



# **MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACION DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**

**Sistema de Información HIS**

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**2018**

## PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

### PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES

ACTIVIDADES	Pág.
1 Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	4
2 Familias con niños (as) menores de 24 meses reciben consejería a través de visita domiciliaria.	8
3 Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que participan en grupos de apoyo comunal para promover el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.	9
4 Funcionarios municipales sensibilizados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito.	13
5 Agentes comunitarios de salud capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades.	16
6 Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI.	18
<b>Actividades realizadas con gobierno local:</b>	
7 Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años.	20
8 Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal.	21
9 Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud.	24
10 Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada)	25

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS PAN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0012	Actividades de Articulado Nutricional		<b>APP</b>
	<b>SESIONES</b>	APP101	Actividad con Municipios
C0009	Sesión educativa	APP108	Actividades con la Comunidad
C0010	Sesión demostrativa	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
		APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal	APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
	<b>CONSEJERIA</b>	APP144	Actividad con Docentes Ciclo I
99401	Consejería integral	APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)
99344	Visita Domiciliaria	APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
	<b>PARA NIÑOS (AS)</b>		<b>CAMPO LAB</b>
Z762	Consulta para Atención y Supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	LME	Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
	<b>PARA GESTANTES</b>	ALI	Preparación de alimentos
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo	MN	Administración del Micronutriente
	<b>GESTIÓN</b>	SBU	Salud Bucal
C0001	Reunión en Municipios	DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia
C7004	Asistencia técnica	SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.
C7001	Reunión de monitoreo	AA	Alimentación responsiva
C7003	Reunión de Evaluación	COO	Coordinación
U752	Reunión de coordinación comunal	FSE	Reunión de incidencia
		FO	Reunión de Organización
		FEV	Fase de Evaluación
		VCO	Vigilancia Comunitaria
		AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
		GL	Actividad promovida por el Gobierno Local
		PNO	Padrón Nominal
		ENM	Estímulos no monetarios a los ACS
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición

## FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES RECIBEN SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (3325104)

**Definición.-** Es una actividad educativa de “aprender haciendo”, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes y con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, en el cual realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante. Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un local comunal, centros de promoción y vigilancia comunal u otros espacios que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin.

### En familias con niñas y niños menores de 36 meses:

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - **ALI:** Preparación de alimentos
  - **MN:** Administración del Micronutriente
  - **SBU:** Salud Bucal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	12535481		Camaná	6	A	M	PC			PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>					TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Temas a enfatizar, según grupo de edad:



- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**  
 Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.  
 Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**  
 Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.
- **Sesiones demostrativas de salud bucal: SBU**  
 Familias con niños (as) menores de 36 meses.
- **Sesiones demostrativas en administración de micronutrientes: MN**  
 Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.  
 Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

### En gestantes:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero Trimestre de gestación, según corresponda
- En el 2º casillero Tema de la sesión demostrativa, según corresponda
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
  - **ALI:** Preparación de alimentos

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	45366704		Combapata	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R	3.	P	D	R		



**Temas a enfatizar, según trimestre de gestación:**

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**  
Gestantes (I, II o III trimestre)
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**  
Gestantes (III trimestre)

**Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal:**

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

Para **Familias con Niños:**

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes:**

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque **“AE”**

**Niños menores de 03 años**

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	12535481		Camaná	6	<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	AE	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cordova Sanchez      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	45366704		Combapata	28	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb		R	R		3.	P	D	R	AE	

## Gestantes

### Cuando la sesión demostrativa sea promovida por el Gobierno Local (Sello Municipal)

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

Para **Familias con Niños**:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes**:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque "GL"

## Niños menores de 03 años

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	12535481		Camaná	6	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2.	P	D	R	GL	
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb		R	R		3.	P	D	R		

## Gestantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Lucia Córdova Sánchez      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	45366704		Combapata	28	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb		R	R		3.	P	D	R	GL	

**Algunas precisiones:**

1. Generalmente las sesiones demostrativas son actividades extramurales, donde es difícil tener disponible el número de Historia Clínica, por lo tanto es suficiente registrar el número de DNI en la Hoja HIS y el digitador podrá ingresarlo con su N° de Historia clínica autoguardada en el sistema o duplicar el N° de DNI del niño (a) o gestante.
2. Según la metodología establecida para cada actividad, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 sesiones por niño (a) o gestante al día:  
 Ejem:  
 Si el personal de salud realiza una sesión demostrativa de preparación de alimentos y salud bucal, solo deberá colocar en el siguiente campo lab el tipo de sesión realizada (ALI, MN y/o SBU).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	12535481		Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	SBU	
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

En el caso que sea realizado por diferente personal de salud deberán registrar individualmente con las UPSS que le corresponde.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	12535481		Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SBU	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

3. Para aquellas sesiones demostrativas en niños, niñas y gestantes que **NO** cuenten DNI:
  - Escribir "S/D", para especificar que no tiene Documento de Identidad.
  - En el campo de Historia Clínica dejar en blanco, y el digitador duplicará el código autogenerado por el sistema en el Documento de Identidad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	S/D		Camaná	6	A	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

## FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA (3325107)

**Definición.-** Actividad que se realiza en el hogar a través de la visita domiciliaria, dirigida a madres, padres y cuidadores con niños y niñas menor de 24 meses, con la finalidad de brindar consejería para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil. Complementa las consejerías brindadas en el servicio de salud y las sesiones demostrativas.

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

- En el 1º casillero Consulta para Atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 2º casillero el Número Consejería Integral, según corresponda.
  - 1, que corresponde a la Consejería al Recién Nacido (Dentro los primeros 7 días), con prioridad en lactancia materna exclusiva.
  - 2, que corresponde a la Consejería entre los 4 a 5 meses, con prioridad en suplementación con hierro.
  - 3, que corresponde a la Consejería entre los 6 a 9 meses, con prioridad en alimentación complementaria y suplementación con hierro.
  - 4, que corresponde a la Consejería entre los 12 a 23 meses, prioridad a determinar según necesidad del niño y la familia.
- En el 3º casillero Número Visita Domiciliaria, según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	84751247		Sechura	4	A	M	PC			1. Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		2762
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			2. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99401
					D					3. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
										4.				PAN	

### Temas a reforzar, según grupo de edad:

- **Recién nacido (Dentro de los primeros 7 días):** Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 4 a 5 meses:** Lactancia materna exclusiva, suplementación con hierro, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 6 a 9 meses:** Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, suplementación con hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.
- **Entre los 12 a 23 meses:** Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, suplementación con hierro, lavado de manos, entornos saludables para el cuidado infantil, tomando en cuenta las necesidades del niño (a) y la familia.



## FAMILIAS CON NIÑOS(AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES QUE PARTICIPAN EN GRUPOS DE APOYO COMUNAL PARA PROMOVER EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES. (3325109)

**Definición.-** Esta actividad está dirigida a familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes. Consiste en el desarrollo de sesiones de grupos de apoyo para promover prácticas de lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil según su necesidad; con énfasis en las familias con niños(as) menores de 12 meses de edad; las cuales son conducidas por madres guías en el local comunal u otro que considere pertinente. El grupo de apoyo es una estrategia de educación de pares en espacios comunales, en el que las madres desarrollan sus capacidades para compartir con otras madres sus dificultades así como sus vivencias exitosas durante la lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

### ⇒ Reunión

**01 reunión de coordinación entre el personal de salud encargado y actores claves de la comunidad para promover la implementación de los grupos de apoyo.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 Actividades con la Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de Coordinación Comunal
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

DI A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIG O CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP108		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de Coordinación Comunal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U752
					M			TALL A		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

### ⇒ Talleres de capacitación

**01 Taller de capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna, alimentación y nutrición infantil.**

Consiste en el desarrollo de capacidades y potencialidades que faciliten el funcionamiento de los grupos de apoyo, esta actividad está dirigida a las madres guía seleccionada de manera participativa con la comunidad; será realizado por el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 2º casillero el número de sesión según corresponda

**Lactancia materna:**

- **Sesión 1:** Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo
- **Sesión 2:** Lactancia materna y embarazo
- **Sesión 3:** Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses
- **Sesión 4:** Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses.

**Alimentación, nutrición y cuidado infantil:**

- **Sesión 1:** Alimentación complementaria
- **Sesión 2:** Anemia y suplementación con hierro
- **Sesión 3:** Desnutrición crónica, cuidado infantil, entre otros temas de prioridad.

- En el 3º casillero registre “LME” o “ALI”, para indicar temática.

**Cuando inicie la sesión:**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
	APP151		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0012
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	LME	

**Temas a desarrollar, según grupo de edad:**

- **LACTANCIA MATERNA, incluye:**  
 Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.  
 Familias con niños (as) entre los 6 y 23 meses.  
 Gestantes (I, II o III trimestre).
- **ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y CUIDADO INFANTIL, incluye:**  
 Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.  
 Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

**Cuando culmine la sesión:**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
	APP151		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	U0012
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LME	

**Asistencia técnica**

Del personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo a las “Madres Guías”, durante o después de las sesiones de grupos de ayuda mutua.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1 o 2, según corresponda
- En el 2º casillero el número de "Madres Guía" en la asistencia técnica
- En el 3º casillero registre "LME" o "ALI", según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
28	APP151		Curahuasi		A	M	PC		PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0012
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R	ALI	

**Se considerará dos asistencias técnicas para cada uno de los grupos de apoyo conformados.**

### ➡ Funcionamiento de los Grupos de apoyo

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de grupo de ayuda mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de familias integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de sesión 1, 2,3..., según corresponda
- En el 3º casillero temática de la sesión de grupo de apoyo, según corresponda.
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - **ALI:** Alimentación, nutrición y cuidado infantil

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
28	APP151		Capelo		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión de grupos de ayuda mutua	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0012
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U0012
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R	LME	

**Se considera producto entregado cuando se cumple con la Sesión 4 (Para el caso de grupo de apoyo comunal para promover y proteger la Lactancia Materna) y Sesión 3 (Para el caso de los grupos de apoyo a madres de niños menores de 36 meses en alimentación, nutrición y cuidado infantil).**

**Monitoreo**

02 Reuniones anuales de monitoreo a las madres organizadas en grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de Grupo de Ayuda Mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “**D**” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número madres integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de visita de monitoreo 1 o 2 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
28	APP151		Sechura		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7001			
					M				TALLA	C	C		2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>			R	2	U0012
					D	F	Pab		Hb	R	R			3.	P			D		

## FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO. (3325101)

**Definición.-** Esta actividad está dirigida a Alcalde, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad e integrantes del comité multisectorial quienes están informados, motivados y capacitados para implementar políticas públicas y planes de intervención en promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

### ➔ Reunión de coordinación con la Municipalidad

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión de coordinación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **“COO”** para indicar la reunión de coordinación.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP101		Plura		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de coordinación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0001
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	COO	U0012
					D	F	Páb	Hb		R	R		P	D	R		

### ➔ Reunión técnica con la Municipalidad para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso **“FO”** para indicar Reunión de Organización

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP101		Piura		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en Municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0001
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FO	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

**Reunión de socialización de la información para el análisis de la situación de Anemia y DCI en el distrito.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **“FSE”** para indicar la reunión de incidencia.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP96		Chilca		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en Municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	25	C0001
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FSE	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

**Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas públicas o planes de intervención**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1, 2,3 o 4 , según corresponda
  - 1:Implementación de la sala situacional municipal
  - 2:Implementación de políticas públicas (Ordenanzas municipales)
  - 3:Implementación de planes o proyectos de intervención
  - 4:Programación multianual y formulación anual del presupuesto en PAN
- En el 2º casillero el número de participantes



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
28	APP96		Huaral		A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0012
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

**Reunión de Monitoreo**

➔ En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

➔ • En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2, según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
28	APP96		Condorama		A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7001
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0012
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

**Reunión de Evaluación**

➔ En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso “FEV” para indicar Fase de Evaluación

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
28	APP96		Huacho		A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de Evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C7003
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FEV	U0012
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

## AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES EN SUS COMUNIDADES. (3325102)

**Definición.-** Esta actividad está dirigida a Agentes Comunitarios de Salud, autoridades y líderes comunales (directiva comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

### ⇒ 01 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Vigilancia Comunitaria

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“VCO”** para indicar Vigilancia Comunitaria.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP138		Checacupe		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	18	C0009
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<del>D</del>	R	VCO	U0012	
					D	F	PaB	Hb	R	R	3.	P	D	R			

### ⇒ 02 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Sesiones demostrativas de preparación de alimentos

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“ALI”** para indicar sesión demostrativa de preparación de alimentos.





DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP150		Checacupe		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	U0012	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

➔ **03 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Diagnóstico, tratamiento y prevención de la anemia.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **“DXA”** para indicar Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP138		Calca		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	C0009
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DXA	U0012	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES A FAMILIAS DEL PRONOEI. (3325108)

**Definición.-** Esta actividad está dirigida a Docentes coordinadores, docentes de aula, auxiliares y promotores educativos del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

### ➡ 01 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Importancia de los servicios básicos de salud

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“SBS”** para indicar importancia de los servicios básicos de salud.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP144		Acora		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SBS	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

### ➡ 02 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“ALI”** para indicar alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP144		Caraveli		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

### ➔ 03 Taller de capacitación a los Promotores educativos en Alimentación responsiva.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller **“AA”** para indicar alimentación responsiva.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP144		Marangani		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AA	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

## ACCIONES DE MUNICIPIOS EN ARTICULADO NUTRICIONAL

### ACTUALIZACION Y HOMOLOGACION DE PADRON NOMINAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE 6 AÑOS

**Definición.-** El Padrón Nominal es una lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el Padrón nominal.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“PNO”** para indicar Padrón Nominal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____														
	APP101		Kimbiri		A	M	PC		PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PNO	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

## IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL

**Definición.-** Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la implementación y funcionamiento del CPVC.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“AE”** para indicar la **Implementación o Funcionamiento del CPVC.**

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
	APP101		Quellouno		A	M	PC		PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AE	U0012
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Principales actividades para el funcionamiento del CPVC:

#### ➡ a. Educación en Salud:

En Sesiones Demostrativas:(Ver Pág. 5)

#### ➡ En Sesiones Educativas para el cuidado de la madre y el niño:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número participantes de la sesión.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
	APP165		Chota	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC			N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	12	C0009
					M				<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R		U0012
					D	Pab			R	R	3.	P	D	R		

**b. Vigilancia comunal**

**Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Gestantes.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar **“G”** para indicar que el registro comunal es de gestantes.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
	APP165		Huacho	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC			N	N	1.Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	G	U1291
					M				<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2.Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R		U0012
					D	Pab			R	R	3.	P	D	R		

**Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños (as).**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar **“N”** para indicar que el registro comunal es de niños (as).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	APP165		Tumbes	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC					1.Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	U1291
					<input checked="" type="checkbox"/> M						2.Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		U0012
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab					3.	P	D	R		

Para esta actividad por convención utilizaremos el U1291 Producción de material educativo para la actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas

### ➔ Toma de decisiones:

**Reuniones de análisis, reflexión y toma de decisiones para la intervención;** Participan autoridades de la junta vecina comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias, entre otros, para conocer los resultados de la vigilancia comunitaria, analizar las causas y motivos para plantear acciones o intervenciones a ser realizados por uno o varios actores sociales para el cuidado de la salud de la madre, niñas y niños.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión que se realiza durante el año 1, 2... según corresponda.
- En el 2º casillero el número de personas asistentes a la reunión.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	APP165		Sullana	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC					1.Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	C0003
					<input checked="" type="checkbox"/> M						2.Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	10	U0012
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab					3.	P	D	R		

## ESTÍMULOS NO MONETARIOS A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

**Definición.-** Es un mecanismo concertado por el gobierno local, comunidad organizada, así como otros actores sociales, para crear condiciones e incentivos que permitan que los Agentes Comunitarios de Salud se mantengan en su labor voluntaria de servicio a la comunidad. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“ENM”** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**

DI A	D.N.I.	FINANC ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP101		Combapata		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>B</del>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<del>B</del>	R	ENM	U0012
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		



## REALIZAR FERIAS INTEGRALES DE SALUD Y NUTRICIÓN (DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA, DESPARASITACIÓN MASIVA, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ALIMENTACIÓN ADECUADA)

**Definición.-** Conjunto de acciones que desarrolla la municipalidad con el propósito de prestar algunos servicios claves que requieren la población orientado a mejorar el acceso a los servicios de salud; tales como: Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación, vacunación, entre otros. Así mismo en las ferias integrales pueden incluir servicios como: Sesiones demostrativas de lavado de manos, sesiones demostrativas y exposiciones gastronómicas que promuevan prácticas de alimentación saludable (con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro), entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la realización de las ferias integrales de salud y nutrición.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2,... según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **“FIS”** para indicar la organización de las **Ferias integrales de salud y nutrición** (Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R				
	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP101		Combapata		A	M	PC		PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FIS	U0012
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

## PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

### PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)

#### ACTIVIDAD

#### ACTIVIDAD: PROMOCIÓN DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205). | 28 |
| 2 | Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341202).     | 30 |
| 3 | Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral (3341203).   | 32 |

#### ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985)

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 4 | Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa (3341204).                          | 33 |
|   | Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva (3341205). | 35 |

#### ACTIVIDAD CON GOBIERNOS LOCALES

- |   |                              |    |
|---|------------------------------|----|
| 6 | Casa Materna                 | 36 |
| 7 | Centro de Desarrollo Juvenil | 36 |

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL  
PRODUCTO FAMILIAS SMN**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
U0031	Actividades de Materno Neonatal		<b>APP</b>
	<b>SESIONES</b>	APP101	Actividad con Municipios
C0009	Sesión educativa	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
C2062	Orientación Familiar	APP146	Actividades con Padres de Familia
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud	APP93	Actividades con Instituciones Educativas
	<b>CONSEJERIA</b>		
99401	Consejería integral	APP144	Actividad con Docentes
99344	Visita Domiciliaria	APP141	Actividades con Adolescentes
C0011	Visita familiar integral		
99422	Consejería a gestante en casa materna		<b>CAMPO LAB</b>
	<b>PARA GESTANTES</b>	PDS	Promotor de Salud/Agente comunitario de Salud Casa Materna
Z33X	Estado de embarazo	CM	
Z392	Seguimiento post parto de rutina	CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
	<b>GESTIÓN</b>	PEC	Programas educativo comunicacionales en salud sexual y reproductiva
C0001	Reunión en Municipios	PC	Parto normal
C0002	Reunión en instituciones educativas	PC	Parto complicado
C7004	Asistencia técnica	TP	Taller a docentes de IE del nivel Primaria
C7003	Reunión de Evaluación	TS	Taller a docentes de IE del nivel Secundaria
	<b>TALLERES</b>	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
C0005	Taller para instituciones educativas	IE	Institución Educativa

## CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita domiciliaria. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado, según el siguiente detalle:

### Consejería durante el período gestacional:

- ✓ 1° consejería: entre la 14 y 27 semanas (segundo trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del embarazo.
  - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- ✓ 2° consejería: entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del embarazo.
  - Reforzar signos de alarma del embarazo.
  - Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Planificación familiar.
  - Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario.  
 El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.  
 En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1° casillero Estado de Embarazo
- En el 2° casillero Consejería Integral
- En el 3° casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"  
 En el campo Lab. se registrará:

- En el 1° casillero el trimestre de gestación 1°, 2° o 3° según corresponda.
- En el 2° casillero el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).
- En el 3° casillero el número de visita domiciliaria: 1° o 2° (en el caso que la visita domiciliaria se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
	84751247		Sechura	4	A	M	PC	X		N	N	1. Estado de embarazo	P	X	R	3	Z33X
					M			X		X		2. Consejería integral	P	X	R	2	99401
	91121				D	F	Pab	X		R	R	3. Visita Domiciliaria	P	X	R	2	99344

*El trazador es la segunda consejería en gestantes.*

**Consejería durante el período de puerperio:**

- ✓ 1° consejería: en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del puerperio.
  - Signos de alarma en el recién nacido (RN).
  - Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
  - Planificación familiar.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario.

