLTIMA REGIA: XX/XX/XX/XX																	
1		98526780		2		S/JL		7		A		M		PC		PESO		6.1		N		N		1. Control de Salud de rutina del niño		P		R		Z001	
		52683		58						M				F		TALLA		53		C		C		2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato		P		R		2	
										M				F		Hb				R		R		3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar		P		R		99431.03	
										A		M		PC		PESO				N		N		1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses		P		R		99401.04	
										M				F		TALLA				C		C		2. Visita Domiciliaria		P		R		C0011	
										D						Hb				R		R		3.		P		D		R	

Tipo de documento		Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN		N°003	DIRIS -LC/ DMYGs-OIS	2023- V.01

Curso de Vida Niño

- Tercer Control CRED en RECIEN NACIDO

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											
7	TIPO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																	
DIA	HISTORIA CLINICA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD																														
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX		FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /																											
1	98526780	2	SIL	7	A	M	PC	PESO	6.1	N	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	R																		
	52683	58			M	F	Pab	TALLA	53				2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	R	3																	
								Hb					3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	R																		
					A	M	PC	PESO					1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	R																		
					M	F	Pab	TALLA					2. Visita Domiciliaria	P	R																		
					D	F	Pab	Hb					3.	P	R																		

- Cuarto Control CRED en RECIEN NACIDO
- Se da Termino al Plan Integral en el Recién Nacido, agregando el código C8002 y en Lab: TA (indicando que se Terminó)

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											
7	TIPO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																	
DIA	HISTORIA CLINICA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BIOC	VALORACION ANTROPOMETRICA																	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	NACIONALIDAD																														
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX		FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /																											
1	98526780	2	SIL	7	A	M	PC	PESO	6.2	N	N	N	1. Control de Salud de rutina del niño	P	R																		
	52683	58			M	F	Pab	TALLA	53				2. Atención integral de salud del niño: CRED Neonato	P	R	4																	
								Hb					3. Consejería en higiene del RN y cuidados en el hogar	P	R																		
					A	M	PC	PESO					1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	R																		
					M	F	Pab	TALLA					2. Visita Domiciliaria	P	R																		
					D	F	Pab	Hb					3.	P	R																		



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Zoonosis y Metaxenicas

- Identificación de pacientes febriles durante las visitas domiciliarias (Fiebre en los últimos 5 días)

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRES)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
2023		ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										MEDICINA GENERAL										DNI 000000000 XXXXXXXXXXXXXXXX				
7	TIPO	D.N.I.	FINANC	9	11	13	14	15	16	17	18	19											20	21	22		
			DISTRITO DE PROCEDENCIA			PERIÓMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL			ANTROPOMÉTRICO A			DIAGNÓSTICO ACTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT						
			HISTORIA CLÍNICA			SEXO			EDAD			TALLA			PESO			P			D			R			
			GESTANTE/PUERPERA			ETNIA			NACIONALIDAD			FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX			FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HB: / /			FECHA DE ÚLTIMA REGIA: / /									
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																											
1		40529982		10		SIL				M		PC				N		N		1. Fiebre, no específica		P		R		R509	
3		569823		58						M		F		Pab		R		R		2. Visita Domiciliaria		P		R		C0011	
										D						R		R		3.		P		D		R	

- Detección y diagnóstico de casos de rabia en mamíferos de la jurisdicción

AAA04: Actividades en canes

AAA09: Actividades en gatos

AAA91: Actividades en otros animales domésticos (equino,

porcino, bovino, ovino, etc.)

