



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

Sistema de Información HIS

PLAN DE SALUD ESCOLAR

2014

PLAN DE SALUD ESCOLAR

ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

| Código | Diagnóstico / Actividad | Código | Diagnóstico / Actividad |
|--------|-------------------------------------|--------|---|
| E660 | Sobrepeso | Z011 | Examen de Oídos y de la Audición |
| E669 | Obesidad | Z017 | Tamizaje de Anemia |
| Z006 | Normal (Estado Nutricional) | Z292 | Administración de Antiparasitarios |
| E43X | Delgadez Severa | 99173 | Determinación de la Agudeza Visual |
| E440 | Desnutrición Aguda / Delgadez | 90657 | Vacuna de influenza, para uso IM |
| E43X | Desnutrición Severa | 90744 | Vacuna para hepatitis B |
| E344 | Talla Alta | D509 | Anemia por Deficiencia de Hierro |
| E45X | Talla Baja | Y072 | Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (bullying) |
| Z724 | Ganancia Inadecuada de Peso / Talla | C8002 | Plan de Atención Integral |
| D0120 | Examen Estomatológico | U140 | Entrevista de tamizaje |
| D1330 | Instrucción de Higiene Oral | 99644 | Consejería Integral |
| D1110 | Profilaxis Dental | 99403 | Consejería Nutricional |
| Z010 | Examen de Ojos y de la Visión | | |

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD ESCOLAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y lab 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 lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

Atención en las Instituciones Educativas

El Programa Salud Escolar es una estrategia de atención de salud para la población escolar que contribuye a mejorar su calidad de vida, mediante el desarrollo de estilos de vida y entornos saludables, la detección de riesgos y daños en salud, así como su atención oportuna relacionada con el proceso de aprendizaje, en el marco de las políticas sectoriales MINSA-MINEDU-MIDIS.

Todas las atenciones realizadas dentro del marco del Plan de Salud Escolar serán registrados en el HIS utilizando una hoja de registro diferenciada, utilizando la **UPS = 302305 de Salud Escolar**, esto como una regla general ya que todas las intervenciones del Plan de Salud Escolar son multidisciplinarias y forman parte de las actividades regulares en la atención integral que se realiza a la población que acude a los establecimientos de salud, por este motivo es necesario poder diferenciar las actividades realizadas de este grupo objetivo a través de la UPS para poder realizar de manera efectiva el seguimiento.

Adicionalmente para poder realizar el registro HIS es necesario que todos los registros de las atenciones deban contener el número de Historia Clínica de los alumnos y en la medida de lo posible el DNI que permita hacer el seguimiento efectivo de los alumnos desde la institución educativa hasta el establecimiento de salud.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Son las intervenciones que permitirán detectar oportunamente riesgos para la salud y la atención de los daños en la población escolar, relacionadas con el proceso de aprendizaje.

CONTROL DE PESO Y TALLA Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL

La clasificación que se realiza de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

a. En los niños y niñas de 29 días a < 5 años.

La condición del crecimiento y la clasificación del estado nutricional (Ganancia Inadecuada de Peso o Talla – Riesgo Nutricional, Desnutrición, Sobrepeso, etc.) en el momento del control, se hace de acuerdo a normatividad vigente.

Ganancia Inadecuada de Peso y Talla

Se utiliza el Z724 para Ganancia Inadecuada de Peso y/ o Ganancia Inadecuada de Talla y la diferenciación se realizará en el campo LAB, registrando “PE” cuando se trate de Ganancia Inadecuada PESO y “TE” cuando se trate de Ganancia Inadecuada TALLA.

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

- En el 1º casillero Ganancia Inadecuada de Peso
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el indicativo para tipo de evaluación
 - PE = Peso / Edad
 - TE = Talla / Edad
- En el 2º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 14 | 96470 | 2 | 80 | San Juan de Lurigancho | 4 A | M | N | N | 1. Ganancia Inadecuada de Peso | P | D | R | PE | Z724 |
| | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 | |
| | 83546921 | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Quando el niño presenta, riesgo nutricional (ganancia inadecuada de peso o talla), sobre peso, desnutrición, obesidad, etc., en el campo de diagnóstico, solo la primera vez, se registra como “D” y en los controles sucesivos se registra como “R” hasta su recuperación.