- ✓ 2° consejería: entre los 28 y 30 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del RN.
  - Reforzar cuidados del RN.
  - Incidir en planificación familiar.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

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

- En el 1° casillero Seguimiento post parto de rutina.
- En el 2° casillero Consejería Integral
- En el 3° casillero Visita Domiciliaria

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

En el campo Lab se registrará:

- En el 1° casillero colocar:
  - “1” si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
  - “2” si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
- En el 2° casillero el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco).
- En el 3° casillero el número de visita domiciliaria: 1° o 2° (en el caso que la visita domiciliaria se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	84751247		Sechura	4	A	M	PC	X		PESO		N	N	1. Seguimiento post parto de rutina	P	X	R	2	Z392
					M			X		TALLA		X	X	2. Consejería integral	P	X	R	2	99401
	91121				D	F	Pab	X		Hb		X	X	3. Visita Domiciliaria	P	X	R	2	99344

Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 2da consejería en puérpera.

## AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un local comunal u otro que la considere necesario, según el siguiente detalle:

1° orientación: entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Pautas generales para el cuidado del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del embarazo.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Pautas generales de planificación familiar.
- Pautas para el cuidado del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al EE.SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la gestante al EE.SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante

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

- En el 1° casillero Estado de Embarazo
- En el 2° casillero Orientación Familiar
- En el 3° casillero Visita Familiar Integral

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

En el campo Lab se registrará:

- En el 1° casillero la sigla: "PDS" de Promotor de Salud /Agente Comunitario de Salud.
- En el 2° casillero el número de orientación
- En el 3° casillero el número de visita.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
	84751247		Secura	4	A	M	PC				1. Estado de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PDS	Z33X
					<input checked="" type="checkbox"/>						2. Orientación Familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C2062
	91121				D	F	Pab				3. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0011

*Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 1era orientación en gestante, realizada por el Agente Comunitario de Salud.*

2° orientación: en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Pautas generales para el cuidado del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del puerperio.
- Signos de alarma en el RN.
- Pautas generales para el cuidado del RN: importancia de la lactancia materna exclusiva, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Pautas generales de planificación familiar.

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al EE.SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la puérpera y/o RN al EE.SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1° casillero Seguimiento post parto de rutina
- En el 2° casillero Orientación Familiar
- En el 3° casillero Visita Familiar Integral

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

En el campo Lab Registrar:

- En el 1° casillero la sigla "PDS" de Promotor de Salud / Agente Comunitario
- En el 2° casillero el número de orientación.
- En el 3° casillero el número de visita

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
	84751247		Sechura	4	A	M	PC	X		PESO	X	N	N	1. Seguimiento post parto de rutina	P	X	R	PDS	Z392
					M			X		TALLA	X	E	E	2. Orientación Familiar	P	X	R	1	C2062
	91121				D	F	Pab	X		Hb	X	R	R	3. Visita Familiar Integral	P	X	R	1	C0011

*Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 1era orientación en puérpera, realizada por el Agente Comunitario de Salud.*

### Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud en Salud Sexual y Reproductiva

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código APP138 de Agentes Comunitarios.

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

- En el 1° casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud

- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2 o 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de participantes

DI A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	D	R	1	C3151
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	D	R	12	U0031
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

### SESIONES EDUCATIVAS A FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL

Actividad dirigida a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas para promover la salud sexual integral, estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal u otro que la considere necesario. La metodología a usar es la del Material educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 6 horas de duración, una de ellas siempre será la 7ma. Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- 1er eje temático: Sexualidad.
- 2do eje temático: Identidad.
- 3er eje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- 4to eje temático: Igualdad de género.
- 5to eje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- 6to eje temático: Previendo el abuso sexual y maltrato.
- 7to eje temático: Planificando el futuro.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP146 Actividades con Padres.

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número del eje temático al que corresponde la sesión educativa: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
- En el 2º casillero el número de participantes (Nº Familias de adolescentes).

*El trazador es la 7ma sesión educativa a familias de adolescentes.*





DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP146		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	C0009
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U0031
					D				Hb		R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D		

### DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Actividad dirigida a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, que consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.

Luego de concluidas las sesiones educativas, el personal de salud medirá el resultado de la capacitación (subproducto), a corto plazo, a través del desarrollo de sesiones de aprendizaje realizadas por el docente en el aula.

La metodología a usar es la del Módulo educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud para el trabajo en las instituciones educativas que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 8 horas de duración, una de ellas siempre será la 6ta para el caso de primaria y la 7ma para el caso de secundaria.

Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente.

Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- 1er eje temático: Sexualidad.
- 2do eje temático: Identidad.
- 3er eje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- 4to eje temático: Igualdad de género.
- 5to eje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- 6to eje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- 7to eje temático: Planificando el futuro.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1° casillero Taller para instituciones educativas.
- En el 2° casillero Actividades de Materno Neonatal.

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1° casillero el número del eje temático al que corresponda el taller educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
- En el 2° casillero el número de participantes.
- En el 3° casillero, si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:
  - TP que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria

*El trazador es el 6° taller en docentes de IE del nivel Primaria.*

*El trazador es el 7° taller en docentes de IE del nivel Secundaria.*



DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	C0005
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0031	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	TP		

Asistencia técnica a docentes capacitados para el desarrollo de sesiones de aprendizaje de salud sexual dirigida a adolescentes.

Dicha asistencia técnica se realiza, de preferencia, en el aula al docente previamente capacitado.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP144 Actividades con Docentes  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”  
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero colocar el número de participantes: 1, 2 o 3
- En el 3º casillero, si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:  
TP que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria  
TS que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0031	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	TS		

Docentes capacitados que realizan sesiones de aprendizaje de salud sexual a los adolescentes

Esta información se recogerá de la observación directa o de la información sustentatoria que muestre el docente al momento que el personal de salud realice la asistencia técnica.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP144 Actividades con Docentes  
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”  
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número del taller 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda al eje temático en que fue capacitado el docente y en el cual está realizando su sesión de aprendizaje a los alumnos.

- En el 2º casillero el número de alumnos que recibieron la sesión de aprendizaje.
- En el 3º casillero, si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:
  - TP que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7003
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U0031
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

### Reunión con directivos de II.EE/UGL

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP93 Actividades con Instituciones Educativas

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero colocar con quien se realiza la reunión:
  - ✓ UGL=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - ✓ IE=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP93		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	U0031
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	UGL	

### FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIÓNAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial, y que consiste en brindar asesoramiento por parte de personal de salud para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes. Los espacios a gestionar serán los siguientes:

- ✓ Implementación y funcionamiento de la Casa Materna.
- ✓ Implementación y funcionamiento de Centros de Desarrollo Juvenil.
- ✓ Programas educativos comunicacionales.

Las acciones de incidencia y asesoramiento, realizadas por el personal de salud, también son dirigidas al comité multisectorial, liderado por la municipalidad (4 reuniones de 01 hora de

duración, cada una, en promedio) y se realizan en el local de la municipalidad u otro que se considere pertinente.

Este subproducto será medido por el personal de salud a través de recursos financieros asignados por el municipio a una o más de las actividades precitadas.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP 101 actividades con Municipios

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

- En el 1º casillero Reunión con gobierno local
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero el número de participantes de la reunión.
- En el 3º casillero colocar el tema de la reunión:
  - CM = Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
  - CDJ = Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
  - PEC = Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en Municipio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0001
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U0031
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	CM	

### ACTIVIDAD: ACCIONES CON MUNICIPIOS

#### Consejería a Gestantes alojadas en la Casa Materna

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1º casillero Consejería a gestante en casa materna.

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de la consejería.
- En el 2º casillero: este casillero se llenará cuando la gestante alojada en la Casa Materna haya tenido su **parto institucional**, y se colocará las siguientes siglas:
  - PN = Cuando su Parto haya sido normal.
  - PC = Cuando su Parto haya sido complicado.



DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	84751247		Sechura	4	A	M	PC							3	99422
	91121				M									PC	
					D	F	Pab								

### Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP141 Actividades con Adolescentes.

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal.

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de sesión 1, 2...6, según corresponda.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero se colocará:
  - CDJ= si la actividad fue desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____															
	APP141		Tarapoto		A	M	PC							3	C0009
					M									18	U0031
					D	F	Pab							CDJ	

**PP 0016 TBC – VIH/SIDA****FAMILIA CON PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA  
Y TUBERCULOSIS (3043952)****ACTIVIDAD: PROMOVER EN LAS FAMILIAS PRACTICAS SALUDABLES PARA LA  
PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS**

- |   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | Familias que reciben consejería a través de visita domiciliaria para promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de la Tuberculosis y VIH/SIDA (4395201). | 40 |
| 2 | Familias que reciben sesión educativa y demostrativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la disminución de la tuberculosis Y VIH/SIDA (4395202)     | 41 |

**ACTIVIDAD : CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN  
PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS, VIH/SIDA  
(5005987)**

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 3 | Docentes de Instituciones educativas desarrollan acciones para la promoción de prácticas saludables y la prevención de la tuberculosis, VIH/SIDA (4395203) | 44 |
| 4 | Comunidades desarrollan vigilancia comunitaria en favor de entornos y prácticas saludables y la prevención de la Tuberculosis, VIH/SIDA (4395204)          | 49 |

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES  
DEL PRODUCTO FAMILIAS TBC-VIH/SIDA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
U0008	Actividades de Tuberculosis		<b>APP</b>
U0064	Actividades de VIH/SIDA	APP136	Familia y vivienda
	<b>SESIONES</b>		
		APP93	Actividades con Instituciones Educativas
C0009	Sesión educativa	APP144	Actividad con Docentes
C0010	Sesión demostrativa	APP138	Actividades con Agentes Comunitarios de Salud
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud	APP91	Actividades con Junta Vecinal (organización vecinal)
	<b>CONSEJERIA</b>		<b>CAMPO LAB</b>
99401	Consejería integral	RSA	Zona de riesgo
99344	Visita Domiciliaria	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
	<b>PARA FAMILIAS</b>	IE	Institución Educativa
		TP	Taller a docentes de IE del nivel Primaria
Z108	Otros controles generales de salud de rutina	TS	Taller a docentes de IE del nivel Secundaria
	<b>GESTIÓN</b>	SR	Módulo Educativo de Salud Respiratoria
		HIG	Módulo/Cartilla Educativo(a) de Higiene y Cuidado del Ambiente.
C7004	Asistencia técnica	VIH	Cartilla Educativa de VIH/SIDA
C7001	Reunión de monitoreo	VCO	Vigilancia comunitaria
	<b>TALLERES</b>	PSA	Prácticas Saludables
		PP	Planificación participativa
C0005	Taller para instituciones educativas		
C0006	Taller para la comunidad		

## FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS (3043952)

**Definición.-** Se refiere a aquellas familias de sectores priorizados de los distritos/provincias con población en riesgo de transmisión de VIH/SIDA y tuberculosis que reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de VIH/SIDA y tuberculosis promovida por el personal de salud en articulación con diversos actores sociales presentes en el territorio.

Dicha actividad se desarrolla en la vivienda de la familia, local comunal, local municipal, institución educativa u otro que se considere necesario.

Para el desarrollo de estas actividades, el personal de salud debidamente capacitado, deberá:

- Identificar y diagnosticar familias priorizadas según ficha familiar.
- Realizar el mapeo de los actores sociales involucrados con acciones de prevención y control del VIH/SIDA y tuberculosis, entre ellos: gobierno local, líderes comunales, instituciones educativas, programas sociales y actores de la sociedad civil; entre otros.
- Socializar con los actores sociales, el análisis de las necesidades educativas de las familias priorizadas en población en riesgo de transmisión de VIH/SIDA y tuberculosis, y/o con algún miembro del hogar con factor de riesgo.
- Consensuar y unificar contenidos educativos con los actores locales que facilitarán la educación familiar y comunitaria.
- Realizar seguimiento y evaluación de las actividades educativas para la mejora de las prácticas y del entorno familiar.

### FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (4395201)

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben consejería en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, en la vivienda durante la visita domiciliaria. La consejería se realizará de la siguiente manera:

➡ **Consejería integral a través de visitas domiciliarias (Trazador cuando cumple con las 2 consejerías), se desarrollará de la siguiente manera:**

#### Para registro de Tuberculosis:

##### Visita Domiciliaria

Se desarrollara las visitas en número de tres por año:

- 1ra visita = al 1er trimestre: se desarrollara la 1° consejería en prácticas saludables
- 2da visita = al mes de la 1ra visita: se desarrollara la 2° consejería en medidas preventivas
- 3ra visita = al mes de la segunda visita: se evaluara el cumplimiento de la 1ra y 2da consejería. Registrando TA: como término de la actividad

**1°Consejería en prácticas saludables:** alimentación saludable, mantener su vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, de 45 minutos de duración.

**2°Consejería en medidas preventivas:** evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa y reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento, de 45 minutos de duración.

En el ítem HC/Documento de identidad ingresar el DNI de representante de familia

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

- En el 1° casillero: Visita Domiciliaria
- En el 2° casillero: Consejería integral
- En el 3° casillero: Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registrar el número de visita (1,2,3)
- En el 2º casillero el número de consejería integral 1, 2 y 3 = TA según corresponda.

DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
	84751247		Sechura	4	A	M	PC	X		PESO	N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	R	3	99344
					M			X		TALL A	X	X	2. Consejería integral	P	X	R	TA	99401
	91121				D	F	Pab	X		Hb	X	R	3. Actividades de tuberculosis	P	X	R		U0008

### Para el registro de VIH-SIDA:

#### Visita Domiciliaria

Se desarrollara las visitas en número de tres por año:

- 1ra visita = al 1er trimestre : se desarrollara la 1º consejería en prácticas saludables
- 2da visita = al 2do trimestre : se desarrollara la 2º consejería en medidas preventivas
- 3ra visita = al 4to trimestre: se evaluara el cumplimiento de la 1ra y 2da consejería.  
Registrando TA: como término de la actividad

**1º Consejería en habilidades sociales:** comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida, de 45 minutos de duración.

**2º Consejería en orientación para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas** como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

Estas consejerías se realizarán de manera individual durante 45 minutos, usando los materiales disponibles para tal fin.

En el ítem HC/Documento de identidad ingresar el DNI de representante de familia

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

- En el 1º casillero: Visita Domiciliaria
- En el 2º casillero: Consejería integral
- En el 3º casillero: Actividades de VIH/SIDA

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registrar el número de visita (1,2,3)
- En el 2º casillero el número de consejería integral 1, 2 y 3 = TA según corresponda.

DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACIÓN ANTROPOME TRICA HEMOGLOBI NA	EST A- BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIG O CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
	84751247		Sechura	4	A	M	PC	X		PESO	N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	R	3	99344
					M			X		TALL A	X	X	2. Consejería integral	P	X	R	TA	99401
	91121				D	F	Pab	X		Hb	X	R	3. Actividades de VIH/SIDA	P	X	R		U0008

## FAMILIAS QUE RECIBEN SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y GENERAR ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (4395202)

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA por parte del personal de salud, en el local comunal, local municipal, u otro que se considere necesario.

### Para el registro de TUBERCULOSIS:

Para ello desarrollará por lo menos dos (2) sesiones educativas y demostrativas, se desarrollará de la siguiente manera:

#### ⇒ Sesiones Educativas

**1° Sesión educativa en prácticas saludables:** Alimentación saludable, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, mantener su vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.

**2° Sesión educativa en prácticas saludables:** Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, limpieza de la vivienda con trapos húmedos, reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP136 Familia y vivienda  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, marque SIEMPRE: "D" y anote claramente:

- En el 1° casillero: Sesión Educativa
  - En el 2° casillero: Actividad de Tuberculosis
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
- En el ítem: Lab anote:
- En el 1° casillero el número de sesiones educativas 1 o 2 según corresponda
  - En el 2° casillero. Número de familias.
  - En el 3° casillero: "RSA" SOLO si es zona de riesgo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP136		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de tuberculosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0008
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R	RSA	

#### ⇒ Sesiones Demostrativas

**1° Sesión demostrativa en prácticas saludables:** alimentación saludable, mantener su vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, de 45 minutos de duración.

**2° Sesiones demostrativa en medidas preventivas:** evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa y reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento, de 45 minutos de duración.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP136 Familia y vivienda**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero: Sesión demostrativa
  - En el 2º casillero: Actividades de Tuberculosis
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”
- En el ítem: Lab anote
- En el 1º casillero el número de sesiones demostrativas 1 o 2 según corresponda
  - En el 2º casillero. Número de familias.
  - En el 3º casillero: “**RSA**” SOLO si es zona de riesgo

D I A	D.N.I.	FINAN C	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIG O CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP136		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0010
					M	F	Pab		TALL A	C	C	2. Actividades de tuberculosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0008
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R	RSA	

### Para el registro de VIH/SIDA:



#### Sesiones Educativas

**1º Sesiones Educativas en habilidades sociales:** comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida, de 45 minutos de duración.