Valor Lab:
 MR.- Muestras Remitidas
 RN.- Muestras Negativas
 RP.- Muestras Positivas

TPO		D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIÓMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	ANTROPOMÉTRICO A	ESTADÍSTICO BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO ACTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT									
DIA		HISTORIA CLÍNICA		10		12								P		D		R									
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: / /																											
FECHA DE NACIMIENTO: / /																											
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HB: / /																											
FECHA DE ÚLTIMA REGIA: / /																											
2		AAA04		LA VICTORIA		A		M		PC		TALLA		N		N		1. Necropsis con Cerebro		P		R		MR		88025	
						M		F		Pab		PESQ		R		R		2. Vigilancia Epidemiológica		P		R		1		C0041	
						D						Hb		R		R		3.		P		D		R			

Tipo de documento		Numeración		Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN		Año Calendario de aprobación	
PLAN		N°003		DIRIS -LC/ DMYGS-OIS		2023- V. 01	

Estrategia de Zoonosis y Metaxenicas

- Vigilancia Vectorial

DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	FECHA DE ULTIMA REGIA:			CODIGO CIE/CPT
												P	D	R	
3		APP98		CERCADO DE LIMA	A	M	PC	TALLA	N	N	1. Vigilancia Entomológica	FECHA DE ULTIMA REGIA:			U233
												P	D	R	
												P	D	R	
					M	F	Pab	PESO	C	C	2. Actividades de DENGUE	FECHA DE ULTIMA REGIA:			U0089
												P	D	R	
												P	D	R	
					D			Hb	R	R	3.	FECHA DE ULTIMA REGIA:			
												P	D	R	
												P	D	R	

Excepción I : Areas sin presencia del vector y con riesgo de infestación
Excepción II : Areas con presencia del vector y sin presencia de casos.
Excepción III : Areas con presencia del vector y la presencia de casos.

- Cuando el Control se realiza en lugares DIFERENTES a Viviendas (cementeros, colegios, aeropuertos, locales comerciales, terrapuestos, etc.)

DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	FECHA DE ULTIMA REGIA:			CODIGO CIE/CPT
												P	D	R	
4		APP124		S.J.L.	A	M	PC	TALLA	N	N	1. Tratamiento focal	FECHA DE ULTIMA REGIA:			U244
												P	D	R	
												P	D	R	
					M			PESO	C	C	2. Actividades de DENGUE	FECHA DE ULTIMA REGIA:			U0089
												P	D	R	
												P	D	R	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	FECHA DE ULTIMA REGIA:			
												P	D	R	
												P	D	R	



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMVGS-OIS	2023-V. 01

Estrategia de Zoonosis y Metaxenicas

- Control de Criaderos del Vector del Dengue

DÍA	TPO	D.I.I.	FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A. RELACIONAL	EST. VICIO BLEC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE			VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT
			HISTORIA CLINICA	ETIA									10	ETIA	P		
N° de Viviendas Intervenido FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGIA: ____/____/____																	
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: APP98 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ 1. Tratamiento focal 2. Actividades de DENGUE																	
5		APP98		BREÑA		A	M	PC	TALLA	N	N			P	R	20	U244
						M			PESO					P	R	6	U0089
						D	F	pab	Hb	R	R	3.					
N° de Focos Controlados																	

Nº de Casas NO intervenidas
erradas + abandonadas + renuentes)

- Observación de Animal Mordedor

DIA	TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	ESTADISTICA ANTROPOMETRICA	ESTADISTICA SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	FECHA DE ULTIMA REVISIÓN:					CODIGO CIE / CPT
					1°	2°							3°					
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: _____																		
FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB: _____																		
FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: _____																		
10		AAA04		SAN BORJA	A	M												
Valor Lab: AS: Animal aparentemente Sano MOC: Animal Muerto SR: Animal con sospecha de Rabia																		

Valor Lab:
AS: Anim
MOC: Anim
SR: Anim



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Zoonosis y Metaxenicas - PROMSA

- Familias que desarrollan Practicas saludables para la Prevención de las Enfermedades ZOONOTICAS

Sesión Educativa # 1

TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A NIVEL CELULAR	ESTAD. BLEC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CFT
1	40563236	10	SAN JUAN DE LURIGANCHO	43	M	PC	TALLA	N	N	1. SESION EDUCATIVA	P	1	C0009
17		58			M	Pab	PESO	X	X	2. SESION DEMOSTRATIVA	P	4	C0010
					D		Hb	R	R	3.	P		

Indica la Actividad de ZOONOSIS (RABIA)

