



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA:**

ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2016



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402	Orientación/consejería en planificación familiar	T8332	Sangrado anormal asociado a DIU
Z3002	Orientación/consejería AQV	T8333	DIU en cavidad abdominal
Z3003	Prescripción inicial de método oral combinado	T8334	DIU encarcelado
Z30051	Prescripción inicial de método inyectable mensual	T8335	Complicación de DIU con perforación uterina
Z30052	Prescripción inicial de método inyectable trimestral	T8336	Dolor pélvico asociado con DIU
Z3008	Prescripción inicial de método de preservativos masculinos	Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía
Z3009	Prescripción inicial de método de preservativos femeninos	N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica
Z30091	Prescripción inicial de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada
Z30092	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica ritmo	Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual
Z30093	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica billings	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
Z30094	Prescripción inicial de método de los días fijos (MDF) / Collar	Z0179	Prueba rápida para tamizaje de VIH
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z308	Recuento espermático Post vasectomía
11981	Inserción de implante	Z33X1	Falla de DIU
Z302	Ligadura de trompas / vasectomía	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
Z3043	Repetición de prescripción de método oral combinado	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
Z30451	Repetición de prescripción de método inyectable mensual	Z33X31	Falla inyectable mensual
Z30452	Repetición de prescripción de método inyectable trimestral	Z33X32	Falla inyectable trimestral
Z3048	Repetición de prescripción de método de preservativos masculinos	Z33X4	Falla de implante
Z3049	Repetición de prescripción de método de preservativos femeninos	Z33X5	Falla preservativos masculino
Z30491	Repetición de prescripción de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Z33X51	Falla preservativos femenino
Z30492	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica ritmo	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
Z30493	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica billings	Z33X8	Falla de vasectomía
Z30494	Repetición de prescripción de método de los días fijos (MDF) / Collar	Z33X91	Falla de Ritmo
Z305	Control o reinserción de DIU	Z33X92	Falla de Billings
Z306	Control o reinserción de implante	Z33X93	Falla de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
58301	Remoción de Dispositivo Intrauterino	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
11982	Remoción de implante	Z33X92	Falla de Billings
Z308	Recuento espermático post vasectomía	59430	Control de puerperio
Z3091	Anticoncepción oral de emergencia/YUZPE	Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
T8331	Expulsión de DIU	Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
		Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
		Z0143	Examen de mamas
		88141	Toma de PAP
		99401	Consejería Integral
		86592	Prueba Rápida para Sífilis
		C0009	Sesión Educativa
		U140	Entrevista de Tamizaje
		U2652	Evaluación y Entrega de Resultado de VIH
		99344	Visita Familiar Integral
		U161	Usuaría Captada
		C7004	Asistencia Técnica
		U307	Atención Preconcepcional /pregestacional
		U0033	Actividad de Planificación Familiar

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en los servicios de hospitalización donde se desarrollen actividades de Planificación familiar.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Laboratorio presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico repetido) Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y laboratorio presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación

Esquema de Programación de Consultas, Controles y Entrega de Medicamentos e Insumos de Acuerdo al tipo de Anticonceptivo

Método	Duración de la Protección	Consultas Nuevas y de Seguimiento	Cantidad de Insumos a Entregar		Número de Consultas Programáticas Anual
			Por Consulta	Programática Anual	
Preservativo o condón masculino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Preservativo o condón femenino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Hormonal combinado oral (Píldora)	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Hormonal combinado inyectable mensual	Uno por vez	Cada mes por todo el año	Uno por consulta	Doce	12 por usuaria
Hormonal de solo progestágenos inyectable de depósito trimestral	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
Implante	Uno por vez	Inserción, 1er control a los tres días, luego al mes y luego cada año	Uno cada tres años	Uno	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
DIU (T de cobre)	Uno por vez	Inserción, 1er. control a la semana, luego al mes de inserción luego cada año	Uno cada doce años	Uno por nueva o reinserción	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
Bloqueo Tubario Bilateral	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, Segundo control al mes	No aplicable	Uno por nueva	2 por nueva
		01 cada año			1 por continuadora
Vasectomía	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	3 por nuevo
		01 cada año			1 por continuador
Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	6 meses	Primer control a los 45 días posparto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
Billings o del moco cervical	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora
Ritmo o de la Regla	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora
Método de los días fijos o método del collar	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva
					5 por continuadora