**2º Sesiones Educativas en orientación para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas** como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

Estas sesiones educativas se realizan en un local comunal u otro que crea convenientes durante 45 minutos, usando los materiales disponibles para tal fin según necesidad de la familia.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP136 Familia y vivienda

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

- En el 1º casillero: Sesión educativa
- En el 2º casillero: Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesiones educativas 1 o 2 según corresponda
- En el 2º casillero. Número de familias.
- En el 3º casillero: “**RSA**” SOLO si es zona de riesgo

D I A	D.N.I.	FINAN C	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIG O CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP136		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0064
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R	RSA	

## ➡ Sesiones Demostrativas

**1° Sesiones Demostrativa** en alimentación, lavado de manos, uso del preservativo, u otro que considere pertinente, en el local comunal.

**2° Sesiones Demostrativa** refuerzo de la primera

Estas sesiones demostrativas se realizaran en un local u otro que crea convenientes, usando los materiales disponibles para tal fin según necesidad de la familia.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1° casillero: Sesión demostrativa
- En el 2° casillero: Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: **“D”**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero el número de sesiones demostrativas 1 o 2 según corresponda.
- En el 2° casillero el número de familias.
- En el 3° casillero: **“RSA”** SOLO si es zona de riesgo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP136		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0010
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de VIH-SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0064
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	RSA	

## DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA (4395203):

Docentes de instituciones educativas de educación básica regular, del nivel de educación primaria, y secundaria, priorizadas según distrito de riesgo, reciben capacitación sobre la situación de la tuberculosis y VIH/SIDA en su distrito, en prácticas y entonos saludables para prevenir la Tuberculosis y el VIH/SIDA y lo trasladan a los estudiantes a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Esta actividad es realizada por el personal de salud en el local de la institución educativa, local comunal o en otro lugar que se considere necesario. Se desarrolla a través de reuniones de asistencia técnica desarrolladas por el personal de salud de la Red/MR/EESS de salud según corresponda, quien realizará:

➡ Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local–UGL para presentación de la información sobre la situación de la salud relacionada con la tuberculosis y el VIH/SIDA con la finalidad de programar de manera conjunta la ruta de capacitación anual a directivos y docentes que incluya temas de promoción de prácticas saludables y prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA (01 reunión de 1 hora de duración).

➡ Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas para incorporar en el Plan Anual de Trabajo acciones relacionadas a la promoción de prácticas y prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 1 hora de duración).

**Para el registro de TUBERCULOSIS:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero, colocar Actividades de Tuberculosis

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

En el ítem Lab se registrará:

- En 1º casillero el número de reunión.
- En 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero colocar las siguientes siglas:
  - ✓ UGL=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - ✓ IE=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP93		Tarapoto		A	M	PC			1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M					2. Actividades de tuberculosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	U0008
					D	F	Pab			3.	P	D	R	UGL	

**Para el registro de VIH-SIDA:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero, colocar Actividades de VIH-SIDA

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero colocar las siguientes siglas:
  - ✓ UGL=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - ✓ IE=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP93		Tarapoto		A	M	PC			1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M					2. Actividades de VIH/SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	U0064
					D	F	Pab			3.	P	D	R	UGL	

➡ **Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primaria y secundaria en prácticas y entornos saludables para la prevención y control de la tuberculosis (01 taller de 02 horas de duración).** Para el desarrollo de esta actividad se considerará los contenidos descritos en el módulo educativo de Promoción de la Salud Respiratoria y prevención de la tuberculosis en la Institución Educativa.

### Para el registro de Tuberculosis

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el nivel de IE
  - ✓ **TP** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - ✓ **TS** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del módulo educativo en el cual se capacito, por ejemplo:
  - ✓ **SR** =Módulo Educativo de Salud Respiratoria/Cartilla Educativo(a) para la prevención de la Tuberculosis.
  - ✓ **HIG**=Módulo/Cartilla Educativo(a) de Higiene y Cuidado del Ambiente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	TP	C0005
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de tuberculosis	P	<del>D</del>	R	20	U0008
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	SR	

### Para el registro de VIH/SIDA

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el nivel de IE
  - **TP** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del cartilla en el cual se capacito, por ejemplo:
  - ✓ **VIH** = Cartilla de VIH SIDA

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	TP	C0005
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<del>D</del>	R	20	U0064
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	VIH	

➔ Acompañamiento al docente en la implementación de proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 30 minutos de duración). Acompañamiento al docente para el desarrollo de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje; con 2 asistencias técnicas al año, primera asistencia técnica al 2º trimestre y la 2da asistencia técnica al 3º trimestre.

### En caso de Tuberculosis

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión: 1, 2.
- En el 2º casillero colocar el número de participantes.
- En el 3º casillero registrar:

\* TP: Si la Institución Educativa es Primaria

\* TS: Si la Institución Educativa es Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de tuberculosis	P	<del>D</del>	R	3	U0008
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### En caso de VIH/SIDA

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividades con docentes**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de VIH/SIDA

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero colocar el número de participantes.
- En el 3º casillero registrar:

\* TP: Si la Institución Educativa es Primaria

\* TS: Si la Institución Educativa es Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<del>D</del>	R	3	U0064
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

➔ Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos de y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 30 minutos de duración). Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje.

### En caso de Tuberculosis

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero registrar  
 TP si la institución educativa es de primaria.  
 TS si la institución educativa es de secundaria.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	3	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de tuberculosis	P	<del>D</del>	R	TP	U0008
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### En caso de VIH/SIDA

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividades con docentes**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de VIH/SIDA

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero registrar  
 TP si la institución educativa es de primaria.  
 TS si la institución educativa es de secundaria.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	3	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<del>D</del>	R	TS	U0064
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		



## **COMUNIDADES DESARROLLAN VIGILANCIA COMUNITARIA EN FAVOR DE ENTORNOS Y PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA (4395204)**

Comunidades priorizadas según distrito de riesgo representada por el comité de vigilancia comunitaria (que incluye a los agentes comunitarios de salud) esta sensibilizado, informado y capacitado para promover prácticas y entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunitaria que contribuyan a la disminución de la tuberculosis, y VIH/SIDA.

Estas acciones son realizadas por el personal de salud de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda, en el establecimiento de salud, local comunal u otro que considere adecuado. Acciones a desarrollar por el Equipo técnico de salud de la Red/MR\* de salud: El equipo de salud técnico de la Red /MR de Salud conjuntamente con el gobierno local (Gerencia de Participación vecinal o la que haga sus veces) realiza las siguientes actividades:

Acciones a desarrollar por el Personal de salud de los establecimientos de salud presentes en el territorio (municipio)

➔ Capacitación en vigilancia comunitaria a agentes comunitarios y organizaciones comunitarias (01 reunión de 02 horas de duración).

Se desarrollara las reuniones en número de tres por año:

- 1ra reunión = al 1er trimestre
- 2da reunión = al mes de la 1ra. visita
- 3ra reunión = al mes de la segunda visita: Registrando TA: como término de la actividad a la 3ra reunión.

### **Para el registro de Tuberculosis**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP138 de Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reuniones: 1, 2 y en el caso de la 3ra reunión se registrará TA=Termino de la actividad
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes
- En el 3º casillero el tipo de temática desarrollado:
  - ✓ **VCO** para indicar Vigilancia Comunitaria
  - ✓ **PSA** para practicas saludables

DI A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACIÓN ANTROPOMET RICA HEMOGLOBIN A	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIG O CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/____						
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<del>R</del>	R	TA	C3151
					M			TALL A		C	C	2. Actividades de Tuberculosis	P	<del>R</del>	R	12	U0008
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	VCO	

### **Para el registro de VIH-SIDA**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP138 de Agentes Comunitarios

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

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

- En el 1° casillero: Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
  - En el 2° casillero colocar actividades de VIH-SIDA
- En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de reuniones 1, 2 y 3 según corresponda
- En el 2° casillero se coloca el número de participantes
- En el 3° casillero el tipo de temática desarrollado:
  - ✓ **VCO** para indicar Vigilancia Comunitaria
  - ✓ **PSA** para practicas saludables

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP138		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	X	R	1	C3151
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	X	R	12	U0064
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	PSA	

➔ Programación y aplicación de la vigilancia comunitaria.

Para registro de Tuberculosis

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP91 Junta vecinal (Organización Vecinal)**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

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

- En 1° casillero: Taller para la comunidad
- En 2° casillero: Actividades de tuberculosis

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero el tipo de taller **"PP" Planificación participativa**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP91	10	12		A	M	PC			PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	D	R	20	C0006
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Tuberculosis	P	D	R	PP	U0008
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

Para registro de ITS-VIH-SIDA

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP91 Junta vecinal (Organización Vecinal)**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

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

- En 1° casillero: Taller para la comunidad
- En 2° casillero: Actividades de VIH-SIDA

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero el tipo de taller **"PP" Planificación participativa**

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP91		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	<del>D</del>	R	20	C0006
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<del>D</del>	R	PP	U0064	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

➔ Acompañamiento a las acciones comunitarias de la vigilancia y educación de pares para la reducción de riesgos y asociados a la tuberculosis y el VIH/SIDA.

### Para registro de Tuberculosis

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP138 Agentes comunitarios**

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

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

- En 1° casillero: Reunión de monitoreo
- En 2° casillero: Actividades de tuberculosis

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de reunión

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	C7001
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de Tuberculosis	P	<del>D</del>	R		U0008	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

### Para registro de ITS-VIH-SIDA

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP138 Agentes comunitarios**

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

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

- En 1° casillero: Reunión de monitoreo
- En 2° casillero: Actividades de VIH-SIDA

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de reunión

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____																	
	APP138	10	12		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	C7001
					M			TALLA	C	C	2. Actividades de VIH/SIDA	P	<del>D</del>	R		U0064	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## **PP 0017 METAXÉNICAS Y ZONOTICAS**

### **FAMILIA CON PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOTICAS (3043977)**

#### **ACTIVIDAD 1: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO. (5000087)**

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Familias que desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas. (4397701). | 54 |
| 2 | Familias que desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades zoonóticas. (4397702).  | 55 |

#### **ACTIVIDAD 2: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOTICAS (5005989)**

- |   |   |    |
|---|---|----|
| 3 | Comunidades priorizadas en el distrito que están implementando la vigilancia comunitaria asociada a enfermedades metaxénicas y zoonóticas. (4397703).   | 56 |
| 4 | Gobierno local y actores sociales claves (Comité Multisectorial) articulados para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénicas o zoonosis (4397704) | 59 |

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS METAXÉNICAS Y ZONOTICAS

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
U0074	Actividades de Malaria	C7004	Asistencia técnica
U0075	Actividades de Chikungunya	U408	Vigilancia Sanitaria de la Limpieza de Vías y Espacios Públicos
U0076	Actividades de Zika	U756	Fase de planificación participativa
U0088	Actividades de Zoonosis (Rabia)	U757	Fase de ejecución
U0089	Actividades de Dengue	U1292	Movilización social/Campaña educativa
U0090	Actividades de Bartonellosis		
U0091	Actividades de Fiebre Amarilla		<b>APP</b>
U0092	Actividades de Chagas	APP136	Familia y vivienda
U0093	Actividades de Leishmaniasis	APP108	Actividades en Comunidad
U0094	Actividades de Peste	APP101	Actividad con Municipio
U0095	Actividades de Leptospirosis	APP96	Actividades con Comité Multisectorial
U0096	Actividades de Tifus		
U0114	Actividades de Equinococosis		<b>CAMPO LAB</b>
		VCO	Vigilancia comunitaria
	<b>SESIONES</b>	PDS	Promotor de salud /Agente comunitario de salud
C0009	Sesión educativa	FE	Fase de ejecución
C0010	Sesión demostrativa	FSE	Fase de sensibilización
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de	FP	Fase de planeamiento
	<b>GESTIÓN</b>		
C0001	Reunión en Municipio		
C0021	Visita comunitaria integral		
C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de		
C7001	Reunión de monitoreo		
C7003	Reunión de evaluación		

## PRODUCTO: FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOTICAS (3043977)

Reciben el producto las familias que viven en distritos con elevado riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénicas y zoonóticas (EMZ), que son priorizadas para acciones de prevención y control, a través de: A1: Actividades educativas, A2: Vigilancia comunitaria y A3: Acciones de mejora o mitigación de las condiciones del entorno comunitario que entregadas simultáneamente, disminuyen el riesgo de estos daños. Son realizadas en un ambiente municipal, local comunal, centro de salud, centro educativo, iglesia, e incluso vivienda familiar u otro ambiente que se considere conveniente y entregadas por personal de salud capacitado.

## FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS. (4397701).

Sesión educativa/demostrativa con 15 participantes para promover prácticas saludables

Las prácticas saludables que se promueven en metaxénicas son las asociadas a la reducción del vector *Aedes aegypti*, como: almacenamiento adecuado de agua (recipiente con tapa), limpieza y escobillado de recipientes que conservan agua, identifica y elimina potenciales criaderos del vector (inservibles), conservación adecuada del larvicida dentro del recipiente de agua, y el uso adecuado de otra tecnología dispuesta para la vigilancia vectorial, uso de mallas en puertas y ventanas, uso de mosquiteros, de ropa apropiada y de repelentes.

Otras enfermedades metaxénicas según sea el caso, considerar: lavado de manos, higiene de la vivienda,

tapado de grietas en las paredes, limpieza peri-domiciliaria del huerto, corte de maleza 100 metros a la redonda de la vivienda, tapado de charcos, no exposición en lugares y horas donde circula el vector.

La Demostración incluye:

Limpieza y tapado de recipientes que conservan agua. Uso de floreros con arena húmeda.

### Para una sesión educativa

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Metaxénicas (indicar el tipo de enfermedad metaxénica)

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de familias.

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETR ICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
	APP136		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de Malaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0074
					D	F	Páb		Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Para una sesión demostrativa

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Metaxénicas (indicar el tipo de enfermedad metaxénica)

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de familias.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP136		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0010
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Malaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0074
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ZONOTICAS. (4397702).

Las prácticas saludables a promover dependerán de la zoonosis priorizada y se consideran las siguientes:

El lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño, y después de manipular/acariciar a sus animales. Aseo del baño o letrina una vez al día. Almacenamiento de la basura dentro de la vivienda antes de botarla en un recipiente o contenedor cubierto. Utiliza Equipo de Protección Personal (EPP) en actividades agropecuarias (botas y guantes). No se baña en aguas estancadas. Coloca mallas en las ventanas de su vivienda y tiene espacios limpios y exclusivos para la crianza de animales menores y mayores. Cuida responsablemente a sus mascotas: (alimento, higiene, salud: lo vacuna y lo desparasita periódicamente). No manipula animales con muerte súbita. Avisa sobre epizootias (animales muertos sin causa conocida) No da vísceras infectadas al perro después de faenar /beneficiar a su ganado. Toma o bebe agua hervida y no clorada en zonas endémicas para zoonosis parasitarias, y evita consumir leche y derivados como lácteos de dudosa procedencia, así como vegetales de tallo corto regados con agua contaminada.

La demostración depende de la zoonosis a trabajar. Lavado de manos, disposición adecuada de residuos sólidos en la vivienda, uso de EPP en actividades agropecuarias. Crianza extra domiciliaria de animales, entre otros

En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño metaxénicas o zoonóticas al que están expuestos

#### Para una sesión educativa

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Zoonosis (según zoonosis priorizada)

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de familias.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP136		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Zoonosis (peste)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0094
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Para una sesión demostrativa

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Zoonosis (según zoonosis priorizada)

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de familias.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP136		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	X	R	1	C0010
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de Zoonosis (peste)	P	X	R	15	U0094
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

### COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTÁN IMPLEMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONÓTICAS. (4397703).

Acción comunitaria realizada por organizaciones comunitarias adscritas al Gobierno Local que cuenten o no con Agentes Comunitarios de la Salud y/o voluntarios quienes son capacitados y acompañados por personal de salud competente para: 1) Identificar Puntos Críticos de Riesgo (PCI) según EMZ a vigilar, 2) Realizar educación de pares, referida a la acción orientadora que cumplen los líderes y agentes comunitarios de salud para promover prácticas saludables asociadas a los daños priorizados y 3) La acción comunitaria para mitigar riesgos comunitarios contando con el apoyo e implementación de sus respectivos gobiernos locales para mejorar el entorno comunitario. Los aspectos sujetos a la vigilancia comunitaria dependen de la EMZ a ser vigilada:

- **Enfermedades transmitidas por el vector *Aedes aegypti*:** Se vigilara en el entorno de la comunidad presencia de montículos de residuos sólidos (potenciales criaderos de zancudo), zonas inundadas o con aguas estancadas, áreas de reciclaje al aire libre, llanterías o vulcanizadoras en inadecuadas condiciones, maleza crecida alrededor de viviendas, uso de floreros con agua en cementerios, en grutas, zonas industriales o de producción con potenciales criaderos de zancudos, fuentes de agua, piletas, tuberías o caños malogrados que gotean agua, entre otros.
- **Enfermedades zoonóticas:** Los aspectos sujetos de la vigilancia comunitaria dependen del tipo de zoonosis priorizadas y son: Presencia de epizootias (muerte de animales), incremento de animales (canes vagabundos, murciélagos hematófagos, roedores y pulgas, caracoles), presencia montículos de basura, aguas estancadas, charcos y pantanos. Uso del campo abierto para eliminar excretas humanas, zonas de faenamiento o beneficio clandestino de ganado.