| DÍA | H.C. | 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 | 96470 | 2 | 80 | San Juan de Lurigancho | 4 A | M | N | N | 1. Ganancia Inadecuada de Peso | P | D | R | PE | Z724 |
| | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 2 | 99403 | |
| | 83546921 | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Quando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero Consejería Nutricional
- En el 2º casillero Ganancia Inadecuada de Peso

Se invierten el orden del registro del diagnóstico con la consejería ya que para indicar la recuperación de la condición nutricional se utilizan dos campos Lab

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R" (por ser un control)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda
- En el 2º casillero el indicativo para tipo de evaluación:
 - PE = Peso / Edad
 - TE = Talla / Edad
- En el 3º casillero "PR" para indicar que está recuperado

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| | 96470 | 2 | 80 | San Juan de Lurigancho | 4 A | M | N | N | 1. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 |
| | 83546921 | | | | | C | C | 2. Ganancia Inadecuada de Peso | P | D | R | PE | Z724 | |
| | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | PR | |

Solo registrará como "D" quién diagnostica, en las atenciones sucesivas por el mismo diagnóstico realizadas por el mismo o cualquier otro profesional se registra como "R" hasta que el Niño o Niña se recupere

Cuando el niño es Normal para le evaluación nutricional

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 8 | 36584 | 2 | 80 | Paras | 4 A | M | N | N | 1. Normal | P | D | R | | Z006 |
| | 63854245 | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 | |
| | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

En los siguientes controles si se mantiene la condición de "Normal" (Z006) debe registrar con tipo de diagnóstico REPETIDO (R).

Registro del Estado Nutricional diferente a la Ganancia Inadecuada (Riesgo)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

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

En el ítem Lab anote para la evaluación nutricional la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada:

- PE Peso para la Edad
- TP Peso para la Talla
- TE Talla para la Edad

La clasificación en base a la comparación de indicadores: PE, TP y TE es la siguiente:

| Punto de Corte | Peso para Edad | CIE10 | Peso para Talla | CIE10 | Tallan para Edad | CIE10 |
|---------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Desviación Estándar | Clasificación | | Clasificación | | Clasificación | |
| >+3 | | | Obesidad | E669 | | |
| >+2 | Sobrepeso | E660 | Sobrepeso | E660 | Alto | E344 |
| +2 a -2 | Normal | Z006 | Normal | Z006 | Normal | Z006 |
| <-2 a -3 | Desnutrición Global | E440 | Desnutrición Aguda | E440 | Talla Baja / Desnutrición crónica | E45X |
| <-3 | | | Desnutrición Severa | E43X | | |

Para el campo de Consejería Nutricional el número de consejería según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 8 | 47521 | 2 | 80 | Paras | 4 A | M | N | N | 1. Sobrepeso | P | D | R | PE | E660 |
| | 63546921 | | | | | | | | 2. Consejería Nutricional | P | D | | 1 | 99403 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 8 | 65248 | 2 | 80 | Ocoña | 3 A | M | N | N | 1. Desnutrición Severa | P | D | R | TP | E43X |
| | 63872124 | | | | | | | | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Cuando el Niño o Niña es RECUPERADO(A)

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

- En el 1º casillero Consejería Nutricional
- En el 2º casillero Diagnóstico de la clasificación nutricional de acuerdo a la edad

Se invierten el orden del registro del diagnóstico con la consejería ya que para indicar la recuperación de la condición nutricional se utilizan dos campos Lab

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "R" (por ser un control)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Consejería Nutricional 2, 3, 4... según corresponda
- En el 2º casillero el indicativo para tipo de evaluación:
 - PE = Peso / Edad
 - TE = Talla / Edad
- En el 3º casillero "PR" para indicar que está recuperado

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| | 96470 | 2 | 80 | San Juan de Lurigancho | 4 A | M | N | N | 1. Consejería Nutricional | P | D | R | 5 | 99403 |
| | 83546921 | | | | | | | | 2. Sobrepeso | P | D | R | PE | E660 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | PR | |

Solo registrará como "D" quién diagnostica, en las atenciones sucesivas por el mismo diagnóstico realizadas por el mismo o cualquier otro profesional se registra como "R" hasta que el Niño o Niña se recupere

Cuando el niño es Normal para le evaluación nutricional

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 8 | 36584 | 2 | 80 | Paras | 4 A | M | N | N | 1. Normal | P | D | R | | Z006 |
| | 63854245 | | | | | | | | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

En los siguientes controles si se mantiene la condición de "Normal" (Z006) debe registrar con tipo de diagnóstico REPETIDO (R).