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición Operacional: Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La orientación/consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria

La orientación/consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la **Elección**, al **Aceptar** y al **Cambio** del método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

Todos los métodos de Planificación Familiar y las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de control establecido para el año de acuerdo al método
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN AQV

Definición Operacional: Sesión educativa donde se tratará aspectos relacionados a la AQV como: características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, fallas (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgo de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control (Se requiere de firma de documento de consentimiento informado).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente la Orientación/Consejería en AQV

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote 1, 2, según corresponda el número de la orientación/consejería.

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería AQV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3002
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USUARIAS NUEVAS

Definición Operacional: Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un determinado método anticonceptivo. Una usuaria puede ser nueva, tantas veces como métodos existan.



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

- **PRESCRIPCIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método elegido

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación / consejería 1 ó 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

Registrar la prescripción del método siempre al final ya que los métodos utilizan 2 campos Lab

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	84455	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402
	75423156						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial Inyectable Trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30052
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	26 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	03365706						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30051
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	64237446						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3008
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	10	



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	95621554						C	C	2. Prescripción inicial condón femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3009
							R	R	3.	P	D	R	10	

USUARIAS CONTINUADORAS

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- **REPETICIÓN DE PRESCRIPCIÓN** seguido del método que se está prescribiendo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control en el año
- En el 2º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3043
	07033136						C	C	2.	P	D	R	4	
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30452
	854257761						C	C	2.	P	D	R	1	
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30451
	07033136						C	C	2.	P	D	R	1	
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3048
	07033136						C	C	2.	P	D	R	30	
							R	R	3.	P	D	R		



DÍA	H.C./F.F.	FINANC DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3049
	87531542						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	30	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F.	FINANC DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	20635	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402	
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2. Inserción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	58300
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	1	

CONTROLES DEL DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	20722	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	N	N	1. Control de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z305	
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Control de DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	20722	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	N	N	1. Control de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z305	
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	1	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

Usuaría Continuada tiene dos momentos de registro, la 1ª son los Controles después de la Inserción donde solo se registra secuencialmente los controles y la 2ª cuando vuelve a optar por el mismo método habiendo manifestado haber sido usuaria a alguna vez de este método, en este último caso se registra el insumo además del control

REMOCIÓN DEL DIU

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
23	42120	10	80	Puno	28 A	M	N	N	1. Remoción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58301
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	P	D	R	

REINSERCIÓN DEL DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
7	42120	10	80	Puno	28 A	M	N	N	1. Reinscripción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z305
	<input checked="" type="checkbox"/>						C	C	2.	P	D	R	1	
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	P	D	R		

Si se realiza Remoción y Reinscripción en la misma atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero DEJE EN BLANCO
- En el 2º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
16	42120	10	80	Puno	28 A	M	N	N	1. Remoción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	58301
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reinscripción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z305
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	P	D	R	1

PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de Implante

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"



DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	84222	1	80	San Juan de Lurigancho	27 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	95621554						C	C	2. Inserción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	11981
							R	R	3.	P	D	R	1	

CONTROL DEL IMPLANTE

- En el 1º casillero el número de control en el año "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	84222	1	80	San Juan de Lurigancho	27 A	M	N	N	1. Control de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z306
	95621554						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA CONTINUADORA

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Control de Implante

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	381544	10	80	Puno	30 A	M	N	N	1. Control de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z306
	10373036						C	C	2.	P	D	R	1	
							R	R	3.	P	D	R		

Usuaria Continuada tiene dos momentos de registro, la 1ª son los Controles después de la Inserción donde solo se registra secuencialmente los controles y la 2ª cuando vuelve a optar por el mismo método habiendo manifestado haber sido usuaria a alguna vez de este método, en este último caso se registra el insumo además del control

REMOCIÓN DEL IMPLANTE

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	381544	10	80	Puno	30 A	M	N	N	1. Remoción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		11982
	10373036						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