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

#### Reporte de la Fase 1: Planeamiento

Incluye las siguientes acciones:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Selección de comunidades a vigilar.
3. Selección de instrumentos y metodología para vigilar.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 de Actividad en Comunidad

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

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

- En el 1º casillero: Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero: Actividad según EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria 1, 2 o 3.
- En el 3º casillero: Fase de planificación participativa.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se indicara el número del 1 al 3 según la acción que corresponda
- En el 2º casillero solo se usara para colocar el número de comunidades seleccionadas



- para la VC, cuando seleccionen la actividad número 2 en el 1° casillero, de lo contrario para la actividad 1 o 3 dejar en blanco.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP108		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Visita Comunitaria Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0021
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U0091
					D	F	Pab			Hb	R	R	3. Fase de planificación participativa	P	D	R		U756

### Taller de capacitación a Líderes Comunitarios (LC) y Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en Comunidad

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

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

- En el 1° casillero: Taller en comunidad
- En el 2° casillero: Actividad según EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero colocar PDS cuando participantes son solamente agentes comunitarios de salud si queda en blanco se considerará que son líderes comunitarios.
- En el 2° casillero el número de participantes
- En el 3° casillero la sigla de vigilancia comunitaria VCO

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP108		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Taller en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PDS	C0006
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U0091
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R	VCO	

### Reporte Fase 2: Ejecución (FE)

Incluye las siguientes acciones:

- Vigilancia comunitaria de Puntos Críticos Identificados (PCI).

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 de Actividad en Comunidad

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

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

- En el 1° casillero: Visita Comunitaria Integral
- En el 2° casillero: Actividad acorde a la EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria
- En el 3° casillero: Fase de ejecución

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero se indicara el número de intervención (mínimo 06) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de Puntos críticos
- En el 2° casillero la actividad de Vigilancia comunitaria "VCO"
- En el 3° casillero el número de participantes (registrar un participante por familia).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Visita Comunitaria Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0021
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VCO	U0091
					D	F	Pab		Hb	R	R	3. Fase de ejecución	P	D	R	10	U757

### Acciones de movilización comunitaria

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en Comunidad

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

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

- En el 1° casillero: Acciones de la movilización social
- En el 3° casillero: Actividad acorde a la EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria
- En el 3° casillero : escribir según corresponda o dejar en blanco

Ejecución de campaña de recojo y eliminación de inservibles C6091

Vigilancia Sanitaria de la Limpieza de Vías y Espacios Públicos U408

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero indica el número de acciones de movilización comunitaria.
- En el 2° casillero el número de organización y/o institución que participan.
- En el 3° casillero la Fase de Ejecución "FE".

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Campañas de recojo y eliminación de criaderos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C6091
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de dengue	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U0089
					D	F	Pab		Hb	R	R	3. Movilización social/Campaña educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FE	U1292

### Reporte Fase 3: Seguimiento

Incluye las siguientes acciones:

- Acompañamiento y evaluación de la vigilancia (Mínimo 4 o máximo 12)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en Comunidad

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

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

- En el 1° casillero: Visita Comunitaria Integral
- En el 2° casillero: Monitoreo
- En el 3° casillero: Actividad acorde a la EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero indicar el número de acompañamiento que realiza, mínimo 4.
- En el 2° casillero colocar el número de participantes en la fase de seguimiento.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Visita Comunitaria Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C0021
					M				TALLA	C	C	2. Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C7001
					D	F	Pab		Hb	R	R	3. Actividades de fiebre amarilla	P	D	R		U0091

## GOBIERNO LOCAL Y ACTORES CLAVES (COMITÉ MULTISECTORIAL ARTICULADOS PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO DE ENFERMAR O MORIR POR ALGUNA EMZ (Código 4397704)).

Asistencia técnica brindada al gobierno local en distritos que son priorizados según EMZ endémica o brote, con la finalidad de que ejecute acciones dirigidas a mejorar o mitigar riesgos en el entorno comunitario y favorecer prácticas saludables según sus competencias. El personal de salud previamente capacitado de la DIRESA/GERESA/Red/Microred de Salud, según corresponda, facilitará en el marco de La Gestión Territorial: 1) La acción intersectorial, 2) la participación ciudadana y 3) Educación para la salud; teniendo como horizonte de tiempo los cuatro años para los que han sido elegidos las autoridades locales, para lo cual facilitará periódicamente información del daño priorizado y de los determinantes sociales asociados a este. Según EMZ priorizada en el territorio (municipio), la labor del personal de salud respecto a esta actividad registrará de la siguiente manera:

### Reporte Fase 1: Sensibilización

Incluye las siguientes acciones:

1. Integración de información sanitaria (Sala Municipal de Salud)
2. Incidencia y abogacía al gobierno local
3. Sectorización y homologación territorial salud – gobierno local
4. Mapeo de actores sociales (actividades y recursos según actor social)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP101** Actividad con Municipio

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividad según EMZ que corresponda:

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar el número de la acción que corresponda: 1, 2, 3 o 4.
- En el 2º casillero colocar el número de reunión (máximo 03).
- En el 3º casillero el número de municipios participantes.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión en Municipio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C0001
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U0091
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	2	

### Conformación y reuniones del Comité Multisectorial.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP96** Actividad con Comité Multisectorial

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero según corresponda:  
Códigos de Enfermedades: según EMZ priorizada en el territorio (municipio)

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar el número de reuniones con el CMS: mínimo 04 - máximo 06 reuniones.
- En el 2º casillero la fase de sensibilización “FSE”

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión en Municipio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C0001
					M			TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FSE	U0091	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

### Reporte Fase2: Planificación

Incluye las siguientes acciones:

1. Asistencia técnica para elaboración del plan multisectorial.
2. Asistencia técnica para la apertura de programas presupuestales para gobiernos locales.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP96** Actividad con Comité multisectorial  
 En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero según corresponda: (EMZ priorizada en el territorio (municipio))

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se indicara el número de acciones según corresponda 1 (Plan) o 2 (PPR)
- En el 2º casillero la fase de planeamiento "FP"
- En el 3º casillero colocar el número de municipios.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP96	10	12		A	M	PC		PESO	N	N	1.Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M			TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FP	U0091	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	3		

### Reporte Fase 3: Seguimiento

1. Monitoreo (acompañamiento) de la acciones multisectoriales y municipal.
2. Evaluación de la actividad multisectoriales y municipal

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP96** Actividad con Comité multisectorial  
 En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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

- En el 1º casillero: Monitoreo y acompañamiento (C7001)
- En el 2º casillero: Actividad acorde a la enfermedad metaxénicas o zoonóticas a abordarse

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de reuniones de acompañamiento que realiza Mínimo 4, máximo 6.
- En el 2º casillero indicar el número de municipios monitorizados.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7001
					M			TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U0091	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

**Evaluación:**

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

- En el 1° casillero: Evaluación (C7003) según corresponda.
- En el 2° casillero: Actividad acorde a la enfermedad metaxénicas o zoonóticas a abordarse

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero indicar el número de reuniones de evaluación que realiza (máximo 02 al año).
- En el 2° casillero el número de municipios/CMS evaluados.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C7003
					M			FALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U0091
					D	F	PaB	Hb		R	R	3.	P	D	R		

## **PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

### **FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (3043988)**

#### **Actividad 1: PROMOCIÓN DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (5005995)**

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398801) | 64 |
|---|--|----|

#### **Actividad 2: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (5005996)**

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 2 | Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398802)                                 | 65 |
| 3 | Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal (4398803)             | 66 |
| 4 | Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos (4398804) | 69 |



## PRODUCTO: FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO, INFORMADAS Y QUE REALIZAN PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (SALUD BUCAL, SALUD OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION YDIABETES MELLITUS)

Se refiere a aquellas familias con niños/as mayores de 36 meses, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, actores sociales (líderes de las organizaciones comunitarias y docentes) y gobiernos locales de distritos priorizados según riesgos a enfermedades no trasmisibles, con conocimiento en prácticas saludables y mejora de las condiciones del entorno para el cuidado de la salud, a través de sesiones educativas, demostrativas y capacitaciones (según corresponda). Es desarrollada por el personal de salud capacitado y lo realiza en el local comunal u otro que se considere pertinente. Para entregar el producto.

### FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (4398801)

Esta actividad está dirigida a las familias de los distritos priorizados con población en riesgo por enfermedades no trasmisibles como la Caries dental, Hipertensión, Diabetes Mellitus y Malnutrición (Sobre peso y Obesidad). Esta actividad consiste en realizar 03 sesiones educativas y demostrativas a un grupo máximo de 15 representantes de familias en las cuales se les brinda conocimiento sobre las prácticas saludables relacionadas a alimentación y nutrición saludable, actividad física e higiene oral. Es desarrollada por el personal de salud capacitado y lo realiza en el local comunal u otro que se considere pertinente.

Su registro deberá realizarse de manera individual de cada uno de los participantes. Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de DNI del participante

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa o Sesión Demostrativa según corresponda
- En el 2º casillero Actividades de daños no trasmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero la temática según corresponda (ALI, AF o SBU)
- En el 2º casillero el número de sesión 1, 2 o 3 según corresponda:
  - **1: Sesión educativa y demostrativa en Alimentación Saludable:** Se desarrollarán contenidos relacionados a prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal así como la demostración en la preparación de alimentos saludables.
  - **2: Sesión educativa y demostrativa en actividad física:** Se desarrollarán contenidos sobre la importancia para la salud de la práctica regular de la actividad física, realizando las rutinas de ejercicios según metodología propuesta.
  - **3: Sesión educativa y demostrativa en salud bucal:** En alimentos no cariogénicos y medidas preventivas en salud bucal. Seguido de la Demostración de la técnica del cepillado dental y uso del hilo dental, seguidamente las familias realizarán la demostración de lo aprendido.

### Sesión educativa

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___								
	09865765		Tarapoto		A	M	PC			PESO		N	N	1.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF	C0009
					M					TALLA		C	C	2.Actividades de daños no trasmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U0099
					D	F	Pab			Hb		R	R	3.	P	D	R		



**Sesión demostrativa**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___								
	09865765		Tarapoto		A	M	PC			PESO		N	N	1.Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF	C0010
					M					TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U0099
					D	F	PaB			Hb		R	R	3.	P	D	R		

**FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACION DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES**

El concejo municipal provincial o distrital (o Comité Multisectorial) que recibe información mensual relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, para el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones que favorezcan las prácticas saludables como implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión relacionados a los determinantes sociales de la salud en el distrito. A través de reuniones de trabajo con el gobierno local, el personal de salud previamente capacitado de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumple un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria según problema sanitario priorizado.

Para ello se debe desarrollar las siguientes acciones:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipio
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero número de reunión
- En el 2º casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___								
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			PESO		N	N	1.Reunión en Municipio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C0001
					M					TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	U0099
					D	F	PaB			Hb		R	R	3.	P	D	R		

**Monitoreo y Evaluación de las acciones planificadas:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero el número de participantes.



**Monitoreo:**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7001
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

**Evaluación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En el 1ºcasillero Reunión de evaluación según corresponda.
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero el número de reunión.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7003
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Cuando el municipio al que se ha realizado las acciones de incidencia y abogacía ha acompañado o participado en el proceso de evaluación y reconocimiento de las **instituciones educativas que cuentan con quioscos escolares saludables/destacados** de su jurisdicción, se deberá registrar:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Visita de evaluación conjunta de IE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IE	C7003
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

**DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL**

Son acciones que se realizan en la Institución educativa pública de educación básica regular nivel inicial, primario y secundario que desarrolla proyectos de aprendizaje sobre alimentación saludable, actividad física, salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión, diabetes y la exposición a metales pesados (en zonas priorizadas). La red/microred de salud,



según corresponda, realizará las gestiones con la Unidad de Gestión Local – UGL para que se incluya los temas de salud en la capacitación anual dirigida a directivos y docentes.

Las acciones desarrolladas se registrarán de la siguiente manera:

Reuniones con directivos de la institución educativa para incorporar intervenciones relacionadas a la prioridad sanitaria local en el Plan Anual de Trabajo.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP93 Actividades con Institución Educativa.

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero, colocar Actividades de Daños No Transmisibles

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero colocar las siguientes siglas:
  - ✓ UGL=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - ✓ IE=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP93		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		UGL

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP93		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PAT	C0002
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Tener en cuenta que:

- ✓ Si el Plan Anual de Trabajo Aprobado de la IE ha incorporado acciones de salud deberá colocar PAT (Plan Aprobado) en el 1º casillero del campo Lab

Asistencia técnica a los docentes en los temas de salud priorizados para la implementación de los proyectos/sesiones de aprendizaje que contribuyan a la disminución de las enfermedades no trasmisibles.

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas para el cuidado de la salud. Esta actividad es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad.

Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero, colocar Daños no transmisibles= U0099  
 Si es un taller relacionada a exposición a metales pesado se colocará: Actividades de Metales Pesados = U0010

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número taller que se desarrolla (1, 2 o 3); al concluirse el módulo educativo registrar de la siguiente manera:
    - ✓ IN que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Inicial
    - ✓ TP que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
    - ✓ TS que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
    - ✓ TE que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
  - En el 2º casillero el número de participantes.
  - En el 3º casillero las siglas del módulo educativo en el cual se capacito, por ejemplo:
    - ✓ ALI = Módulo Educativo de Alimentación Saludable
    - ✓ LMA= Módulo Educativo de Lavado de Manos
    - ✓ SBU = Módulo Educativo de Salud Bucal
    - ✓ SO = Módulo Educativo de Salud Ocular
    - ✓ AF = Módulo Educativo de Actividad Física
    - ✓ SVI = Módulo Educativo de Seguridad Vial
- Metales Pesados no requiere este rubro

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>B</del>	R	2	C0005
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<del>B</del>	R	25	U0099
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	SVI	

Quando se registra el módulo educativo terminado se colocará el número de docentes que participaron en todos los talleres

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>B</del>	R	TP	C0005
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	<del>B</del>	R	25	U0099
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	SVI	

Docente capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje que contribuya a la disminución de las enfermedades no trasmisibles deberá registrar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero: Visita de monitoreo
- En el 2º casillero: Actividades de daños no transmisibles  
 Si es una sesión relacionada a la exposición a metales pesado se colocará: Actividades de Metales Pesados = U0010

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: número de reunión
- En el 2º casillero el número de alumnos participantes del proyecto o sesión educativa
- En el 3º casillero: las siglas del módulo educativo en el cual se capacito:
  - ✓ ALI = Alimentación Saludable
  - ✓ LMA= Lavado de manos
  - ✓ SBU = Salud Bucal
  - ✓ SO = Salud Ocular
  - ✓ AF = Actividad Física
  - ✓ SVI = Seguridad Vial

Metales Pesados no requiere este rubro

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	B	R	2	C7001
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de daños no transmisibles	P	B	R	25	U0099
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	SVI	

### ORGANIZACIONES COMUNITARIAS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCION DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS (4398804)

Son las organizaciones comunitarias adscritas al Gobierno Local que cuenten o no con Agentes Comunitarios de la Salud y/o voluntarios, capacitado sobre las consecuencias en la salud de la población expuesta a la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos en el territorio (municipio) para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.

La modalidad de entrega de este servicio es a través de:

- Reuniones con el gobierno local
- Talleres de capacitación
- Seguimiento a las acciones de vigilancia comunitaria.

Dichas actividades se realiza en locales comunales, salas municipales u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.

Reuniones con el gobierno local sobre zonas de riesgo y el impacto en la salud por exposición a la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados = U0010

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión
- En el 2º casillero el número de participantes



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C0001
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades de metales pesados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	U0010
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

Identificación de organizaciones comunitarias con base en el padrón del gobierno local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de Salud considerando las zonas de riesgo detectadas.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de organizaciones participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso "FO" para indicar Fase de organización

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	D	R	5	C0001
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades de metales pesados	P	D	R	FO	U0010
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

Coordinar con el gobierno local el proceso de asistencia técnica y acompañamiento en la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria (contenidos claves, instrumentos y metodologías).

De ser el caso, la Red/MR articulará las acciones con el establecimiento de salud de la zona.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP108 Actividad en comunidad

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

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

- En el 1º casillero Taller para Municipios
- En el 2º casillero Vigilancia de metales pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de organizaciones.
- En el 2º casillero el número de participantes.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP108	10	12		A	M	PC		PESO	N	N	1. Taller para municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0004
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Vigilancia en metales pesados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C6121
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

Nota: Para el tema de metales pesados se ha considerado el APP108 para registrar el taller de municipios dirigido a juntas vecinales, organizaciones comunitarias y agentes comunitarios en salud.



**Reporte trimestral de la vigilancia comunitaria a la municipalidad y Red/MR.**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en comunidad

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

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo 1, 2, 3... Según corresponda
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7001
				M			TALLA	C	C	2.Actividades de metales pesados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0010
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Quando se haya entregado el informe final al gobierno local se deberá incluir:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en comunidad

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

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número 1, que representa entrega del informe.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7003
				M			TALLA	C	C	2.Actividades de metales pesados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0010
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

## PP 0024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

**FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS. (3000361).**

**CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS (5005998).**

- |   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | Funcionarios municipales sensibilizados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer (0215071). | 74 |
| 2 | Docentes capacitados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer (0215072).                    | 76 |



## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS CÁNCER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0066	Actividades de Prevención del Cáncer		<b>APP</b>
		APP101	Actividad con Municipio
		APP96	Actividad con Comité Multisectorial
		APP136	Familia y vivienda
		APP93	Actividad con Institución Educativa
		APP144	Actividades con Docentes
		APP146	Actividades con Padres de Familia
			<b>CAMPO LAB</b>
		PP	Planificación participativa
		TA	Tabaco y alcohol /Módulo educativo
		HIG	Higiene y cuidado ambiente/ Módulo educativo
		SSI	Salud sexual y reproductiva
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa
	<b>SESIONES</b>		
C0009	Sesión educativa		
	<b>GESTIÓN</b>		
C0001	Reunión en Municipio		
C7001	Reunión de monitoreo		
C0002	Reunión en Instituciones Educativas		
C7003	Reunión o visita de evaluación		
	<b>TALLERES</b>		
C0005	Taller para Instituciones Educativas		
C0004	Taller con Municipios		

**PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMÓN COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS. (3000361)**

Se refiere a aquellas familias ubicadas en distritos priorizados que reciben conocimientos en prácticas saludables de utilidad para prevenir los diferentes tipos de cáncer, mediante sesiones educativas organizadas por el personal de salud y otros actores sociales comprometidos con la implementación de políticas de salud, educación y desarrollo comunitario dirigidas a lograr entornos saludables para reducir el riesgo de cáncer. Las sesiones educativas se desarrollan en locales comunitarios o locales municipales o en instituciones educativas. Para su desarrollo la DIRESA/GERESA define distritos priorizados en reunión de consenso desarrollado por representantes de epidemiología, promoción de la salud y control y prevención del cáncer o quienes hagan sus veces. Priorizadas los municipios se coordina con las municipalidades para elaboración de un plan concertado para promover prácticas y entornos saludables de utilidad para la prevención del cáncer, considerándose los siguientes temas:

- ✓ Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco)
- ✓ Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol)
- ✓ Protección contra la radiación solar
- ✓ Protección contra el Virus del papiloma humano (VPH)

El plan en mención contiene el desarrollo de capacitaciones a actores sociales priorizados para este tema: funcionarios municipales y docentes de instituciones educativas; además de actividades concertadas con la municipalidad acorde al tipo de cáncer de mayor frecuencia en el distrito.

**FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (0215071).**

**Reunión de coordinación:** El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificados y logra compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer y la asignación presupuestal al PP 024.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

En el ítem Actividad de salud:

En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios

En el 2° casillero colocar Actividades de prevención del cáncer

En el ítem Lab se registrará:

En el 1° casillero el número de reunión

En el 2° casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Reunión en municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0001	
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0086
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

Asistencia técnica en elaboración y ejecución del plan de promoción de prácticas y entornos saludables

Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan de promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer, el cual se desarrolla con el comité multisectorial instalado por la municipalidad e incluye: 1ºSectorización del distrito. 2ºMapeo de las organizaciones sociales de base e instituciones educativas. 3ºDesarrollo de políticas públicas o intervenciones dirigidas a reducir el consumo de tabaco, consumo de alcohol, exposición solar, infección por el VPH. 4ºProgramación de la capacitación de las organizaciones sociales de base adscritas al municipio.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP96 Actividad con Comité Multisectorial

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

En el ítem Actividad de salud:

- En el 1º casillero colocar Taller con Municipios y su código.
- En el 2º casillero colocar Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller 1 o 2
- En el 2º casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller con municipios	P	<del>B</del>	R	1	C0004
					M			TALLA		C	C		2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<del>B</del>	R	13	U0086
					D	F	Pab	Hb		R	R		3.	P	D	R		

Sesiones educativas

- ✓ Sesiones educativas a familias (representadas por un miembro o más) de los comités de vasos de leche y/o comedores populares) convocados por la municipalidad y desarrollados por el personal de salud. Cada sesión educativa tiene una duración de 40 minutos y participan hasta 30 personas. Las familias pueden recibir hasta cuatro sesiones considerando los siguientes temas: 1º Consumo y exposición al humo de tabaco. 2º Reducción del consumo de alcohol. 3º Protección contra la radiación solar. 4º Protección contra el VPH, las cuales deben desarrollarse y registrarse según orden numérico.

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP136 Actividades con Familia

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa y su código.
- En el 2º casillero Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión que va del 1(tabaco) 2 (alcohol) ,3 y 4.
- En el 2º casillero, el número de participantes.
- En el 3º casillero ,las siglas del tema a trabajar  
TA= Tabaco y alcohol.  
HIG= Higiene y cuidado del ambiente (exposición solar, desinfección de agua y alimentos).  
SSI= Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama).



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP136		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M					C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U0086
					D	F	Pab			Hb	R	3.	P	D	R	TA	

**Reunión de monitoreo**

Se monitoriza las acciones del plan de promoción de prácticas y generación de entornos saludables frente al cáncer. Se desarrollan dos reuniones (una semestral y otra anual) y participan los funcionarios de la municipalidad en coordinación con el personal de la red o microred de salud y representantes de las instituciones involucradas en el comité multisectorial.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP96 Actividad con Comité Multisectorial.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".

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

- En el 1º casillero escribir reunión de monitoreo y su código.
- En el 2º casillero Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP96		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M					C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0086
					D	F	Pab			Hb	R	3.	P	D	R		

**DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (0215072).**

**Reunión de Coordinación y/o concertación**

Los representantes de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud según corresponda, en reunión con autoridades y/o funcionarios de la Dirección Regional de Educación y/o UGL, socializan la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificado y logran compromisos de asistencia técnica a docentes para el acompañamiento en la inclusión de contenidos sobre el cáncer en el Plan Anual de Trabajo y el desarrollo de sesiones educativas y/o proyectos de aprendizaje.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP93 Actividades con Institución Educativa.

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

- En el 1º casillero colocar: Reunión en Instituciones Educativas y su código.
- En el 2º casillero colocar: Actividades de prevención del cáncer y su código.

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar el número de reunión.
- En el 2º casillero escribir el número de participantes.
- En el 3º casillero colocar con quien se realiza la reunión:
  - ✓ UGL=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - ✓ IE=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP93		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U0086
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	IE	

Asistencia técnica a docentes

Para la implementación de los proyectos de aprendizaje que contribuyan a la disminución de los problemas sanitarios priorizados (02 sesiones educativas de dos horas de duración cada una), pudiendo elegir entre los siguientes temas: 1.Consumo y exposición al tabaco y alcohol. 2. Protección contra la radiación solar. 3. Protección contra el VPH. Los talleres incluyen el compromiso de los docentes a desarrollar sesiones educativas y/o proyectos de aprendizaje, dirigido a los estudiantes; así como convocar a reuniones de padres de familia y coordinar con el personal de salud para el desarrollo de estos temas.

Para registrar los talleres dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el CódigoAPP144 Actividades con Docentes.  
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero: Taller para Instituciones Educativas y su código.
- En el 2º casillero: Actividades de Prevención del Cáncer y su código.

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller, 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del módulo/cartilla educativa en el cual se capacitó, por ejemplo:
  - ✓ TA= Control de tabaco y alcohol.
  - ✓ HIG= Higiene y cuidado del ambiente (exposición solar, desinfección de agua y alimentos).
  - ✓ SSI= Salud sexual y reproductiva (VPH-mamas).

Cuando se desarrolla las sesiones educativas: Ejemplo 2º sesión

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0005
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	23	U0086
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	TA	

Sesiones educativas a padres de familia de APAFA (representadas por un miembro o más)

Convocados por docentes de instituciones educativas priorizadas en articulación con el personal de salud. Cada sesión educativa presenta una duración de 40 minutos y pueden participar hasta 30 personas. Las familias pueden recibir hasta tres sesiones educativas considerando los siguientes temas: 1º Consumo de Tabaco y alcohol. 2º Protección contra la radiación solar. 3º Protección contra el VPH.



En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP146 Actividades con Padres.

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

- En el 1º casillero: Sesión educativa y su código
- En el 2º casillero: Actividades de prevención del cáncer y su código.

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

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión educativa 1,2, 3.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del módulo/cartilla educativa en el cual se capacitó, por ejemplo:
  - ✓ TA= Tabaco y alcohol.
  - ✓ HIG= Higiene y cuidados del ambiente (exposición solar y desinfección de agua y alimentos).
  - ✓ SSI= Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP146		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M				TALLA	C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U0086
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		HIG

Reunión de evaluación de la implementación del Plan Anual de Trabajo de la institución educativa. (01 reunión de 01 hora de duración).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el CÓDIGO APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero: Reunión de evaluación y su código.
- En el 2º casillero: Actividades de prevención del cáncer y su código.

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: el número de alumnos participantes del proyecto o sesión educativa.
- En el 2º casillero: las siglas del módulo/cartilla educativa en el cual se capacitó:
  - ✓ TA= Tabaco y alcohol.
  - ✓ HIG= Higiene y cuidado del ambiente (exposición solar y desinfección de agua y alimentos).
  - ✓ SSI= Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C7003
					M				TALLA	C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		SSI
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

## PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

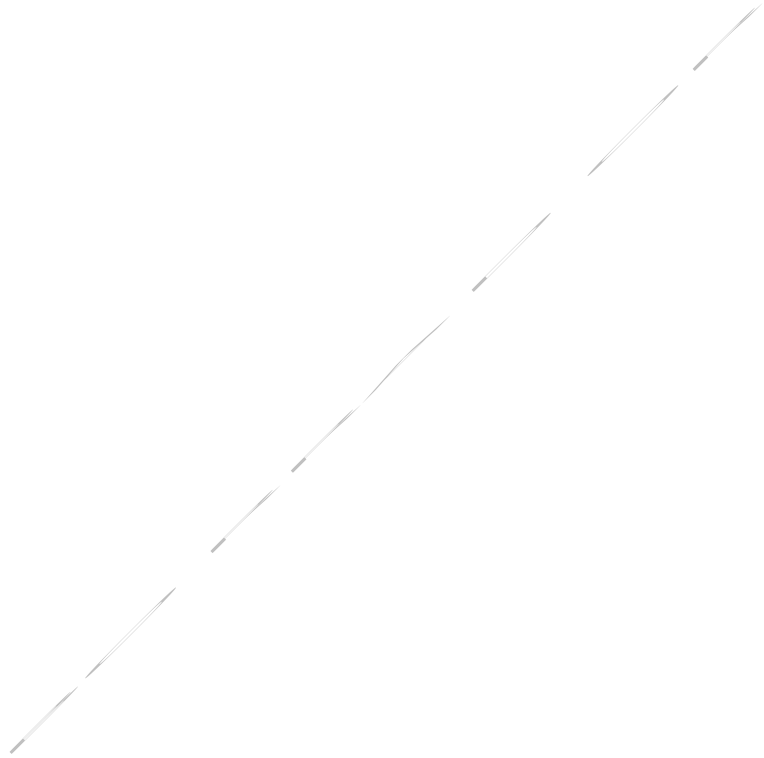
### PRODUCTO: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)

#### Actividad 1: PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CONGESTANTES, PUÉRPERAS Y/O CON MENORES DE 5 AÑOS (5006070)

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Visitas domiciliarias a familia para promover prácticas de convivencia saludable. (0070601). | 81 |
|---|--|----|

#### Actividad 2: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE (5006071)

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 2 | Consejo Municipal y Comité Multisectorial capacitados promueven la implementación del sistema de vigilancia ciudadana y los grupos de apoyo a víctimas de violencia física causada por la pareja (0070602) | 85 |
| 3 | Mujeres de organizaciones sociales capacitadas realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja (0070603)  | 86 |
| 4 | Docentes y Padres de Familia Capacitados promueven la Convivencia Saludable desde la Institución Educativa (0070603)   | 88 |





**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL  
PRODUCTO FAMILIAS SM**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
U0066	Actividades en Salud Mental	<b>APP</b>	
		APP101	Actividad con Municipio
		APP96	Actividad con Comité Multisectorial
	<b>CONSEJERIA</b>	APP108	Actividad en Comunidad
Z33X	Estado de embarazo	APP151	Actividad con Mujeres
99344	Visita domiciliaria	APP93	Actividad con Institución Educativa
		APP144	Actividades con Docentes
	<b>GESTIÓN</b>	APP146	Actividades con Padres de Familia
C0001	Reunión en Municipio		
C7003	Reunión de evaluación		
C0003	Reunión en Comunidad	<b>CAMPO LAB</b>	
C7001	Reunión de Monitoreo	COO	Coordinación
C0002	Reunión en Instituciones Educativas	PP	Planificación participativa
C7004	Asistencia Técnica	FSE	Fase de sensibilización
		VCO	Vigilancia Comunitaria
	<b>TALLERES</b>	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
C0005	Taller para Instituciones Educativas	IE	Institución Educativa
C0004	Taller con Municipios	IN	IE nivel inicial
C0006	Taller para la Comunidad	TP	IE nivel primario
		TS	IE nivel secundario
		TE	IE nivel especial

**PRODUCTO: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)**

Se interviene en aquellas familias con madres gestantes, puérperas y/o con niños menores de cinco años. Reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos sobre convivencia saludable. Los contenidos pueden variar, según la característica de cada familia, así por ejemplo en gestantes se abordará la aceptación y pensamientos positivos del embarazo, el rol de padres y los vínculos afectivos; en familias con menores de un año se abordará aspectos sobre el cuidado psicoafectivo para prevenir la depresión post parto, y buenas prácticas de crianza; entre el primer y segundo año se abordarán las formas para el establecimientos de límites y la gestión de las emociones; entre los dos y cinco años se abordarán los temas sobre la construcción de la identidad, de la autonomía, el autocuidado, la comunicación asertiva y desarrollo de capacidades de afrontamiento. El personal de salud capacitado realiza a través de consejerías, mediante visitas domiciliarias. Se considera familia intervenida, cuando se completan las visitas al año, según corresponda.

**VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE CONVIVENCIA SALUDABLE. (0070601).**

Para ello desarrollarán tres visitas a las familias con gestantes y ocho visitas a familias con menores de cinco años, según se indica. Se realiza en la casa de la familia, local comunal u otro espacio de la comunidad

Consejería a familias con gestantes, se realiza en tres visitas de 45 minutos:

- Primera visita, se realiza al inicio de la gestación, a fin de afirmar la aceptación del embarazo.
- Segunda visita, se realiza entre las semanas 16 y 22 de gestación a fin de fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- Tercera visita, se realiza entre las semanas 36 y 38 de gestación, a fin de orientar el cuidado psicoafectivo con énfasis en el vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero Estado de Embarazo
- En el 2º casillero Visita domiciliaria
- En el 3º casillero Actividades en salud mental

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre de gestación 1, 2 o 3, según corresponda
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria 1, 2 o 3 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	84751247		Sechura	4	A	M	PC			PESO	N	N	1. Estado de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z33X
	91121				<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
						D				Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Actividades en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Consejería a familias con menores de cinco años, cada visita tiene una duración de 45 minutos:

- Primera visita a puérperas se realiza a los 7 días del parto, con el propósito de fortalecer el cuidado psicoafectivo y prevenir la depresión post parto
- Segunda visita se realiza a partir de 2 meses hasta los 6 meses, con el propósito de compartir orientación en buenas prácticas de crianza.

- Tercera visita se realiza a partir de los 7 meses hasta los 12 meses, con el propósito de compartir orientación en establecimientos de límites.
- Cuarta visita se realiza a partir de los 13 meses hasta los 18 meses, con el propósito de compartir orientaciones en gestión de las emociones
- Quinta visita se realiza a partir de los 19 meses hasta los 24 meses, con el propósito de compartir orientaciones en construcción de la identidad
- Sexta visita se realiza a partir de los 25 meses hasta los 36 meses, con el propósito de compartir orientaciones en construcción de la autonomía y el autocuidado
- Séptima visita se realiza a partir de los 37 meses hasta los 48 meses, de orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego
- Octava visita se realiza a partir de los 49 meses hasta los 60 meses de orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento-resolución de conflictos

El orden de visita es referencial, pues en el presente año se puede programar la primera visita a un menor de 6 meses a más; sin embargo el tema a abordar será el correspondiente a su edad.

Se considerara actividad cumplida según los siguientes parámetros:

**MENOR DE UN AÑO= Familias con Conocimiento en Pautas de crianza**

- Cumplir con la 1°, 2° y 3° visita domiciliaria
- Se desarrollara en familias que cuenten con niños menores hasta los 12 meses

Se registra en salud mental el número de visita:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del menor

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

- En el 1° casillero Visita domiciliaria.
- En el 2° casillero Actividades en salud mental.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero se registrara el número de visita domiciliaria según detalle:  
1 = Primera visita (a los 7 días de parto)  
2 = Segunda visita (del 2do mes hasta los 6 meses)  
3 = Tercera visita (7mo hasta los 12 meses)
- En el 2° casillero registre el número de meses cumplidos del menor, a partir del 7mo día hasta los 12 meses, según corresponda al número de visita, según lo siguiente:  
\*Registrar 1 en campo LAB correspondiente a la **PRIMERA VISITA** (día 7) que corresponderá al primer mes  
\*Para los siguientes meses de edad del menor se consignara según corresponda (del 2do mes hasta los 12 meses)
- En el 3° Casillero Registrar Termino de Actividad con la sigla "TA" al culminar la tercera visita.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	84751247		Sechura	4	M	PC		N	N	1. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99344
	91121			4	F	Pab		R	R	2. Actividades en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	U0066
											P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U0066

**UN AÑO= Familias con Conocimiento en emociones e identidad**

- Cumplir con la 4° y 5° visita domiciliaria
- Se desarrollara en familias que cuenten con niños menores, desde los 13 meses hasta los 24 meses

Se registra en salud mental el número de visita:



En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del menor

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

- En el 1º casillero Visita domiciliaria
- En el 2º casillero Actividades en salud mental.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registrara el número de visita domiciliaria según detalle:  
4 = Cuarta visita (De los 13 hasta 18 meses)  
5 = Quinta visita (De los 19 hasta 24 meses)
- En el 2º casillero registre el número de meses cumplidos del menor, a partir del 13 hasta los 24 meses, según el número de visita.
- En el 3º Casillero Registrar Termino de Actividad con la sigla "TA" al culminar la Quinta visita.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
	84751247		Secura	4	A	M	PC	X		PESO		N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	R	4	99344
					M			X		TALLA		X	X	2. Actividades en salud mental	P	X	R	18	U0066
	91121				D	F	Pab	X		Hb		X	X		P	X	R	TA	

**DOS AÑOS = Familias con Conocimiento en Autonomía y Autocuidado**

- Cumplir con la 6º visita domiciliaria
- Se desarrollara en familias que cuenten con niños menores, desde los 25 hasta los 36 meses (Niño de 03 Años)

Se registra en salud mental el número de visita:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del menor

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

- En el 1º casillero Visita domiciliaria
- En el 2º casillero Actividades en salud mental

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registrara el número de visita domiciliaria según detalle:  
6º = Sexta visita (De los 25 hasta 36 meses)
- En el 2º casillero registre el número de meses cumplidos del menor, a partir de los 25 hasta los 36 meses.
- En el 3º Casillero Registrar Término de Actividad con la sigla "TA" al culminar la Sexta visita.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
	84751247		Secura	4	A	M	PC	X		PESO		N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	R	6	99344
					M			X		TALLA		X	X	2. Actividades en salud mental	P	X	R	28	U0066
	91121				D	F	Pab	X		Hb		X	X		P	X	R	TA	

**TRES AÑOS= Familias con Conocimiento en comunicación asertiva**

- Cumplir con la 7° visita domiciliaria
- Se desarrollara en familias que cuenten con niños menores, desde los 37 hasta los 48 meses (Niño de 04 Años)

Se registra en salud mental el número de visita:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del menor

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

- En el 1° casillero Visita domiciliaria
- En el 2° casillero Actividades en salud mental