Sesión Educativa # 2

TIPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A NIVEL CELULAR	ESTAD. BLEC	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CFT
1	40563236	10	SAN JUAN DE LURIGANCHO	43	M	PC	TALLA	N	N	1. SESION EDUCATIVA	P	2	C0009
18		58			M	Pab	PESO	X	X	2. SESION DEMOSTRATIVA	P	4	C0010
					D		Hb	R	R	3.	P		

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Zoonosis y Metaxenicas - PROMSA

- Familias que desarrollan Practicas saludables para la Prevención de las Enfermedades Metaxenicas

Sesión Educativa # 1

DIA	TPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A	ESTADISTICO BLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGO CIE/CFT
												F	D	R	1*	2*	3*	
17	1	40563236	10	SAN JUAN DE LURIGANCHO	43	M	PC	TALLA	N	N	1. SESION EDUCATIVA	P	D	R				C0009
								PESO	C	C	2. SESION DEMOSTRATIVA	P	D	R	1	5	AE	C0010
								Hb	R	R	3.	P	D	R				

Indica la Actividad de DENGUE

Sesión Educativa # 2

DIA	TPO	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A	ESTADISTICO BLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CODIGO CIE/CFT
												F	D	R	1*	2*	3*	
18	1	40563236	10	SAN JUAN DE LURIGANCHO	43	M	PC	TALLA	N	N	1. SESION EDUCATIVA	P	D	R				C0009
								PESO	C	C	2. SESION DEMOSTRATIVA	P	D	R	2	5	AE	C0010
								Hb	R	R	3.	P	D	R				

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS –LC/ DMVGS-OIS	2023- V. 01

Promoción de la Salud (PROMSA)

- Consejería en pautas de crianza y buen trato a través de visita domiciliaria a familias con niños menores de 5 años

En el HIS se registra el DNI del NIÑO

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPES)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCION																																																																																			
2023		ABRIL		00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																			
DIA	7	TIPO	8	D.N.I.	FINANC	9	10	DISTRITO DE PROCEDENCIA	11	12	EDAD	13	14	15	16	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	17	18	19	20	21	22	CODIGO CIE / CPT																																																																																				
																								HISTORIA CLINICA	10	ETHIA	NACIONALIDAD	PERIMETO CEFALICO Y ABDOMINAL	SEXO	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
																							FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX										FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB: / /										FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																																																
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																																																											
10		1		07438077		10		LA VICTORIA		6		A		M		PC		TALLA		N		N		N		1		R		D		P		99401.25																																																																									
10		252223		58						6		M		F		Pab		PESO		X		X		X		1		R		D		C0011																																																																											
10										D								Hb		R		R		R		D		R																																																																															



**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

<https://dirislimacentro.gob.pe>

**Av. Nicolas de Piérola 589 –
Cercado de Lima, Perú**

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable

- Niños nacido a Termino y/o con Peso Normal a partir de los 4 meses:

En el ítem CÓDIGO CIE/CPT:

99199.17 Suplementación con Hierro.

En el ítem LAB se registra la administración según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado: P01
- Administración de Sulfato Ferroso : SF1

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																																							
2023		ABRIL		90000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																																																							
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22																																																																	
TPO		D.N.I.		FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR		CÓDIGO CIE / CPT																																																																							
DIA		HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD		NACIONALIDAD																																																																			
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																																FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																																FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO HB: ____/____/____																															
1		98567489		2		SIL		A		M		PC		TALLA		N		N		N		N		P		R		P01		99199.17																																																																	
16		582530		58		4		M		D		Pab		PESO		R		R		R		R		P		R		1		99403.01																																																																	
														Hb										P		R		1		C0011																																																																	



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable

- Visitas domiciliarias a familias con niños que hayan recibido prescripción de suplementación preventiva con hierro o micronutrientes:

En el campo CÓDIGO CIE/CPT:

- 99199.17 Suplementación con Hierro.
- 99199.19 Suplementación con Micronutrientes.