REINSERCIÓN DEL IMPLANTE

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	381544	10	80	Puno	30 A	M	N	N	1. Reinscripción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z306
	10373036								2.	P	D	R	1	
									3.	P	D	R		

Si se realiza Remoción y Reinscripción en la misma atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero DEJE EN BLANCO
- En el 2º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	381544	10	80	Puno	30 A	M	N	N	1. Remoción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		11982
	10373036								2. Reinscripción de Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z306
									3.	P	D	R	1	

PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA CONTINUADORA

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Repetición de Prescripción de Método de Implante

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año
- En el 2º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	84153	10	80	Puno	28 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z306
	31730036								2.	P	D	R	1	
									3.	P	D	R		

MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA) EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería en PF "1"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	10	80	Barranco	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



Registrar a la usuaria NUEVA a los 40 días post parto o en el 2º Control de la puérpera

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 2
- En el 2º casillero en número de control en el año

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	10	80	Barranco	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2. Prescripción inicial de MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30091
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 06 meses cuando termina la lactancia materna exclusiva

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número "2" cuando llega a los 6 meses con lactancia materna exclusiva.

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	10	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30491
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

En el caso que se hagan consultas intermedias antes de los 6 meses.

En el ítem: Lab deje en **Blanco**

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z30491
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

**MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA
RITMO, BILLINGS Y DÍAS FIJOS / COLLAR**

Nuevas

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción Inicial Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30092
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

Continuadoras

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Repetición de prescripción Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30492
	07033136					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA


Esta actividad SE REGISTRA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE EGRESOS (SEEM), el cual en su versión 2016 establece el ingreso de los procedimientos quirúrgicos.

En el HIS SOLO SE REGISTRAN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS

EN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS

En el ítem: Sexo marque "F" si es mujer o "M" si es hombre.

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

- En el 1º casillero Anticoncepción quirúrgica voluntaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	154633	1	80	San Juan de Miraflores	37 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	D	R	1	Z302
	07033136					M	N	N	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	65656	1	80	Villa María del Triunfo	41 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	D	R	3	Z302
	62558756					M	N	N	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio según corresponda
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	D	R	1	Z302
	07033136					M	N	N	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
						F	R	R	3.	P	D	R		

CUANDO VIENE A SUS CONTROLES PARA LA PRESCRIPCIÓN DEL MISMO MÉTODO AL AÑO SIGUIENTE:

En los ítems: Establecimiento y Servicio marque en "R" por ser su 1º Consulta del año en el establecimiento y servicio.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número "1" por ser la primera consulta en el año del método en uso
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porras	22 A	M	N	N	1. Repetición de prescripción oral combinado	P	D	R	1	Z3043
	07033136								2.	P	D	R	4	
									3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA
- En el 2º casillero el método anticonceptivo prescrito

En el ítem: Tipo de diagnóstico correspondiente a Infección de VIH sin SIDA marque "R"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porras	29 A	M	N	N	1. Infección de VIH sin SIDA	P	D	R		Z21X1
	07033136								2. Repetición de prescripción oral combinado	P	D	R	2	Z3043
									3.	P	D	R	4	

El diagnóstico preexistente de Infección por VIH debe registrarse con tipo de diagnóstico "R" siempre que se haga referencia a él en el registro, de lo contrario se estarían duplicando los casos ya existentes

CAPTACIÓN DE LA USUARIA

Definición Operacional: Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

Registre:

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

- En el 1º casillero Usuaría Captada
- En el 2º casillero la Orientación/Consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo que ha optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo registre el número de consulta establecido para el año en cada método.
- En el 4º casillero anote el número de insumos entregados a la usuaria

La definición operacional describe como Usuaría Captada a aquella que una vez identificada se realiza la intervención, viene al establecimiento y OPTA POR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, no hay paciente captada si no opta por un método anticonceptivo.