b. En los niños y niñas de 05 años a 11 años

Se tiene la siguiente clasificación:

| IMC PARA LA EDAD | | |
|------------------|----------------|-----------------|
| CIE10 | Punto de Corte | Clasificación |
| E669 | > 2 | Obesidad |
| E660 | > 1 a 2 | Sobrepeso |
| Z006 | 1 a -2 | Normal |
| E440 | < -2 a -3 | Delgadez |
| E43X | < -3 | Delgadez Severa |

| TALLA PARA LA EDAD | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------------|
| CIE10 | Punto de Corte | Clasificación |
| E344 | > +2 | Talla Alta |
| Z006 | +2 a -2 | Normal |
| E45X | < -2 a -3 | Talla Baja / Desnutrición Crónica |
| E45X | < -3 | Talla Baja Severa |

* Se establece la diferenciación a través del campo Lab

Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007.
DE = Desviación Estándar

En el registro:

En el ítem diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional tanto para IMC como para Talla para la Edad.

Cuando se realicen registro de diagnósticos o actividades que utilicen 2 campos Lab, este debe ser registrado como último ítem para evitar dificultades con el registro de las demás actividades, como en el siguiente ejemplo:

| DÍA | H.C. 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 | | |
|-----|-------------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-------------------------------------|---------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------|------|
| 8 | 8542 | 2 | 80 | Paras | 7 A | M | N | N | 1. Delgadez | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | IMC | E440 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Consejería Nutricioanl | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | 99403 | |
| | 69548321 | | | | | | R | R | 3. Talla Baja | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | TE | E45X |
| | | | | | | M | N | N | 1. | P | D | R | SEV | |
| | | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

RECUERDE: Solo se registra "NORMAL" una sola vez con LAB en blanco cuando los dos indicadores IMC y TE sean normales, si sólo uno de ellos es Normal solo se registra el diagnóstico de la clasificación para el indicador que tiene problemas.

| DÍA | H.C. 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 | |
|-----|-------------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-------------------------------------|------------|---|---------------------|-------------------------------------|------------------|------|
| 12 | 42854 | 2 | 80 | Paras | 10 A | M | N | N | 1. Normal | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | Z006 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | |
| | 83269541 | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | |

En los controles si la condición sigue siendo normal debe registrar con tipo de diagnóstico "R"

TAMIZAJE DE ANEMIA

La detección de anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de Laboratorio de acuerdo a norma técnica vigente.

Cuadro 1

Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar (g/l)[±]

| Población | Sin anemia* | Anemia* | | |
|--|----------------|-------------------|----------|-------------|
| | | Leve ^a | Moderada | Grave |
| Niños de 6 a 59 meses de edad | 110 o superior | 100-109 | 70-99 | menos de 70 |
| Niños de 5 a 11 años de edad | 115 o superior | 110-114 | 80-109 | menos de 80 |
| Niños de 12 a 14 años de edad | 120 o superior | 110-119 | 80-109 | menos de 80 |
| Mujeres no embarazadas (15 años o mayores) | 120 o superior | 110-119 | 80-109 | menos de 80 |
| Mujeres embarazadas | 110 o superior | 100-109 | 70-99 | menos de 70 |
| Varones (15 años o mayores) | 130 o superior | 100-129 | 80-109 | menos de 80 |

± Adaptado de las referencias bibliográficas 5 y 6.

* Hemoglobina en gramos por litro.

^a «Leve» es inadecuado, pues la carencia de hierro ya está avanzada cuando se detecta la anemia. La ferropenia tiene consecuencias aun cuando no haya manifestaciones clínicas de anemia.

Anexo N° 3 Tablas para el ajuste de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando la niña o niño reside en localidades ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada, es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada.

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altura

| Altura (msnm) | Factor de Ajuste por altura | Altura (msnm) | Factor de Ajuste por altura |
|---------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1000 | 0.1 | 3100 | 2.0 |
| 1100 | 0.2 | 3200 | 2.1 |
| 1200 | 0.2 | 3300 | 2.3 |
| 1300 | 0.3 | 3400 | 2.4 |
| 1400 | 0.3 | 3500 | 2.6 |
| 1500 | 0.4 | 3600 | 2.7 |
| 1600 | 0.4 | 3700 | 2.9 |
| 1700 | 0.5 | 3800 | 3.1 |
| 1800 | 0.6 | 3900 | 3.2 |
| 1900 | 0.7 | 4000 | 3.4 |
| 2000 | 0.7 | 4100 | 3.6 |
| 2100 | 0.8 | 4200 | 3.8 |
| 2200 | 0.9 | 4300 | 4.0 |
| 2300 | 1.0 | 4400 | 4.2 |
| 2400 | 1.1 | 4500 | 4.4 |
| 2500 | 1.2 | 4600 | 4.6 |
| 2600 | 1.3 | 4700 | 4.8 |
| 2700 | 1.5 | 4800 | 5.0 |
| 2800 | 1.6 | 4900 | 5.2 |
| 2900 | 1.7 | 5000 | 5.5 |
| 3000 | 1.8 | | |