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero se registrara el número de visita domiciliaria según detalle:  
7° = Séptima visita (De los 37 hasta 48 meses)
- En el 2° casillero registre el número de meses cumplidos del menor, a partir de los 37 hasta los 48 meses.
- En el 3° Casillero Registrar Termino de Actividad con la sigla **"TA"** al culminar la Séptima visita.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
84751247			Secura	4	A	M	PC	X		PESO		N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	R	7	99344
					M					TALLA		C	E	2. Actividades en salud mental	P	X	R	42	U0066
91121					D	F	Pab	X		Hb	X	R	R		P	X	R	TA	

**CUATRO AÑOS = Familias con Conocimiento en habilidades de afrontamiento**

- Cumplir con la 8° visita domiciliaria
- Se desarrollara en familias que cuenten con niños menores, desde los 49 hasta los 60 meses (Niño de 05 Años)

Se registra en salud mental el número de visita:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del menor

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

- En el 1° casillero Visita domiciliaria
- En el 2° casillero Actividades en salud mental

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero se registrara el número de visita domiciliaria según detalle:  
8° = Octava visita (De los 49 hasta 60 meses)
- En el 2° casillero registre el número de meses cumplidos del menor, a partir de los 49 hasta los 60 meses.
- En el 3° Casillero Registrar Término de Actividad con la sigla **"TA"** al culminar la Octava visita.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	84751247		Secura	4	A	M	PC			N	N	1. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	99344
					M					S	S	2. Actividades en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	55	U0066
	91121				D	F	Pab			R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	

**CONSEJO MUNICIPAL Y COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADOS PROMUEVEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA CIUDADANA Y LOS GRUPOS DE APOYO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA (0070602)**

Se realiza a través de reuniones de trabajo desarrolladas por el personal de la Red/MR de salud según corresponda; quien reúne previamente con el equipo de gestión para consensuar e integrar la información relacionada a la violencia familiar, la que será socializada; esta reunión dura al menos una hora. Luego brinda asistencia técnica al Consejo Municipal y Comité Multisectorial o quien haga sus veces, mediante reuniones que se realizan en el local de la municipalidad o local comunal, con quienes realiza las siguientes acciones:

Reunión de Concertación

Se desarrolla durante una hora y se realiza: • La socialización de la información consensuada, así como el impacto de la violencia, en la salud y en el desarrollo humano; • Sectorización y priorización territorial homologada entre Salud y el gobierno local; • Identificación de las organizaciones sociales presentes en el distrito, incluye las instituciones educativas y agentes comunitarias en salud; • Elaboración conjunta de un cronograma de acciones

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP101 de Consejo Municipal (Otras Organizaciones No Mencionadas)

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

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

- En 1° casillero: Reunión en Municipios
- En 2° casillero: Actividades de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero la sigla "COO" para indicar el tipo de reunión

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP101		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1. Reunión en municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0001
					M					C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	COO	U0066
					D	F	Pab			R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Reunión de Planificación, a fin de fomentar la participación de las organizaciones sociales para implementar el sistema de vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja. Tiene una duración una hora y realizan:

- Priorización de las organizaciones sociales presentes en el distrito, incluye las instituciones educativas
- Definición conjunta de las estrategias y acciones para fortalecer la participación de las



organizaciones sociales en la vigilancia ciudadana y las acciones de las instituciones educativas para promover la convivencia saludable

- Establecimientos de responsabilidades, acuerdos y fecha de intervenciones

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP96 Comité multisectorial

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

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

- En 1° casillero: Taller para Municipios
- En 2° casillero: Actividades de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero la sigla "PP" para indicar planificación participativa

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP96		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Taller para municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C0004
					M	F	Pab			TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PP	U0066
					D					Hb	R	R	3.	P	D	R		

Reunión de Evaluación de la implementación de estrategias y acciones para el fortalecimiento de la participación de las organizaciones sociales. Tiene una duración dos horas y realizan: • Identificación de los logros • Identificación de las dificultades y los nudos críticos • Identificación de las lecciones aprendidas • Establecimientos de acuerdos y compromisos para mejorar la gestión

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP96 Comité multisectorial

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

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

- En 1° casillero: Reunión de evaluación
- En 2° casillero: Actividades de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero registrar el término de la actividad con la sigla "TA", que se considera como municipio capacitado.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP96		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C7003
					M	F	Pab			TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U0066
					D					Hb	R	R	3.	P	D	R		

**MUJERES DE ORGANIZACIONES SOCIALES CAPACITADAS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA (0070603)**

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda. Para implementar estas acciones deberá identificar las organizaciones sociales, de las comunidades priorizadas. Estas actividades se realizan en el local de la comunidad, de la Red/MR de salud o la que se acuerde para tales fines.

El personal del establecimiento de salud realizará:

Incidencia ante las organizaciones comunitarias para la implementación de la vigilancia comunitaria y conformación de grupos de apoyo. Una reunión de 45 minutos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP108 Actividad en comunidad

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

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Reunión en comunidad
- En segundo casillero: Actividades de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso “FSE” para indicar Fase de Sensibilización

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP108		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0003
					M					C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FSE	U0066
					D	F	Pab			R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

Capacitación a las mujeres líderes de las organizaciones sociales y conformación conjunta del sistema de vigilancia comunitaria, incluye los grupos de apoyo a mujeres víctimas de violencia de pareja. Un taller de 90 minutos.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)

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

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Taller para la comunidad
- En segundo casillero: Actividades de salud mental

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 2º casillero el tipo de taller “VCO” para indicar vigilancia comunitaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	APP151		Tarapoto		A	M	PC			N	N	1.Taller para la comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0006
					M					C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VC O	U0066
					D	F	Pab			R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	R		

Monitoreo a la implementación de la vigilancia ciudadana de las organizaciones sociales, se realiza mediante:

- Una reunión (1) para conocer el registro de familias vulnerables, en la cual se identifican las mujeres y niños de la comunidad víctimas de violencia, y elaborar el cronograma de acciones. Tiene una duración de 1 hora
- Dos reuniones (2, 3) de acompañamiento a las líderes, incluye a los grupos de apoyo, quienes presentan sus casos y estrategias empleadas. Cada reunión tiene una duración de 1 hora como mínimo.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)

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

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:



- En 1º casillero: Reunión de monitoreo
- En 2º casillero: Actividades de salud mental

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero anote el número de reunión de monitoreo 1, 2 o 3
- En el 2º casillero anote el número de mujeres que participan en la reunión
- En el casillero 3 anote "TA" cuando se haya concluido la 3ra reunión.

DIA	D.N.I.	FINANC ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
	APP151		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7001
					M			FALLA		C	C	2.Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	U0066
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	TA	

**DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA CAPACITADOS PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (0070603)**

Se realiza a través de reuniones de asistencia técnica desarrolladas por el personal de salud de la Micro Red, con el acompañamiento del coordinador responsable de Promoción de la salud de la Red de salud según corresponda, quien realizará:

- ✓ Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local – UGL, para la programación conjunta con de la hoja de ruta para la capacitación en su ámbito, dirigida a docentes y directivos. Se realiza en una reunión de 45 minutos (1º reunión).
- ✓ Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación inicial, en los temas: establecimiento de límites y comunicación asertiva. Se realiza en un taller de 4 horas (2º reunión).
- ✓ Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primaria, en los temas: gestión de las emociones, empatía y el autocuidado. Se realiza en un taller de 4 horas (3º reunión).
- ✓ Capacitación a tutores y directivos de instituciones educativas del nivel de educación secundaria, en los temas: habilidades para la vida y habilidades de afrontamiento la capacidad de recuperación y el autocuidado. Se realiza en un taller de 4 horas (4º reunión).

Estas actividades se realizan en el local de la UGL o la que se designe para tales fines. El personal del Establecimiento de Salud, realizará:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas según corresponda: 1, 2, 3, 4
- En el 2º casillero, colocar Actividades de Salud Mental

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - \* IN= que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - \* TP= que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - \* TS= que corresponde a IE del nivel Secundaria.



DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP93		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0066
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	TP	

El personal del Establecimiento de Salud, realizará:

Incidencia a los directivos y docentes capacitados por la Micro Red de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. Se desarrollara Una reunión de 30 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: APP93 Actividades con instituciones educativas.

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas.
- En el 2º casillero Actividades de salud mental

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - \* IN= que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - \* TP= que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - \* TS= que corresponde a IE del nivel Secundaria.

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP93		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0002
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0066
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	TP	

Acompañamiento al docente, en la implementación de proyectos y sesiones de aprendizaje. Una reunión de 30 minutos, por cada institución educativa se acompañará al menos 2 tutores (incluye las instituciones unidocente). Por Cada I.E. se desarrollaran al menos 2 visitas de acompañamientos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: APP144, Actividades con docentes

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de salud mental

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión: 1 o 2.
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes.
- En 3º casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - \* IN= que corresponde a IE del nivel Inicial
  - \* TP= que corresponde a IE del nivel Primaria
  - \* TS= que corresponde a IE del nivel Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIG O CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	U0066
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	IN	

Acompañamiento al directivo, en el monitoreo pedagógico. Una reunión de 30 minutos, por cada institución educativa se acompañará al menos 2 tutores (incluye las instituciones unidocente). Por Cada I.E. se desarrollaran 01 acompañamiento.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: APP144 Actividad con Docentes

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de salud mental

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se coloca el número de participantes.
- En 2º casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:

\* IN= que corresponde a IE del nivel Inicial

\* TP= que corresponde a IE del nivel Primaria

\* TS= que corresponde a IE del nivel Secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							
	APP144		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IN	U0066
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

Capacitación a padres de familia. Esta actividad se realiza en la Institución Educativa a través de **dos** sesiones, con una duración de 2 horas y se desarrollara en los tres niveles de educación: nivel inicial, nivel primario, nivel secundario.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP146 Actividades con Padres

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Salud Mental

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

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller.
- En el 2º casillero el número de participantes
- En 3º casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:

\* IN= que corresponde al nivel Inicial

\* TP= que corresponde al nivel Primaria

\* TS= que corresponde al nivel Secundaria



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____							
	APP146		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0005
					M					TALLA		C	2. Actividades de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	U0066
					D	F	Pab			Hb		R	3.	P	D	R	TP	

## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN PROGRAMAS PRESUPUESTALES

1	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Familias	94
2	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Instituciones Educativas	100
3	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Comunidades	112
4	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Centros Laborales	114
5	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Municipios	118
6	Actividades de Promoción de la Salud con Personal de Salud	122

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U001	Actividades de Articulado Nutricional		<b>APP</b>
U0010	Actividades de Metales Pesados	APP136	Actividades Familia y Vivienda
U0098	Actividades de Salud Ocular	APP143	Actividades del Adulto Mayor
U0042	Actividades en Adulto Mayor	APP93	Actividad con Institución Educativa
U0089	Actividades de Dengue	APP107	Actividad en Centro de Expendio de Alimentos
U0075	Actividades de Chikungunya	APP144	Actividades con Docentes
U0076	Actividades de Zika	APP146	Actividades con Padres de Familia
U0103	Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Tránsito	APP149	Actividades con Manipuladores de Alimentos
U0102	Actividades de Emergencias y Desastres	APP166	Actividades con Líderes Escolares
U0101	Actividades de Promoción de la Salud	APP163	Actividades con Universidades
U0031	Actividades de Materno Neonatal	APP108	Actividad en Comunidad
U0008	Actividades de Tuberculosis	APP91	Actividad con Junta Vecinal
U0099	Actividades de Daños no Transmisibles	APP168	Actividad con Centros Laborales
U0013	Actividades de Personas con Discapacidad	APP101	Actividad con Municipio
U0086	Actividades de Prevención del Cáncer	APP100	Actividad con Personal de Salud
	<b>SESIONES</b>		<b>GESTIÓN</b>
C0009	Sesión Educativa	C7003	Reunión de evaluación
C0010	Sesión Demostrativa	C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C2062	Orientación Familiar	C0003	Reunión en Comunidad
		C7001	Reunión de Monitoreo
	<b>CONSEJERIA</b>	C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
99401	Consejería Integral	C7004	Asistencia Técnica
99344	Visita domiciliaria	C0001	Reunión en Municipio
C2061	Consejería Familiar	U124	Capacitación
	<b>TALLERES</b>		<b>CAMPO LAB</b>
C0005	Taller para Instituciones Educativas	ALI	Alimentación Saludable/Módulo Educativo
C0004	Taller para Municipios	LMA	Lavado de manos/Módulo Educativo
C0006	Taller para la Comunidad	SBU	Salud Bucal/Módulo Educativo
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	SO	Salud Ocular/Módulo Educativo



	<b>CAMPO LAB</b>		<b>CAMPO LAB</b>
VR	Vivienda recuperada	LP	Logro Previsto
PDS	Promotor de Salud/Agente Comunitario de Salud	TA	Logro Destacado
ST	Trabajador de Salud	MT	Metaxénicas/Módulo Educativo
CA	Cáncer / Logro en proceso	ZOO	Zoonóticas/Módulo Educativo
DIS	Discapacidad	EMG	Emergencias y desastres/Módulo Educativo
IA	Logro en inicio	CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
AF	Actividad Física/Módulo Educativo	FCO	Fase de Concertación
SVI	Seguridad Vial/Módulo Educativo	FP	Fase de Planificación
CMP	Contaminación Metales Pesados	FAS	Fase de Asistencia Técnica
IN	Módulo terminado en IE nivel primario	SIS	Fase de Sistematización
TS	Módulo terminado en IE nivel secundario	COO	Coordinación
TE	Módulo terminado en IE nivel especial	HA	Higiene y Ambiente
PP	Planificación Participativa	SSI	Salud Sexual y Reproductiva
PSA	Prácticas Saludables	HPV	Habilidades para la Vida
FSE	Fase de Sensibilización	VSX	Violencia de Género
CSV	Convivencia Saludable	GT	Gestión Territorial
GD	Género, Derechos e Interculturalidad		

## FAMILIAS

### Registro de actividades para las sesiones educativas en metales pesados para la reducción de la exposición por contaminación de metales pesados.

Sesión educativa en prácticas saludables por exposición a metales pesados: Se desarrollarán un total de 03 sesiones educativas con contenidos relacionados a prácticas saludables en:

1. Efectos en la salud y medios/vías de exposición a metales pesados
2. Alimentación y nutrición saludable
3. Conservación e higiene de ambientes de la vivienda.

Cada sesión educativa tendrá una duración de 40 minutos, realizado en cualquier espacio de la comunidad.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de DNI del participante.

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa según corresponda
- En el 2º casillero Actividades en metales pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión, según corresponda: 1, 2 o 3.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	09865765		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0009
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de metales pesados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0010
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

#### Tener en cuenta que:

- ✓ Para registrar las actividades relacionadas a salud ocular de tendrá en consideración el mismo criterio de registro individual (Actividades de Salud Ocular = U0098). No incluye el registro Lab.
- ✓ Las sesiones educativas de exposición por metales pesados se desarrollarán en los distritos de aquellas regiones que presenten contaminación por metales pesados.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	09865765		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0009
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0098
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		



**Sesiones educativas/demostrativas con personas adultas mayores que se desarrollan  
Círculos de la Persona Adulto Mayor\***

\*Círculos de la Persona Adulto Mayor: Son agrupaciones u organizaciones voluntarias de personas adultas mayores que participan de manera activa a favor de la promoción de la salud, la prevención de los riesgos y daños a la salud, así como actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo y productivo para lograr un envejecimiento saludable y activo; que se desarrollan en un establecimiento de salud del primer nivel de atención u otro espacio físico como: parroquia, campos deportivos, locales comunales entre otros. Dicha actividad se registrara de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 143: actividades con persona adultas mayores

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

En el 1º casillero Sesión Educativa o Sesión Demostrativa según corresponda

En el 2º casillero: Actividades en adulto mayor

En el ítem Lab se registrará:

En el 1º casillero según corresponda:

- ✓ ALI = Alimentación Saludable
- ✓ LMA= Lavado de manos
- ✓ SBU = Salud Bucal
- ✓ SO = Salud Ocular
- ✓ AF = Actividad Física
- ✓ SVI = Seguridad Vial
- ✓ CMP = Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados

En el segundo casillero el número de participantes

**Sesión educativa**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
	APP143		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0009
					M			TALLA	C	C	2.Actividades en adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U0042	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

**Sesión Demostrativa**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
	APP143		Tarapoto		A	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					M			TALLA	C	C	2.Actividades en adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	U0042	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

**Registro de actividades para acciones en Metaxénicas:**

a) Intervenciones en Casas reincidentemente positivas (CRP)

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que se encuentran siempre positivas “VP” para criaderos de zancudo. La consejería está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote la dirección de la vivienda y APP136 Actividades con Familias

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

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

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
- En el 2º casillero indicar visita domiciliaria
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - ✓ Actividades de Dengue = U0089
  - ✓ Actividades de Chikungunya = U0075
  - ✓ Actividades de Zika = U0076

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el motivo de la visita “VP” casas reincidentemente positivas.
- En el 2º casillero colocar el número de casas positivas visitadas en total.
- En el 3º casillero indicar el número de miembros de la familia participantes.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP136		Tarapoto		A	M	PC		N	N	1. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VP	99401
					M			TALLA	C	C	2. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	99344
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Actividades de Dengue	P	D	R	36	U0089

b) Intervenciones en Casas cerradas (CC) y reuertes (CR)

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que sus casas se encuentran cerradas o rechazan la intervención educativa o de control. La consejería está basada en las prácticas saludables y actitud colaborativa que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio y comunidad. Puede ser realizada por personal de salud y ACS/autoridades externas (Fiscalía provincial del delito, PNP o Gobierno local)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anótela dirección de la vivienda y APP136 Actividades con Familias

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

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

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
- En el 2º casillero indicar visita domiciliaria
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es



- ✓ Actividades de Dengue = U0089
- ✓ Actividades de Chikungunya = U0075
- ✓ Actividades de Zika = U0076

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el motivo de la visita VR vivienda recuperada
- En el 2º casillero colocar el número de viviendas recuperadas en la jornada.
- En el 3º casillero indicar personal que interviene: Agente comunitario “PDS” / Trabajador de salud “ST”.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP136		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral	P	<del>B</del>	R	VR	99401
				M			TALLA	C	C	2. Visita domiciliaria	P	<del>B</del>	R	23	99344
				D	F	Pab	Hb	R	R	3. Actividades de Dengue	P	D	R	PDS	U0089

**Registro de actividades para acciones frente a lesiones externas**

**a) Intervenciones en establecimientos de salud relacionados a seguridad vial y cultura de tránsito**

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgos de lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de lesiones por accidentes de tránsito: uso de implementos de seguridad (SRI, cinturones de seguridad y casco) y conocimiento y respeto de señales de tránsito.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136** Actividades con Familias

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

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

- En el 1º casillero Orientación familiar y su código
- En el 2º casillero Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Tránsito

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de personas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP136		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación familiar	P	<del>B</del>	R	12	C2062
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Tránsito	P	<del>B</del>	R		U0103
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

**b) Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres**

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgo de bajas temperaturas o lluvias. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de enfermarse durante estas temporadas o a las familias que han sido afectadas y ubicadas en albergues.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136** Actividades con Familias

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

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

- En el 1º casillero Orientación familiar y su código
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de temática que se va a desarrollar:
  - ✓ 1= Temporada de bajas temperaturas
  - ✓ 2= Temporada de lluvias
  - ✓ 3= Familias afectadas por desastres.
- En el 2º casillero indicar el número de personas.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP136		Tarapoto		A	M	PC			PESO	N	N	1.Orientación familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C2062
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de emergencias y desastres	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	25	U0102
					F	Pab				Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Actividades de familias relacionadas al control y prevención del cáncer

#### Consejería Integral

01 Consejería: en alimentación saludable, actividad física, ambientes libres de humo de tabaco, protección a radiación ultravioleta, sexualidad responsable, lavado de manos, consumo de agua segura, vacunación relacionada a la prevención del cáncer. Estas consejerías se realizan de manera individual durante 45 minutos, usando los materiales disponibles para tal fin.