Los registros que solo señalen "usuaria captada" y no describan el método anticonceptivo elegido por la usuaria

NO SERÁN INGRESADOS EN EL SISTEMA HIS



DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Usuaría captada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U161
	07033136					F	C	C	2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
						F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo	Código	Efectos Secundarios/Complicaciones
1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)	N912 R11X R51X	Efectos Colaterales: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
2. Anticonceptivos Hormonales Combinados de Depósito: Inyectable Combinado	N912 R11X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
3. Inyectables solo de Progestina:	N912 N939 R58X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
4. Implantes solo de Progestina	N912 N939 R58X R51X	Efectos Secundarios: a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
5. Dispositivo Intrauterino (DIU)	N912 N943 T8331 T8332 R58X T8333 T8334 T8335 T8336	Efectos Secundarios/Complicaciones: a. Amenorrea b. Dismenorrea c. Expulsión de DIU d. Sangrado infrecuente e. Sangrado frecuente (T8332 es sangrado asociado a DIU) f. Sangrado prolongado g. DIU en Cavidad Abdominal h. DIU Extraviado i. Perforación Uterina j. Dolor Pélvico
6. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina	C678 R58X O902 T814	Complicaciones: a. Lesiones de la Vejiga o del Intestino b. Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo) c. Dolor en la incisión d. Hematoma subcutáneo e. Infección de Herida operatoria f. Fiebre postoperatoria
7. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculino	T814	Complicaciones: a. Inflamación severa b. Equimosis c. Hematoma d. Infección de la herida operatoria e. Granuloma a nivel de la herida

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 2º casillero el efecto secundario del método en uso.

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

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38 A	M	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N912
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Efecto secundario Inyectable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4252
							R	R	3.	P	D	R		

COMPLICACIONES DIU

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Sangrado anormal asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8332
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		
23	54722	1	80	Camaná	29 A	M	N	N	1. Complicaciones DIU con perforación uterina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8335
	69170444						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		
26	21240	1	80	Sullana	32 A	M	N	N	1. Dolor pélvico asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8336
	61390555						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Las complicaciones que no estén confirmadas deberán ser registradas con tipo de diagnóstico Presuntivo "P"

FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote en la Atención Prenatal "1" de la primera atención.

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38 A	M	N	N	1. Falla de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z33X21
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención Pre Natal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
							R	R	3.	P	D	R		

ENTREVISTA DE TAMIZAJE

Definición Operacional: Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas y/o trastornos de Salud Mental en la población.

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

- En el 1º casillero la Entrevista de Tamizaje

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

- **VIF**= Violencia Intrafamiliar
- **VSX**= Violencia sexual

Cuando el Tamizaje es Negativo

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Entrevista de tamizaje	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	07033136								2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
									3. Prescripción inicial Inyectable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30052
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO para violencia, el tipo de diagnóstico es "D"

- **R456** Problemas relacionados con violencia

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Entrevista de Tamizaje	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	07033136								2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R456
									3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99404
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA/YUZPE

Método que se usa en situaciones de emergencia, no reemplaza el uso continuo de otros métodos anticonceptivos y debe ser administrado por personal capacitado

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

- En el 1º casillero la prescripción de AOE/YUZPE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab:

- En el 1º casillero registre el número de **PASTILLAS ENTREGADAS** a la usuaria



DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Prescripción AOE/YUZPE	P	D	R	8	Z3091
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE AOE EN VIOLENCIA SEXUAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “**VSX**” de violencia sexual
- En el 2º casillero registre el número de **PASTILLAS ENTREGADAS** a la usuaria.

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Prescripción AOE/YUZPE	P	D	R	VSX	Z3091
	07033136						C	C	2.	P	D	R	8	
							R	R	3.	P	D	R		

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

Definición Operacional: Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido tres (03) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo (una dosis de 1 mg de ácido fólico al día), tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros las actividades consideradas en la atención.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, 3 según corresponda.

Para el EXAMEN DE MAMA

- N si es Normal
- A si es Anormal

Para la CONSEJERÍA INTEGRAL

- En el 1º casillero el número de sesión de orientación/consejería
- En el 2º casillero “**MA**” para indicar que la orientación/consejería es en Prevención de Cáncer de Mama

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	D	R	1	U307
	07033136						C	C	2. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
							R	R	3. Examen de mamas	P	D	R	N	Z0143
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	MA	
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando viene a la 2da. Atención preconcepcional/preconcepcional, anote:

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional 2.