Fuente: Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil"

⁷ Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS que aprueba la Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil"

SI SE CUENTA CON HEMOGLOBINOMETRO

Tamizaje de Anemia con Resultado Negativo

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | | | |
| 12 | 65245 | 2 | 80 | Puno | 6 A | M | N | N | 1. Tamizaje de Anemia | P | D | R | | Z017 | | |
| | | | | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 |
| | 63254187 | | | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | |

Tamizaje de Anemia con Resultado Positivo

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

- En el 1º casillero Anemia por deficiencia de Hierro
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todas

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero: De acuerdo al resultado clasifique y registre:
 - **LEV** = Leve
 - **MOD** = Moderada
 - **SEV** = Severa
- En el 3º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | | | |
| 12 | 65245 | 2 | 80 | Puno | 6 A | M | N | N | 1. Anemia por deficiencia de Hierro | P | D | R | MOD | D509 | | |
| | | | | | | | | | C | C | 2. Tamizaje de Anemia | P | D | R | | Z017 |
| | 63254187 | | | | | | | | | R | R | 3. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 |

Solo se registrará “Tamizaje de Anemia” con tipo de diagnóstico “D” (definitivo) cuando se realice el dosaje de Hemoglobina

SI SE REALIZA LA TOMA DE MUESTRA Y LUEGO SE EVALUAN LOS RESULTADOS

Toma de Muestra

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

- En el 1º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” (indica la toma de muestra)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 58422 | 2 | 80 | Huancayo | 5 A | M | N | N | 1. Tamizaje de Anemia | P | D | R | 2017 | | | |
| | 63985472 | | | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 1 | 99403 |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

Cuando se cuenta con los resultados del tamizaje:

Resultado Negativo

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

- En el 1º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Diagnóstico
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero "RN" para indicar resultado negativo
- En el 2º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 58422 | 2 | 80 | Huancayo | 5 A | M | N | N | 1. Evaluación y Entrega de Resultados de Diagnóstico | P | D | RN | U262 | | | |
| | 63985472 | | | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 2 | 99403 |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

Resultado Positivo

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

- En el 1º casillero Anemia por deficiencia de Hierro
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todas

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero:
 - LEV = Leve
 - MOD = Moderada
 - SEV = Severa
- En el 2º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 58422 | 2 | 80 | Huancayo | 5 A | M | N | N | 1. Anemia por deficiencia de Hierro | P | D | LEV | D509 | | | |
| | 63985472 | | | | | | | | C | C | 2. Consejería Nutricional | P | D | R | 2 | 99403 |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

Solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo) cuando se realice el dosaje de Hemoglobina

Cuando se administra el tratamiento en el EESS

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

- En el 1º casillero Anemia por deficiencia de Hierro
- En el 2º casillero Consejería Nutricional
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero del Diagnóstico SIEMPRE "R" por haber sido diagnosticado antes
- En los siguientes casilleros de actividades SIEMPRE "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero:
 - **LEV** = Leve
 - **MOD** = Moderada
 - **SEV** = Severa
- En el 2º casillero el número de Consejería Nutricional 1, 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero el número de tratamiento (sulfato ferroso) SF1, SF2, SF3... según corresponda.

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 11 | 58422 | 2 | 80 | Huancayo | 5 A | M | N | N | 1. Anemia por deficiencia de Hierro | P | D | R | SEV | D509 |
| | 2. Consejería Nutricional | | | | | | | | P | D | R | 2 | 99403 | |
| | 3. Administración de Tratamiento | | | | | | | | P | D | R | SF1 | Z298 | |

Siempre que se de tratamiento de anemia se debe registrar el diagnóstico con tipo de diagnóstico "R" para poder diferenciarlo de la suplementación profiláctica, sobre todo en los niños de 03 años.

ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

Actividad desarrollada de acuerdo a norma técnica vigente.

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

- En el 1º casillero Administración de Antiparasitarios
- En el 2º casillero Consejería Nutricional

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

| DÍA | H.C. | 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 | 64454 | 1 | 80 | Tarapoto | 3 A | M | N | N | 1. Administración de Antiparasitarios | P | D | R | | Z292 |
| | 2. Consejería Nutricional | | | | | | | | P | D | R | 1 | 99403 | |
| | 3. | | | | | | | | P | D | R | | | |

INMUNIZACIONES^{1/}

- Aplicación de vacuna DPT (refuerzo) a niños y niñas de 04 años (01 dosis)
- Aplicación de vacuna SR a niños y niñas de a partir de los 05 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR hasta los 04 años, 11 meses, 29 días (01 dosis)
- Aplicación de vacuna Influenza Estacional a niños y niñas mayores de 03 años con comorbilidad asociada (01 dosis)
- Aplicación de vacuna dT a niños y niñas de 10 y 11 años (01 dosis)
- Aplicación de vacuna VPH de 5º grado (03 dosis)
- Aplicación de vacuna por Hepatitis B a niños y niñas de 07 a 11 años (03 dosis)

1/ Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03

2º Refuerzo de DPT (Difteria, Pertusis y Tétanos)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)

En el ítem Lab se registra “DA” para indicar refuerzo

Solo se registra en Lab “DA”, ya no se indica el número de dosis

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 24 | 32544 | 2 | 80 | Malvas | 4 A | M | N | N | 1. Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT) | P | D | R | DA | 90701 |
| | 63504662 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Vacunación SR (Sarampión – Rubéola)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)

En el ítem Lab se deja en **BLANCO** (por ser dosis única para la edad)

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 5 | 65640 | 2 | 80 | Chepén | 6 A | M | N | N | 1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR) | P | D | R | | 90708 |
| | 653248779 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Vacuna Diftotetánica (dT)

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

- En el 1º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

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

En el ítem: Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 5 | 35441 | 2 | 80 | Chipao | 11 A | M | N | N | 1. Vacuna Diftotetánica (dT) | P | D | R | 1 | Z2781 |
| | 63255415 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano

Según norma técnica solo a niñas de 5º grado

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

- En el 1º casillero Vacunación contra Virus Papiloma Humano (VPH)

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 5 | 35441 | 2 | 80 | Iquitos | 10 A | M | N | N | 1. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | 90649 |
| | 42571369 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Vacuna Hepatitis B (HvB)

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

- En el 1º casillero Vacuna Hepatitis B (HVB)

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

En el ítem: Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 5 | 35441 | 2 | 80 | Ocos | 8 A | M | N | N | 1. Vacuna Hepatitis B (HVB) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | 90744 |
| | 36255415 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Tamizaje de Errores Refractivos en Instituciones Educativas en niños de 03 a 11 años.

Definición Operacional: Actividad que se realiza en instituciones educativas públicas de nivel primaria, a cargo de personal capacitado del establecimiento de salud; con la finalidad de detectar niños con agudeza visual disminuida, a través de la medición de la agudeza visual binocular; otorgando prioridad de atención a los escolares pobres y pobres extremos.

Clasificación de Agudeza visual.- Según la Organización Mundial de la Salud la agudeza visual se clasifica de la siguiente manera:

| Código | Categoría de Discapacidad Visual | Rangos de AV |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Z006 | Normal | 20/20 a 20/30 |
| H543 | Limitación visual leve | 20/40 a 20/60 |
| H546 / H542 | Limitación visual moderada | 20/70 a 20/200 |
| H545 / H541 | Limitación visual severa | < 20/200 a 20/400 |
| H544 / H540 | Ceguera | < 20/400 a NPL ^{1/} |

1/ No percepción de luz
Fuente: OMS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico solo en el caso de hallazgo patológico: Disminución de la agudeza visual
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre “D” siempre y cuando se la 1ª vez que se diagnóstica, si es control “R”
- En el 2º casillero siempre “D”

En el ítem: Lab, registre:

- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del **OJO DERECHO** según corresponda
- En el 3º casillero el resultado de la evaluación del **OJO IZQUIERDO** según corresponda, colocar el resultado encontrado (sin correctores, sin agujero estenopeico), usando la siguiente nomenclatura:
 - 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**