En el ítem LAB se registra la administración según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado : P02, P03.
- Administración de Sulfato Ferroso : SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.
- Administración de Micronutrientes : 2, 3, 4, 5, 6.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PRESE)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)	DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	DNI: 000000000 XXXXXXXXXXXXXXXX
7	3	FINANC	15	21
DÍA	HISTORIA CLÍNICA	10	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA	VALOR LAB
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	1/0 ACTIVIDAD DE SALUD	1° 2° 3°
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX				
FECHA DE ÚLTIMO RESULTADO Hb: / /				
1	85971203	2	LINCE	8
8	52563	58	8	8
FECHA DE ÚLTIMA REGULA: / /				
1. Suplementación con micronutriente				
2. Consejería en alimentación saludable				
3. Visita Domiciliaria				
99199.19				
99403.01				
C0011				



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable

- Visitas domiciliarias a familias con niños con diagnóstico de anemia para la prescripción ,continuidad y término de tratamiento con hierro:

En el ítem CÓDIGO CIE/CPT:

99199.17 Suplementación con Hierro.

Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**.

En el ítem LAB se registra la administración según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado : P02, P03, P04, P05, P06.
- Administración de Sulfato Ferroso : SF2, SF3, SF4, SF5, SF6.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSES)										DNI Y NOMBRE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										000000000 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
7	TIPO	D.N.I.	PINANC	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	CODIGO CIE / CPT																									
																	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIUNTO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. SERVICIO	DIAGNOSTICO LAB	VALOR																	
																									HISTORIA CLINICA	NACIONALIDAD	ETNIA	P	D	R	1°	2°	3°								
GESTANTE / PUERPERA																																									
DIA																																									
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																						FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX										FECHA DE ULTIMO RESULTADO HB: ____/____/____									
10	1	98532025		2	JESUS MARIA		10	A	M	PC	TALLA	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro		P	D	☒	LEV	D509																					
	896712		F		Pab	PESO		☒	☒	2. Suplementación con hierro		P	D	R	SF3	99199.17																									
			D			Hb		R	R	3. Consejería en alimentación saludable		P	D	R	4	99403.01																									
					A	M	PC	TALLA	N	N	1. Visita Domiciliaria		P	D	☒	R	1	C0011																							
					M			PESO	C	C	2.		P	D	R																										
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R																										

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable

- Visitas domiciliarias a familias con niños con diagnóstico de anemia para la prescripción ,continuidad y término de tratamiento con hierro:

Término del Esquema Terapéutico:
Lab: TA

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PRESS)										UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										DNI Y NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
2023	ABRIL	00000 - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
7	TIPO	D.N.I.		FINANC		DISTRITO DE PROCEDENCIA		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22			
DIA	HISTORIA CLINICA		10		12		NACIONALIDAD		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		ANTROPOMETRICO A		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR LAB		CODIGO CIE/CPT						
		GESTANTE/EJERCEA		ETNIA																											
NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																															
FECHA DE NACIMIENTO: XX/XX/XXXX																															
FECHA DE ULTIMO RESULTADO HO: ____/____/____																															
1		98532025		2		JESUS MARIA		A		M		PC		TALLA		N		N		1. Anemia por deficiencia de hierro		P		D		LEV		D509			
10		896712		58				10		M		F		Pab		PESO		R		2. Suplementación con hierro		P		D		TA		99199.17			
								D		F				Hb		R		R		1. Visita Domiciliaria		P		D		R		1			
																												C0011			