Para la administración del Ácido Fólico y Toma Papanicolaou

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero Administración de Ácido Fólico
- En el 3º casillero Toma de PAP
- En el 4º casillero Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero "AF1" para indicar la entrega de 90 comprimidos
- En el 3º casillero para la toma de PAP
 - "PV" Si es la 1º vez que se toma PAP en su vida
 - "PC" Si es la 2º a más veces
- En el 4º casillero en número consejería de cáncer
- En el 5º casillero "CU" para indicar consejería de Cáncer de Cuello Uterino

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	D	R	2	U307
	C						C	2. Administración de Ácido Fólico	P	D	R	AF1	Z298	
	R						R	3. Toma de PAP	P	D	R	PC	88141	
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
	C						C	2.	P	D	R	CU		
	R						R	3.	P	D	R			

La tercera sesión de la Atención Preconcepcional se registra siempre con tipo de diagnóstico en "D" y con 3 en el campo Lab, describiendo la continuidad de las actividades descritas como paquete mínimo en la definición operacional.

LOS EJEMPLOS SON REFERENCIALES, el registro debe obedecer a la secuencia correlativa de la atención, alternando las actividades realizadas en las usuarias

TAMIZAJE PARA VIH EN MEF

CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 1º casillero Consejería Pre Test
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
 - NEGATIVO Z7173
 - REACTIVO Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **PRA** = Cuando se trate de Prueba Rápida



DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136								2. Toma de Prueba rápida para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
									3. Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

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

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado
NEGATIVO Z7173
REACTIVO Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

ELISA REACTIVA en MEF con PR Reactiva

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

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultado de VIH
- En el 2º casillero orientación/consejería Post Test positivo

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

En el ítem: Lab registre **ELI** = Cuando se trate de Prueba de Elisa

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ELI	U2652
	07033136								2. Orientación/Consejería Post test positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7172
									3.	P	D	R		

B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

VISITA DOMICILIARIA

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento de la usuaria que no acude a recibir los insumos anticonceptivos correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado).

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para ambas

En el Ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
6	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z309
	2. Visita Familiar Integral								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
	3.								P	D	R		

Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral

Cuan

DÍA	H.C./F.F DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
27	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z309
	2. Visita Familiar Integral								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
	3.								P	D	R		

Consideraciones:

- Las visitas de seguimiento serán programadas por el personal de salud, no existe restricciones en el ingreso para el número de visitas por paciente.
- Las visitas de seguimiento de pacientes al ser programadas deben contar con los datos del paciente en seguimiento por lo que **NO DEBE OMITIRSE HC, DNI, Procedencia, etc.**
- Las visitas de seguimiento de pacientes **SIEMPRE** deben tener el **MOTIVO** de la visita, **NUNCA** se registra “Visita Familiar Integral” sola.
- En las visitas de seguimiento ya no se registra el establecimiento del Plan Familiar, esto se realiza en las visitas de salud familiar para ver la diferenciación del registro revisar el manual de registro HIS de la estrategia Salud Familiar.

SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

Definición Operacional: Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, **NO SE REGISTRAN**, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP141 Actividades con Adolescentes
- APP162 Actividades con Jóvenes
- APP142 Actividades con Adultos
- APP144 Actividades con Docentes
- APP151 Actividades en Mujeres
- APP152 Actividades en Gestantes
- APP153 Actividades en Puérperas

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar

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

En el ítem: Lab anote el número de participantes en el primer casillero.

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
19	APP151			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
							C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0033
							R	R	3.	P	D	R		

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.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, **NO SE REGISTRAN**, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP141 Actividades con Adolescentes
- APP142 Actividades con Adultos
- APP162 Actividades con Jóvenes
- APP144 Actividades con Docentes
- APP151 Actividades en Mujeres
- APP152 Actividades en Gestantes
- APP153 Actividades en Puérperas

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C./F.F	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP151			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0010
							C	C	2. Actividades de Planificación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0033
							R	R	3.	P	D	R		