Niño con Disminución de la Agudeza Visual

| 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 | | |
| 13 | 34244 | 1 | 80 | Huancané | 8 A | M | N | N | 1. Discapacidad visual leve en ambos ojos | P | D | R | | H543 |
| | 63423758 | | | | | | | | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 40 | 99173 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | 50 | |

Niño con Tamizaje y Hallazgo Normal

| 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 | | |
| 13 | 445670 | 1 | 80 | Cajamarca | 7 A | M | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 20 | 99173 |
| | 94516528 | | | | | | | | 2. | P | D | R | 25 | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

En el caso de hallazgo de alteración o disminución de la Agudeza Visual se debe realizar la referencia al Establecimiento de Salud, es este caso utilice la sigla "RF" en el 1º campo Lab donde se determina la disminución de la agudeza visual

Evaluación y Despistaje de Errores Refractivos en niños

Definición Operacional: Actividad que se realiza en establecimientos de salud de categorías I-2, I-3, I-4, y II-1; a cargo de Médico General capacitado con la finalidad de evaluar y hacer despistaje de la alteración visual o error refractivo en niños de 0 a 11 años del mismo establecimiento o aquellos que llegan referidos.

La evaluación se realiza mediante el examen del Reflejo Rojo de la Pupila, Inspección externa de ojos, fijación monocular, evaluación del seguimiento, oclusión alternante, reflejo corneal y agudeza visual de acuerdo a la edad del niño.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
 - Otras alteraciones visuales (H538): Leucocoria, anormalidades en la inspección, no fijación
 - Estrabismo (H509)
 - Ambliopía (H530)
 - Patologías retinales (H359)
 - Cicatriz corneal (H179)
 - Enfermedad del párpado (H029, H028)
 - Ametropía (Trastorno de la Refracción, no Especificado H527)
- En el 2º casillero Consejería Integral

Cuando el niño no presente patología alguna se colocará: Examen de los Ojos y de la Visión.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando el diagnóstico sea confirmado por primera vez, en los controles "R" y "P" cuando se trate de una presunción por descartar.
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab, registre:

- En el 1º casillero: "RF" de Referencia [si fuera el caso de referencia a un establecimiento de mayor complejidad]
- En el 2º casillero el número de consejería



Cuando el niño tiene patología visual

| 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 | | |
| 13 | 24767 | 1 | 80 | Iquitos | 3 A | M | N | N | 1. Leucocoria | P | D | R | RF | H538 |
| | 54433334 | | | | | | | | 2. Consejería Integral | P | D | R | 1 | 99401 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Cuando el niño no tiene patología visual

| 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 | | |
| 13 | 23977 | 1 | 80 | Belén | 5 A | M | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | | Z010 |
| | 54609246 | | | | | | | | 2. Normal | P | D | R | SO | Z006 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Diagnóstico de Errores Refractivos

Definición Operacional: Actividad que se realiza en EE.SS de categoría II-1, II-2, III-1 y III-2 u oferta móvil a cargo de Médico Oftalmólogo y/o Tecnólogo Médico en Optometría con la finalidad de establecer el diagnóstico de patologías visuales y errores refractivos en niños hasta los 11 años, mediante la realización de los siguientes exámenes y procedimientos:

- Dilatación Pupilar
- Oftalmoscopia indirecta
- Oftalmoscopia directa
- Inspección con lámpara de hendidura
- Fondo de ojo con dilatación
- Refracción automatizada
- Refracción manual
- Refracción con ciclopegia

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
 - Miopía (H521)
 - Hipermetropía (H520)
 - Astigmatismo (H522)
 - Otros Trastornos de la Refracción (H526)
 - Trastorno de la Refracción, no Especificado (H527)
- En el 2º casillero consejería integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando el diagnóstico sea confirmado por primera vez, en los controles "R" y "P" cuando se trate de una presunción por descartar.
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab, registre:

- En el 2º casillero el número de consejería

Cuando el niño tiene patología visual de Error Refractivo

| 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 | | |
| 13 | 45361 | 1 | 80 | Ocoña | 5 A | M | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | 02546946 | | | | | | | | 2. Consejería integral | P | D | R | 1 | 99401 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Cuando el niño no tiene patología visual de Error Refractivo

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

- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Normal

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

En el ítem: Lab, registre:

- En el 2º casillero el "SO" para indicar normal para Salud Ocular

Niño Sin Patología Visual

| 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 | | |
| 13 | 23977 | 1 | 80 | Belén | 5 A | M | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | | Z010 |
| | 54609246 | | | | | | | | 2. Normal | P | D | R | SO | Z006 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Tratamiento de Errores Refractivos