En la HC/ Documento de identidad DNI del jefe/a de familia

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

- En el 1º casillero Consejería familiar
- En el 2º casillero Visita domiciliaria
- En el 3º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería según corresponda.
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria según corresponda.
- En el 3º casillero "CA" para indicar actividades de cáncer.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	84751247		Sechura	4	A	M	PC			PESO	N	N	1.Consejería familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C2061
					M					TALLA	C	C	2.Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
					F	Pab				Hb	R	R	3.Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CA	U0101

### Capacitación en actividades de promoción de la salud orientadas a las personas con discapacidad

Esta actividad está dirigida a personas con discapacidad, familiares y/o cuidadores que tienen a su cargo personas con discapacidad, que acuden a los establecimientos de salud, la cual consiste en realizar consejería para promover prácticas (comportamientos saludables: hábitos y conductas

saludables para personas que tienen discapacidades ) y entornos saludables accesibles para personas con discapacidad (Realizar cambios en los ambientes físico y social para asegurar que las condiciones de vida y trabajo sean más seguras, estimulantes y satisfactorias y mejore su accesibilidad a condiciones ambientales y materiales y a los servicios de información y comunicación) que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad.

El personal de salud capacitado deberá estructurar las siguientes tareas:

01 Consejería en promoción de la salud al año de 45 minutos de duración, realizado en el establecimiento de salud para las personas con discapacidad acompañados por sus familiares y/o cuidadores, en los siguientes temas:

- Reconocimiento de sus derechos,
- Conociendo la discapacidad,
- Modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad,
- Prácticas inclusivas,
- Comunicación asertiva,
- Toma de decisiones y proyecto de vida,
- El auto cuidado del cuerpo y
- Medidas preventivas: que sirvan para evitar agravar secuelas o incrementar la discapacidad.

02 Consejería para reforzar los temas tratados en la primera consejería en actividades de promoción de la salud, de 45 minutos de duración realizada en el establecimiento de salud para las personas con discapacidad, familiares y/o cuidadores.

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

- En el 1º casillero [El diagnóstico de la discapacidad]
- En el 2º casillero la Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero (del diagnóstico de discapacidad) SIEMPRE “R”
- En el 2º casillero SIEMPRE “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero la sigla “DIS” para indica que la consejería es por discapacidad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Límpe															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	84751247		Sechura	4	M	PC		N	N	1.Ceguera de ambos ojos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H540
	91121				F	Pab		R	R	2.Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
										3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DIS	

Es muy importante NO OMITIR la sigla “DIS” para diferenciar las consejerías específicas para discapacidad de las que realizan las estrategias sanitarias

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS:**

**Visitas de Evaluación a Instituciones Educativas**

Se refiere a la evaluación de la implementación del programa en la institución educativa considerando los niveles de logro, las variables y los componentes establecidos en la matriz de evaluación de indicadores de instituciones educativas para el desarrollo Sostenible a fin de lograr comportamientos y ambientes saludables, la visita se realizará en forma conjunta MINSA-MINEDU.

Para registrar las Visitas de Evaluación en las Instituciones Educativas se utilizará:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP93 Actividades con Colegios/Institución Educativa.

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

En el 1º casillero Evaluación Conjunta de IE

En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el campo Lab anote:

- En el 1º casillero se registrará el número de visita realizada 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero el nivel Educativo al que pertenece la I.E:  
IN que corresponde IE del nivel Inicial  
TP que corresponde IE del nivel Primaria  
TS que corresponde IE del nivel Secundaria
- En el 3º casillero el NIVEL DE LOGROS obtenido:
  - ✓ IA = En Inicio (01-40%)
  - ✓ CA = En Proceso (41-70%)
  - ✓ LP = Logro Previsto (71-90%)
  - ✓ TA = Logro Destacado (91-100%)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
	APP93		Camaná		A	M	PC			1. Visita de evaluación conjunta de IE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7003
					M	F	PaB			2. Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	U0101
					D						P	D	R	IA	

**Evaluación de Quioscos Escolares**

Esta actividad consiste en la medición del avance de la implementación de los Quioscos Escolares, de acuerdo al nivel de logro alcanzado. Se realizará 02 veces en el año lectivo, al término del primer bimestre escolar y al término del tercer bimestre escolar. El responsable de la evaluación será el personal de salud del establecimiento de salud de la jurisdicción y en calidad de veedores estarán un representante de comité ambiental y un representante de la APAFA. Dicha evaluación se realizará aplicando la Ficha de Evaluación de Quioscos Escolares (norma vigente) y de acuerdo al nivel e logro alcanzado se le otorgará al Quiosco Escolar el banderín correspondiente.

Para registrar la Evaluación de Quioscos Escolares se utilizará:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP107 Centro de Expendio de Alimento (Quioscos Escolares).

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

- ✓ En el 1º casillero Visitas de Evaluación Conjunta de IE
- ✓ En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el campo Lab se registrará:

- ✓ En el 1º casillero el número de visitas 1 ó 2 según corresponda
- ✓ En el 2º casillero el Nivel Educativo al que pertenece el quiosco:
  - IN que corresponde IE del nivel Inicial
  - TP que corresponde IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde IE del nivel Secundaria
- ✓ En el 3º casillero el NIVEL DE LOGROS obtenidos:
  - IA = En Inicio
  - CA = En Proceso
  - LP = Logro Previsto
  - TA = Logro Destacado

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
APP107			Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1.Visita de evaluación conjunta de IE	P	<del>D</del>	R	2	C7003
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<del>D</del>	R	TP	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	LP	

### Taller Educativo dirigido a docentes

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas frente a las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad. Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP144 Actividades con Docentes

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

- ✓ En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- ✓ En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el ítem Lab se registrará:

- ✓ En el 1º casillero el número de taller 1, 2,... según corresponda y cuando se haya concluido las sesiones registrar de la siguiente manera:
  - IN que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Inicial
  - TP que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - TE que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
- ✓ En el 2º casillero el número de participantes
- ✓ En el 3º casillero las siglas del tema que se capacitó.
  - MT = Metaxénicas
  - ZOO= Zoonóticas



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1.Taller para Instituciones educativas	P	<del>B</del>	R	2	C0005
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	16	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	MT	

Cuando concluye el módulo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1.Taller para Instituciones educativas	P	<del>B</del>	R	TS	C0005
					M			TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	16	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	ZOO	

Quando el docente capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje relacionados a la prevención de las enfermedades metaxénica y zoonóticas se registrará:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP144 Actividades con Docentes

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

- En el 1º casillero Visita de evaluación
- En el 2º casillero: Actividades de promoción de la salud

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: número de reunión
- En el 2º casillero el número de alumnos participantes del proyecto o sesión educativa
- En el 3º casillero: las siglas del tema que se capacitó:
- MT = Metaxénicas
- ZOO= Zoonóticas

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Visita de evaluación	P	<del>B</del>	R	2	C7003
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	16	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	ZOO	

### Reuniones con Padres de Familia

**Definición Operacional.-** Actividad que permite articular con organizaciones de





Asociaciones de Padres de Familia, para el logro de objetivos comunes y potenciar las intervenciones.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP146 Actividades con Padres

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

- ✓ En el 1º casillero Reuniones en Instituciones Educativas
- ✓ En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el campo Lab se registrará:

- ✓ En el 1º casillero el número de reunión
- ✓ En el 2º casillero el número de APAFAS a las que pertenecen los padres participantes de la reunión

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP146		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0002
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	U0101
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R		

### Taller Educativo para Padres de Familia

Actividad dirigida a los padres de familia; constituye la modalidad organizada para facilitar una secuencia de sesiones educativas, permite la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva como bases fundamentales del proceso de aprendizaje con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes en los padres de familia para la promoción de comportamientos saludables en sus hijos e hijas.

Para registrar los talleres educativos dirigidos a padres de familia, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP146 Actividades con Padres

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

- ✓ En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- ✓ En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

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

En el campo Lab se registrará:

- ✓ En el 1º casillero cuando el módulo/cartilla educativo(a) fue terminado(a) registrar de la siguiente manera:
  - IN que corresponde a módulo terminado, en IE del nivel Inicial
  - TP que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - TE que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
- ✓ En el 2º casillero el número de participantes.
- ✓ En el 3º casillero las siglas del módulo educativo en el cual se capacitó, por ejemplo:
  - ALI = Módulo Educativo de Alimentación Saludable
  - LMA = Lavado de Manos
  - SBU = Módulo Educativo de Salud Bucal
  - SO = Módulo Educativo de Salud Ocular
  - AF = Módulo Educativo de Actividad Física



- SVI = Módulo Educativo de Seguridad Vial
- MT = Módulo de Metaxénicas
- EMG= Emergencias y desastres
- ZOO = Zoonóticas
- CMP = Exposición de Metales Pesados (zonas priorizadas)

Cuando concluye el módulo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP146		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>B</del>	R	2	C0005
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	28	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	SO	

**Taller Educativo para Expendedores de Alimentos**

Esta actividad está dirigida a expendedores y manipuladores de alimentos, que prestan servicio en las instituciones educativas. Constituye en desarrollar sesiones educativas y/o sesiones demostrativas a fin de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes para las buenas prácticas en la preparación y manipulación de los alimentos. Para registrar los talleres educativos dirigidos a expendedores de alimentos, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP149 Actividades con Manipuladores de Alimentos

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

- ✓ En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- ✓ En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

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

En el campo Lab se registrará:

- ✓ En el 1º casillero el número de taller 1, 2,... según corresponda y cuando la cartilla educativa fue terminada registrar de la siguiente manera:
  - TP que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - TS que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - TE que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial

- ✓ En el 2º casillero el número de participantes.
- ✓ En el 3º casillero número de instituciones educativas participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP149		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>B</del>	R	1	C0005
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	18	U0101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	9	

Cuando de concluye la capacitación:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE /
-----	--------	---------	-------------------------	------	------	----------------------	---------------------------	----------	----------	--------------------------------	---------------------	-----	--------------

HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO (*)																	P	D	R
	ETNIA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
APP149		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TP	C0005					
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	U0101					
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	9						

### Taller de Capacitación en Promoción de la Convivencia Saludable dirigido a Líderes Escolares

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades de los líderes escolares (del 5to y 6to de primaria y de 1ero a 5to de secundaria) de las instituciones educativas para el desarrollo de prácticas saludables que promuevan la convivencia saludable. Es desarrollada por el personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención y de ser el caso en los establecimientos del segundo nivel de atención que cuentan con población asignada y se realizará en los espacios de la institución educativa, centros de desarrollo juvenil o de la comunidad.

El personal de salud realizará las siguientes actividades:

- ✓ 01 Taller de Capacitación a Líderes Escolares el cual consiste en el desarrollo de un mínimo de 06 sesiones educativas relacionadas con:
  - Conociendo la convivencia saludable y el liderazgo positivo.
  - Fortaleciendo nuestras Habilidades para la Vida.
  - Planificando acciones para promover la convivencia saludable en la escuela.

Registro de las Sesiones Educativas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP166 Actividades con Líderes Escolares

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

- ✓ En el 1º casillero Sesión Educativa
- ✓ En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab se registrara:

- ✓ En el 1º casillero el número de sesión 1, 2...6, según corresponda
- ✓ En el 2º casillero el número de participantes

**Cuando se registra la Sesión Educativa N°6, indicará el taller terminado, y se colocará el número de líderes escolares que participaron en todas las sesiones educativas**

- ✓ En el 3º casillero se colocará "CDJ" solo en el caso que la actividad sea desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP166		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0009
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	U0101
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	CDJ	



**Visita de Monitoreo:**

Esta actividad consiste en realizar una visita a los líderes escolares que han participado del taller para hacer seguimiento del avance de la ejecución de las actividades programadas en el plan de trabajo desarrollado durante las sesiones del taller. Esto permitirá asesorar a los escolares para superar las dificultades que se les presente en el proceso de implementación.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP166 Actividades con Líderes Escolares

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

- ✓ En el 1º casillero Visitas de Monitoreo
- ✓ En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab el número de visitas 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP166		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C7001
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0101
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R		

⇒ **01 Visita de Evaluación:** Esta actividad consiste en una reunión para el análisis de los resultados obtenidos producto de la implementación de las actividades programadas en el plan de trabajo.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE APP166 Actividades con Líderes Escolares

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

- ✓ En el 1º casillero Visitas de Evaluación
- ✓ En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab el número de visitas 1, según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP166		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C7003
					M					TALLA	C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0101
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R		

**Concurso Interescolar para la prevención de las Enfermedades Metaxénicas**

Es aquella intervención que se realiza en las Instituciones Educativas ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que consiste en participar en el concurso de recojo y eliminación de criaderos de zancudos predominantes en esa zona. En un concurso la DREL/UGL invita a participar a un número de instituciones educativas de esa zona en coordinación con salud y gobierno local.

La lógica del concurso es que no solo se recoge los criaderos de la institución educativa, sino que los alumnos y padres recojan y traigan de sus casas los criaderos predominantes de la zona a la



institución educativa el día señalado del concurso. El ganador es la institución educativa que más peso per cápita de criaderos de zancudo recoge y elimina.  
Como mínimo dos concursos interescolares al año en el distrito de riesgo, previos al periodo de lluvias.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Campaña de Recolección y Eliminación de criaderos
- En el 3º casillero Conforme al problema identificado en el territorio  
Actividades de Dengue = U0089  
Actividades de Chikungunya= U0075  
Actividades de Zika = U0076

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de instituciones educativas participantes en el concurso.
- En el 2º casillero colocar el número de concurso interescolar realizado en el distrito (2 al año).
- En el 3º casillero indicar el total de toneladas de criaderos recogidas en el concurso.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP93		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	C7003
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C6091
					D				Hb	R	R	3.Actividades de dengue	P	D	R	24	U0089

### Actividades en Universidades Saludables

La Implementación de la Estrategia Universidades Saludables es la secuencia de acciones que realiza el Coordinador de la Estrategia Universidades Saludables de la GERESA/DIRESA, o quienes hagan sus veces en coordinación con las redes de salud, para que acompañe el proceso de implementación de la universidad en su compromiso de ser saludable; incluye la programación que identifica los productos o resultados a obtener, los responsables de cada actividad y el tiempo en el que se conseguirán. La Implementación de la Estrategia Universidades Saludables desarrollará cinco procedimientos: Concertación, Planificación, Asistencia Técnica, Evaluación y Sistematización

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero considerar las actividades acorde a lo trabajado  
Actividades de Materno Neonatal U0031  
Actividades de Tuberculosis U0008  
Actividades de Daños no transmisibles U0099  
Actividades de Dengue U0089

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso al que corresponde la reunión:
  - **FCO** = Fase de Concertación
  - **FP** = Fase de Planificación
  - **FAS** = Fase de Asistencia técnica



• **SIS = Fase de Sistematización**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP163		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	8	C0002
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de daños no transmisibles	P	<del>D</del>	R	FP	U0099
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Capacitación a las instituciones educativas para la promoción de la salud de las personas con discapacidad**

Esta actividad está dirigida a la comunidad educativa de las Instituciones educativas de educación básica especial y regular (de gestión pública), que están registradas en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona y que no cuenten con el apoyo de Servicios de Apoyo y Asesoramiento para la atención de Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (SAANEE). Con el personal de las instituciones educativas se busca lograr la concertación con sus directivos y con el Consejo Educativo Institucional para establecer acuerdos e incorporar, en el proyecto educativo institucional (PEI), Proyecto curricular de la Institución (PCI) y el Plan Anual de Trabajo (PAT), temas y actividades de promoción de la salud para el logro de una Institución educativa inclusiva y elaborar un plan de trabajo que incluya actividades para promover el ejercicio de los derechos y generar entornos saludables accesibles e inclusivos para personas con discapacidad (accesibilidad a condiciones ambientales y materiales y a los servicios de información y comunicación).

El Personal de salud encargado de la capacitación realiza las siguientes tareas:

**01 Reunión de concertación con directivos** y el Consejo Educativo Institucional para establecer acuerdos e incorporar, en el proyecto educativo institucional (PEI), Proyecto curricular de la Institución (PCI) y el Plan Anual de Trabajo (PAT), temas y actividades de promoción de la salud para PCD para el logro de una Institución educativa inclusiva, de 02 horas de duración.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP93** de Colegios/Instituciones Educativas

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso "COO" para indicar Fase de Coordinación

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP93		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	20	C0002
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de personas con discapacidad	P	<del>D</del>	R	COO	U0013
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Talleres de Capacitación al Personal Docente de las Instituciones Educativas**, en los siguientes temas:

**Primer Taller: de 2 horas de duración.**

1. Reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.
2. Conociendo la discapacidad.
3. Modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad.

**Segundo Taller: de 2 horas de duración.**

Prácticas inclusivas, comunicación asertiva, toma de decisiones y proyecto de vida, el auto cuidado del cuerpo.