<https://dirislimacentro.gob.pe>

Av. Nicolas de Piérola 589 –
Cercado de Lima, Perú



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

**Anexo N° 03**

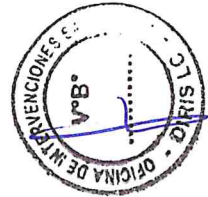
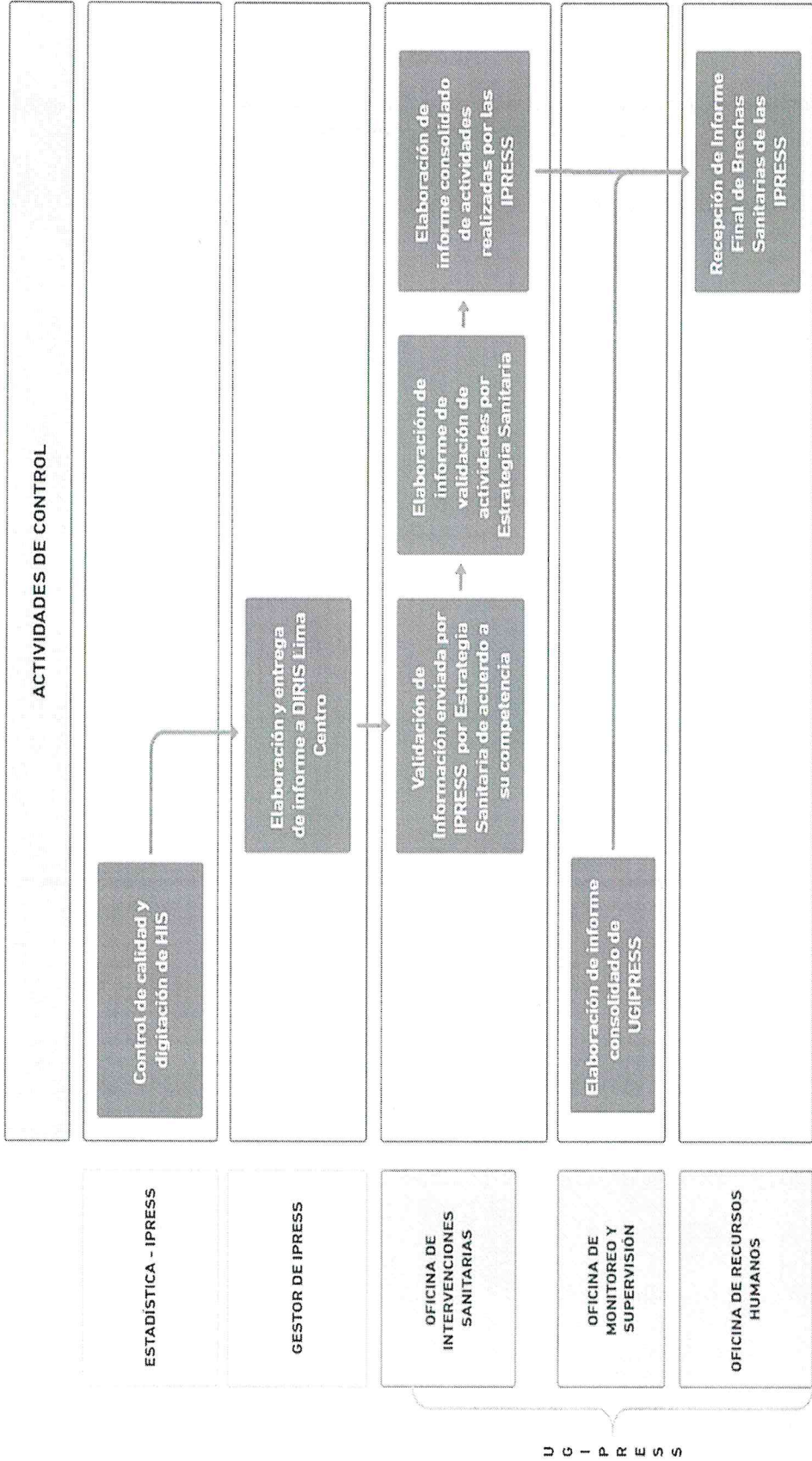
Formato de actividad de monitoreo para el personal de salud de la UGIPRESS

La siguiente ficha de monitoreo se encontrará disponible en el siguiente enlace link.

ENLACE: <https://forms.gle/YtM5sBQEjdBBsr399>



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01



Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN	N°003	DIRIS -LC/ DMYGS-OIS	2023- V. 01

Anexo N° 04

Diagramas de flujos de la planificación, organización, dirección y control de las actividades sanitarias prioritizadas