Definición Operacional: Conjunto de actividades destinadas a garantizar la entrega de lentes correctores a los niños con diagnóstico de error refractivo, se realiza en EE.SS de categoría II-1, II-2, III-1 y III-2, u oferta móvil, según prescripción hecha por el médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría, con la finalidad de dar tratamiento al error refractivo diagnosticado. Adicionalmente una consejería en la cual se informa sobre el uso de los correctores, controles y temas de Salud Ocular.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado:
 - Miopía (H521)
 - Hipermetropía (H520)
 - Astigmatismo (H522)
- En el 2º casillero Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero Consejería integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero Repetido "R" para el diagnóstico de la morbilidad ya que este paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- Para las demás actividades colocar SIEMPRE "D".

En el ítem: Lab, registre:

- En el 3º casillero el número de consejería

| 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 | | |
| 5 | 45361 | 1 | 80 | Ocoña | 5 A | M | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | 02546946 | | | | | | | | 2. Prueba y ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | | | | | | | | | 3. Consejería integral | P | D | R | 1 | 99401 |

Control de Pacientes con Errores Refractivos

Definición Operacional: Actividad dirigida a niños que iniciaron tratamiento por error refractivo con lentes correctores, realizado por médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría en EE.SS de categoría I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2 u oferta móvil, con la finalidad de disminuir los años de discapacidad y mejorar el rendimiento escolar a través de la evaluación de la adherencia a los lentes correctores y determinar el desarrollo del error refractivo.

Los controles se realizan a los 03 meses, 06 meses y al año de iniciado el tratamiento y luego 01 control anual.

El 3º y 6º control es realizado en el establecimiento de salud de procedencia del niño, y el control anual debe ser realizado por el establecimiento de salud que hizo el diagnóstico.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado:
 - Miopía (H521)
 - Hipermetropía (H520)
 - Astigmatismo (H522)
- En el 2º casillero: Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero: Consejería integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero Repetido "R" para el diagnóstico de la morbilidad ya que este paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente
- En el 2º casillero Repetido "R" por ser control, solo se registra con "D" cuando se inicia el tratamiento
- En el 3º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab, registre:

- En el 3º casillero el número de consejería

| 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 | | |
| 5 | 86787 | 1 | 80 | Cajamarca | 5 A | M | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | 25434155 | | | | | | | | 2. Prueba y ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | | | | | | | | | 3. Consejería integral | P | D | R | 3 | 99401 |

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (D0120)

Definición Operacional: Procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras de la Sistema Estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la salud general, incluye el registro del odontograma, el riesgo de caries y el plan de tratamiento. Se realiza cuando el paciente acude por primera vez, y el segundo examen se registra cuando el paciente que ha culminado su plan de tratamiento por lo tanto se considera paciente con alta básica estomatológica (ABO). Plan de tratamiento según capacidad resolutive del establecimiento y según etapas de vida.

REGISTRO DE EXAMEN ESTOMATOLÓGICO:

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

- En el 1º casillero el examen estomatológico
- En los siguientes casilleros las actividades y procedimientos que se realicen en la atención

En Tipo de diagnóstico marque "D" para los procedimientos

En el campo Lab anote:

- En el 1º casillero 1 ó 2 según corresponda (el examen estomatológico tiene una frecuencia de 02 veces al año)
- En el 3º, 4º y 5º casillero en número de sesión de los procedimientos 1, 2... según corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | 65975 | 1 | 80 | Catacaos | 8 A | M | N | N | 1. Examen estomatológico | P | D | R | 1 | D0120 |
| | 95268224 | | | | | | | | 2. Instrucción de higiene oral | P | D | R | 1 | D1330 |
| | | | | | | | | | 3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales | P | D | R | 1 | D1310 |
| | | | | | | M | N | N | 1. Profilaxis Dental | P | D | R | 1 | D1110 |
| | | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

En el 2do Examen Odontológico

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 26 | 65975 | 1 | 80 | Catacaos | 8 A | M | N | N | 1. Examen estomatológico | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | D0120 |
| | 95268224 | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Instrucción de higiene oral | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | D1330 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | R | R | 3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 |
| | | | | | | M | N | N | 1. Profilaxis Dental | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | D1110 |
| | | | | | | | C | C | 2. Alta Básica Estomatológica (ABO) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | U510 |
| | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

APLICACIÓN DE FLÚOR GEL (D1204)

Definición Operacional: Aplicación tópica en presentación gel fosfato acidulado o gel neutro según riesgo de caries, previniendo la aparición de caries dental.