- ✓ Prácticas inclusivas
- ✓ Comunicación asertiva
- ✓ Toma de decisiones
- ✓ Proyecto de vida, el auto cuidado del cuerpo

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP144** Actividades con Docentes  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número del taller
- En el 2º casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP144		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Taller para instituciones educativas	P	<del>B</del>	R	1	C0005
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de personas con discapacidad	P	<del>B</del>	R	20	U0013
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Reunión de Sensibilización con los miembros de las APAFA**, de 2 horas de duración, esta actividad es dirigida a los padres de familia; constituye en una reunión que permite la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP146** Actividades con Padres

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades en personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE “D”

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero las siglas según corresponda (nivel educativo o I.E. especial) de la siguiente manera:
- ✓ **IN** que corresponde a IE del nivel Inicial



- ✓ **TP** que corresponde a IE del nivel Primaria
- ✓ **TS** que corresponde a IE del nivel Secundaria
- ✓ **TE** que corresponde a IE del nivel Especial

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP146		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	C0005
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de personas con discapacidad	P	<del>D</del>	R		TS
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Visitas de Monitoreo de la implementación de los acuerdos, de 2 horas de duración**, esta actividad es realizada en las Instituciones educativas y es el mecanismo de seguimiento a la ejecución de las actividades para verificar el avance en la implementación de las metas propuestas y la utilización de recursos con el fin de detectar oportunamente, deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste a las intervenciones programadas.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP93 Colegios/Instituciones Educativas**

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

- En el 1º casillero Visita de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades en personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE “D”

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de visita de monitoreo
- En el 2º casillero las siglas según corresponda (nivel educativo o I.E. especial) de la siguiente manera:
  - ✓ **IN** que corresponde a IE del nivel Inicial
  - ✓ **TP** que corresponde a IE del nivel Primaria
  - ✓ **TS** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - ✓ **TE** que corresponde a IE del nivel Especial

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP93		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	C7001
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de personas con discapacidad	P	<del>D</del>	R		TS
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Visita Evaluación Conjunta de logros alcanzados de acuerdo al plan anual de trabajo de las instituciones educativas de 4 horas de duración**, Esta actividad es realizada en las Instituciones educativas y tiene por objetivo evaluar el logro de las metas programadas. Se identifica si los docentes han sido capacitados en las catillas educativas “Promoviendo la inclusión escolar de las



personas con discapacidad”, si han incluido dentro de los planes de trabajo y de las unidades de aprendizaje contenidos relacionados a la inclusión escolar de las personas con discapacidad.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP93 Colegios/Instituciones Educativas**

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

- En el 1º casillero Visita Evaluación Conjunta de IE
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de visita de evaluación
- En el 2º casillero las siglas según corresponda (nivel educativo o I.E. especial) de la siguiente manera:
  - ✓ **IN** que corresponde a IE del nivel Inicial
  - ✓ **TP** que corresponde a IE del nivel Primaria
  - ✓ **TS** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - ✓ **TE** que corresponde a IE del nivel Especial

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	APP93		Camaná		A	M	PC			1. Evaluación	P	<del>D</del>	R	1	C7003
					M					2. Actividades de personas con discapacidad	P	<del>D</del>	R	TS	U0013
					D	F	Pab			3.	P	D	R		

Cuando se concluye con el segundo taller se considera Autoridades de la Comunidad Educativa capacitadas en temas de discapacidad

**COMUNIDADES**

**Campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudos Aedes aegypti**

El personal de salud brinda asistencia técnica para realizar esta actividad a los diferentes actores según el escenario de intervención; esta actividad puede realizarse a nivel del distrito, comunidad, mercados, cementerios de la comunidad que son zonas de riesgo para la reproducción del vector Aedes aegypti.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP108 Actividades con Comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Evaluación
- En el 2º casillero Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - ✓ Actividades de Dengue = U0089
  - ✓ Actividades de Chikungunya = U0075
  - ✓ Actividades de Zika = U0076

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de campaña
- En el 2º casillero colocar los lugares donde se desarrollaron de acuerdo al número: 1=Comunidad



- 2= Mercados
- 3= Cementerios
- 4=Distrito

- En el 3º casillero indicar las toneladas de criaderos recogidas en la campaña.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP108		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	4	C7003
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	2	C6091
					D				Hb	R	R	3. Actividades de zika	P	D	R	24	U0076

**Capacitación a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres:**

Esta actividad se registra posterior a las coordinaciones con el CPCED de la DIRESA/GERESA relacionada a la actividad “organización y entrenamiento de comunidades en habilidades frente al riesgo de desastres” donde se capacitará a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código APP138 de Agentes Comunitarios

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2 o 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP138		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1 Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	D	R	1	C3151
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	20	U0101
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Junta vecinal**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP91** de Junta Vecinal (Organización Vecinal)

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

- En el 1º casillero Taller para la comunidad
- En el 2º casillero Actividades acorde a codificación:

- Actividades de Materno Neonatal U0031
  - Actividades de tuberculosis U0008
  - Actividades de daños no transmisibles U0099
  - Actividades de Dengue U0089
  - Actividades de prevención del cáncer U0086
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso “PP” para indicar Fase de Planificación participativa  
Indicar PSA capacitación en prácticas saludables

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP91		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1 Taller para la comunidad	P	<del>R</del>	R	20	C0006
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades de materno neonatal	P	<del>R</del>	R	PSA	U0031
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

## **CENTROS LABORALES**

### **Implementación del Programa de Centros laborales**

Conjunto de actividades dirigidas a los trabajadores del Centro Laboral para desarrollar habilidades, capacidades y responsabilidades que promuevan comportamientos y generen entornos saludables, contribuyendo en la mejora de sus condiciones de salud y productividad. Se priorizan los ejes temáticos del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud y las actividades son realizadas por equipo de trabajo capacitado y multidisciplinario.

#### **Fase de sensibilización**

#### **Trabajadores organizados y sensibilizados en el Programa Centro Laboral**

Conformación del Comité de Promoción de la Salud en Centro Laboral, en reunión convocada por Gerencia del Centro Laboral, contando con la participación de actores involucrados; además de la sensibilización a todos los trabajadores.

1era Reunión para conformar comité y firma de acta de compromiso

2da Reunión para sensibilizar a los trabajadores

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código APP168 Centros laborales

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem Lab, se registrará:

- En el 1º casillero colocará el N° 1 para la 1era Reunión y el N°2 para la 2da Reunión
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3º casillero se colocará la sigla “FSE” (Fase de sensibilización)



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP168		Camaná		A	M	PC				1 Asistencia técnica	P	<del>B</del>	R	1	C7004	
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	20	U0101
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	FS E

### Fase de diagnóstico y planificación participativa

#### Trabajadores realizan el diagnóstico basal del Centro laboral y elaboran Plan de Promoción de la Salud en el Centro laboral

Consiste en la aplicación de instrumentos que recopilen información sobre las necesidades sentidas por el empleador y los trabajadores.

Reuniones participativas para consolidar la Situación Basal del Centro laboral, identificando brechas para definir objetivos del plan. Posteriormente se realiza el desglose de actividades para definir alcance, responsables, gestión de cronogramas y recursos.

1era Reunión para aplicar Instrumento al Empleador

2da Reunión para aplicar Instrumento a los trabajadores

3era Reunión para consolidar Situación Basal

4ta Reunión para elaborar Plan de Promoción en Centro laboral

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código APP168 Centros laborales

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem Lab, se registrará:

- En el 1º casillero colocará el N° de reunión 1,2,3 o 4
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3º casillero se colocará la sigla "PP" Planificación participativa

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP168		Camaná		A	M	PC				1. Asistencia técnica	P	<del>B</del>	R	1	C7004	
					M			TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>B</del>	R	20	U0101
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	PP

### Fase de ejecución

#### Actividades de capacitación dirigidas a los trabajadores priorizando ejes temáticos del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud

Consiste en el desarrollo de actividades educativas utilizando metodologías participativas e innovadoras, dirigido a los trabajadores del centro laboral, con el objetivo de lograr comportamientos y entornos saludables en el centro de trabajo.

Se programa el número de talleres de acuerdo al nivel de avance en la implementación del programa Centro Laboral:

- Abordaje de 4 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 1°
- Abordaje de 6 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 2°
- Abordaje de 8 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 3°

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código APP168 Centros laborales

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

- En el 1° casillero Asistencia técnica
- En el 2° casillero Actividades de promoción de la salud

En el Ítem Lab, se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero se colocará sigla "PSA" para indicar Prácticas Saludables
- En el 3° casillero se colocará la sigla correspondiente a la Temática desarrollada:
  - ✓ LMA= Lavado de manos
  - ✓ HIG=Higiene y ambiente
  - ✓ SSI=Salud sexual y reproductiva
  - ✓ SVI = Seguridad Vial
  - ✓ ALI= Alimentación y nutrición
  - ✓ AF = Actividad Física
  - ✓ HPV= Habilidades para la vida
  - ✓ EMG = Emergencias y desastres
  - ✓ VSX= Violencia de género (sexual)
  - ✓ CSA = Clima organizacional

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP168		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C7004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PSA	U0101
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R	AF	

### Fase de monitoreo y evaluación

#### Equipo multidisciplinario verifica cumplimiento de indicadores

El monitoreo es el proceso de seguimiento continuo para verificar que las actividades se ejecuten de acuerdo al plan. Permite identificar cuellos de botella (retrasos en cronograma, recursos insuficientes) y realizar los ajustes necesarios para que el plan continúe su rumbo. Será realizado por equipo multidisciplinario del Centro laboral, en forma trimestral.



La evaluación es el proceso que permite verificar el logro de objetivos y metas al término del período de implementación del plan. Será realizada por equipo multidisciplinario externo, una vez al año.

En el ítem Lab, en Monitoreo:

- En el 1° casillero, se coloca el número de monitoreo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP168		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1 Reunión de monitoreo	P	<del>E</del>	R	1	C7001
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>E</del>	R		U0101
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

En el ítem Lab, en Evaluación:

- En el 1° casillero se coloca el Nivel de Implementación que se busca lograr (1, 2, 3, 4)
- En el 2° casillero, se coloca el resultado de la evaluación el Nivel de Implementación.
  - ✓ IA = En Inicio
  - ✓ CA = En Proceso
  - ✓ LP = Logro Previsto
  - ✓ TA = Logro Destacado

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP168		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1. Evaluación	P	<del>E</del>	R	1	C7003
					M				TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	<del>E</del>	R	TA	U0101
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

**MUNICIPIOS**

**Acciones relacionadas a seguridad vial**

**Reunión de coordinación**

El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación de las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito y sus factores de riesgo identificados y logra compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para reducir las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

En el ítem Actividad de salud:

En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios y su código.

En el 2° casillero colocar actividades de promoción de la salud y su código.

En el ítem Lab se registrará:

En el 1° casillero el número de reunión (1 o 2).

En el 2° casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
	APP101		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	D	R	1	C0001
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Tránsito	P	D	R	15	U0103
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Talleres a organizaciones sociales de base:**

Talleres a organizaciones sociales de base (representadas por un miembro o más) de los comités de vasos de leche y/o comedores populares) convocados por la municipalidad y desarrollados por el personal de salud. Cada sesión educativa tiene una duración de 40 minutos y participan hasta 30 personas. Los temas a trabajar están relacionados al impacto en la salud relacionada por los accidentes de tránsito y son los siguientes temas: 1° factores de riesgo y 2° beneficios del SOAT

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP108 Actividad con comunidad

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

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

- En el 1° casillero Taller en comunidad y su código.
- En el 2° casillero Actividades de prevención y control de accidentes de tránsito y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero el número de sesión 1 o 2
- En el 2° casillero, el número de participantes.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP108		Camaná		A	M	PC				1. Taller en comunidad	P	<del>D</del>	R	1	C0006
					M						2. Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Transito	P	<del>D</del>	R	15	U0103
					F	Pab					3.	P	D	R		
					D											

### Acciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres

#### Reunión de coordinación

El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación de salud y factores de riesgo identificados frente a amenazas existentes en el territorio; propone compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para reducir problemas de salud trazadoras a las amenazas existentes y asignación presupuestal para el PP068 relacionado a los productos de salud.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código APP101 de Consejo Municipal

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

En el ítem Actividad de salud:

En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios y su código.

En el 2° casillero colocar actividades de emergencias y desastres y su código.

En el ítem Lab se registrará:

En el 1° casillero el número representativo del tema:

- ✓ 1= Temporada de bajas temperaturas
- ✓ 2= Temporada de lluvias
- ✓ 3= Familias afectadas por desastres.

En el 2° casillero el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
	APP101		Camaná		A	M	PC				1 Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	1	C0001
					M						2. Actividades de emergencias y desastres	P	<del>D</del>	R	15	U0102
					F	Pab					3.	P	D	R		
					D											

### Capacitación a los municipios para la promoción de la salud de las personas con discapacidad

Es la actividad que está dirigida al Concejo municipal (Alcalde y Regidores), con la participación de gerentes u otros funcionarios, y al Comité multisectorial (con Resolución Municipal) de las Municipalidades la cual consiste en realizar reuniones de abogacía para informar acerca de la situación de la discapacidad presente en el territorio, y establecer acuerdos y compromisos que permitan llevar a cabo intervenciones efectivas de salud pública para promover el ejercicio de los derechos y entornos saludables accesibles para personas con discapacidad y servicios municipales



de atención a las personas con discapacidad y otras acciones en el marco de sus competencias y funciones, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.  
El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas con el **Concejo Municipal**:

**Reunión con el Concejo Municipal Provincial y Distrital**, conducido por el jefe de la Micro red y/o del establecimiento de salud, para exponer el diagnóstico de la situación de la discapacidad en el territorio y plantear intervenciones efectivas de salud pública, abordando los determinantes sociales de la salud, para promover el ejercicio de los derechos y entornos saludables accesibles para personas con discapacidad (accesibilidad a condiciones ambientales y materiales y a los servicios de información y comunicación) y la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED) y otras acciones en el marco de sus competencias y funciones, y que éstas se incorporen en sus planes operativos y Plan de Desarrollo Municipal Concertado, (04 horas de duración).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP101** Consejo Municipal (Otras organizaciones no mencionadas)

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque **AMBAS SIEMPRE “D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión, siguiendo la siguiente clave:  
1= Coordinación  
2= Abogacía
- En el 2º casillero colocar el número de participantes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						
	APP101		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1 Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	1	C0001
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Actividades en Personas con Discapacidad	P	<del>D</del>	R	15	U0013
					D				Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Taller de Planificación Participativa con el Comité Multisectorial** y actores sociales para planificar las actividades efectivas priorizadas para contribuir en la disminución y mejoría de la calidad de vida a las personas con discapacidad, (04 horas de duración).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP96** de Comité Multisectorial (Organización Gubernamental)

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

- En el 1º casillero Taller para Municipios
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque **AMBAS SIEMPRE “D”**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero el tipo de taller “PP” para indicar Planificación Participativa



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____							
	APP96		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Taller para municipios	P	<del>B</del>	R	20	C0004
					M					TALLA	C	C	2. Actividades en personas con discapacidad	P	<del>B</del>	R	PP	U0103
					B	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Reunión de Monitoreo y Seguimiento con el Comité Multisectorial** acerca de las acciones implementadas para contribuir en la disminución y mejoría de la calidad de vida a las personas con discapacidad, (03 horas de duración).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP96** de Comité Multisectorial (Organización Gubernamental)

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2 según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____							
	APP96		Camaná		A	M	PC			PESO	N	N	1 Reunión de monitoreo	P	<del>B</del>	R	2	C7001
					M					TALLA	C	C	2. Actividades en personas con discapacidad	P	<del>B</del>	R		U0103
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Reunión de Evaluación con el Comité Multisectorial** acerca de las acciones implementadas para contribuir en la disminución y mejoría de la calidad de vida a las personas con discapacidad, identificando logros de la ejecución (03 horas de duración).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **solo** el código **APP96** de Comité Multisectorial (Organización Gubernamental)

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades en Personas con Discapacidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque AMBAS SIEMPRE "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	APP96		Camaná		A	M	PC				1 Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C7003	
					M			TALLA		C	C	2. Actividades en personas con discapacidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0103
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

**PERSONAL DE SALUD**

Actividades de capacitación en acciones de promoción de la salud relacionada a ejes temáticos y/o acciones de gestión desarrollada por microredes.

En relación a programas presupuestales:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de DNI del participante

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

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

- En el 1º casillero Taller para personal de salud
- En el 2º casillero Capacitación
- En el 3º casillero colocar el código U del tema a considerar

Nutrición (Articulado Nutricional) = U0012	Salud Mental = U0066
Materno Neonatal = U0031	Prevención y control del cáncer = U0086
TBC = U0008	Actividades de Dengue = U0089
ITS-VIH-SIDA = U0064	Actividades de promoción de la salud= U0101 (cuando sea relacionado a otro programa presupuestal o temas afines a este punto)
No Transmisibles = U0099	

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 o 3 según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	09867435		Camaná		A	M	PC				1 Taller para personal de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0008	
					M			TALLA		C	C	2. Capacitación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U124
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Actividades de daños no transmisibles	P	D	R		U0099

En relación a ejes temáticos y estrategias de promoción de la salud:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de DNI del participante

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

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

- En el 1º casillero Taller para personal de salud



- En el 2ºcasillero Capacitación
- En el 3º casillero actividades de promoción de la salud.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 o 3 según corresponda:
- En el 2ºcasillero colocar las siglas de acuerdo al eje temático propuesto
  - ✓ LMA= Lavado de manos
  - ✓ HIG=Higiene y ambiente
  - ✓ SSI=Salud sexual y reproductiva
  - ✓ SVI = Seguridad Vial
  - ✓ ALI= Alimentación y nutrición
  - ✓ AF = Actividad Física
  - ✓ HPV= Habilidades para la vida
  - ✓ CSV= Convivencia
  - ✓ GD= Genero, derechos e interculturalidad
  - ✓ GT= Gestión territorial
  - ✓ DIS= Discapacidad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
	09867435		Camaná		A	M	PC		PESO	N	N	1 Taller para personal de salud	P	<del>R</del>	R	1	C0008
					M				TALLA	C	C	2. Capacitación	P	<del>R</del>	R	GD	U124
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.Actividades de promoción de la salud	P	D	R		U0101