Realizado por el cirujano dentista en todos los establecimientos de salud.

Este procedimiento puede aplicar en algunos de los diagnósticos siguientes:

- | | | | |
|---------------------------------|------|---|------|
| - Sensibilidad dentina | K038 | - Alteraciones de la formación dentaria | K004 |
| - Retracción gingival | K060 | - Alteraciones hereditarias de la estructura dentaria (Amelogénesis imperfecta) | K005 |
| - Periodontitis crónica | K053 | | |
| - Persona Sana para salud bucal | U160 | | |

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

- En el 1º casillero el diagnóstico asociado al procedimiento estomatológico
- En el 2º y 3º casillero los procedimientos en número de sesiones que corresponda

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 13 | 30256 | 1 | 80 | Santiago de Chuco | 9 A | M | N | N | 1. Sensibilidad dentaria | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | K060 |
| | 90125697 | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Profilaxis Dental | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | D1110 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | R | R | 3. Aplicación tópica de flúor gel | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 |

Tener en cuenta que aun así el paciente sea continuador, cuando el diagnóstico es registrado por primera vez se colocara "D" en tipo de diagnóstico.

RESTAURACIÓN DENTAL CON RESINA

- Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (Primarias o permanentes) D2330
- Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes) D2331
- Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes) D2332
- Restauraciones fotocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes) D2335
- Restauración fotocurable de resina en toda la corona de piezas anteriores (primarias o permanentes) D2390
- Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posterior (primarias o permanentes) D2391
- Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) D2392
- Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) D2393
- Restauraciones fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) D2394
- Restauración autocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes) E2336
- Restauraciones autocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes) E2337
- Restauraciones autocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes) E2338

- restauraciones autocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes) E2339
- Restauración autocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) E2340
- Restauraciones autocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) E2341
- Restauraciones autocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) E2342
- Restauraciones autocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes) E2343

Definición Operacional: Se considera restauración dental de superficie de la estructura dentaria, de piezas deciduas o permanentes con el fin de devolver la función normal y mejorar la capacidad masticatoria, mediante la utilización de resina fotopolimerizable o autopolimerizable. Actividad estomatológica que consiste en la reconstrucción de un diente para restaurar su anatomía, fisiología y estética que han sido afectadas por caries, traumatismos, erosión, abrasión u otros problemas o defectos congénitos y lograr prevenir lesiones futuras, se considera por superficie dentaria afectadas. Realizado por el Cirujano Dentista en todos los establecimientos de salud.

Este procedimiento puede aplicar en algunos de los diagnósticos siguientes:

- | | |
|--|--|
| – Alteraciones hereditarias de la estructura dentaria, no clasificadas en otra parte K005 | – Otras caries dentales K028 |
| – Caries limitada al esmalte K020 | – Caries dental, no especificada K029 |
| – Caries de la dentina K021 | – Abrasión de los dientes K031 |
| – Caries dentaria detenida K023 | – Erosión de los dientes K032 |
| | – Fractura de los dientes S025 |

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la indicación del procedimiento estomatológico
- En el 2º casillero el procedimiento estomatológico.

En Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casilleros

En Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dientes fracturados.
- En el 3º casillero el número de dientes restaurados.

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 10 | 8542 | 1 | 80 | Cerro Azul | 8 A | M | N | N | 1. Caries de la dentina | P | D | 2 | K021 |
| | 45279358 | | | | | | | | 2. Radiografía Bitewing | P | D | 1 | D0270 |
| | | | | | | | | | 3. Restauración fotocurable de 3 superficies con resina en piezas dentarias posteriores | P | D | 2 | D2393 |

En la Segunda sesión:

| DÍA | H.C. | 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 | | |
| 15 | 8542 | 1 | 80 | San Juan de Lurigancho | 8 A | M | N | N | 1. Caries de la dentina | P | D | 2 | K021 |
| | 45279358 | | | | | | | | 2. Restauración fotocurable de 3 superficies con resina en piezas dentarias posteriores | P | D | 2 | D2393 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | | |

Recuerde que todas las actividades de SALUD ESCOLAR deben ser registradas separadas de las actividades regulares en una hoja HIS con la UPS 302305