

6.4.2.2.1. ETAPA DE VIDA NIÑO

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|---------------|---|
| D509 | Anemia por deficiencia de Hierro, sin otra especificación |
| D539 | Anemia Nutricional, no especificada |
| E343 | Enanismo |
| E3431 | Talla baja |
| E344 | Talla alta |
| E40 | Kwashiorkor |
| E41X | Marasmo nutricional |
| E42X | Kwashiorkor marasmático |
| E46X | Desnutrido / Delgadez |
| E509 | Deficiencia de Vitamina A, no especificada |
| E660 | Niño con sobrepeso |
| E669 | Niño obeso |
| P051 | Pequeño para la edad gestacional |
| P070 | RN de Peso Extremadamente Bajo |
| P0711 | RN de Muy Bajo Peso |
| P0712 | RN de Bajo Peso |
| P080 | RN Macrosómico |
| P081 | Grande para la Edad Gestacional |
| R6291 | Riesgo en el Desarrollo Psicomotor |
| R6201 | Riesgo en el Área del Lenguaje |
| R6202 | Riesgo en el Área Motora |
| R6281 | Riesgo en el Área Social |
| R6282 | Riesgo en el Área de Coordinación |
| R629 | Retardo en el Desarrollo Psicomotor |
| Z001 | Control del Recién Nacido / Control CRED del niño. |
| Z006 | Niño Normal (Estado Nutricional) |
| Z0015 | Lactancia Materna Exclusiva (LME) |
| Z0017 | Alimentación Complementaria |
| Z0018 | Sesión de Estimulación Temprana |
| Z2981 | Administración Vitamina A |
| Z2982 | Administración del Sulfato Ferroso |
| Z7241 | Riesgo en Desnutrición / Delgadez / Talla baja |
| Z138 | Tamizaje de Hipotiroidismo |
| U153 | Visita Familiar Integral |
| U1201 | Sesión Demostrativa |
| U120 | Sesión Educativa |
| U124 | Capacitación |
| U137 | Consejería Nutricional |
| U140 | Entrevista de Tamizaje |
| U169 | Plan de atención Integral de salud |
| U3061 | Atención Inmediata del Recién Nacido Vigoroso |
| U133 | Consejería Integral |
| U1051 | Supervisión Integral |
| U1052 | Asistencia Técnica |
| U122 | Taller en Salud |
| U0040 | Atención Integral del Niño |
| APP140 | Actividades en Niños |

Esquema de Controles de Crecimiento y Desarrollo 2009

| Control de Crecimiento y Desarrollo se realizará de acuerdo al siguiente esquema: | | |
|---|--|--|
| GRUPO DE EDAD | EDAD | CONTROLES |
| 0 a 28 días | 2º día de haber sido dado de alta 7º día de vida | 1º. Control 2º Control |
| 29 días a 11 meses | 1º mes 2º mes 3º mes 4º mes 5º mes 6º mes 7º mes 8º mes 9º mes 10º mes 11º mes | 1º Control 2º Control 3º Control 4º Control 5º Control 6º Control 7º Control 8º Control 9º Control 10º Control 11º Control |
| 1 año | 1 año 1 año 2 meses 1 año 4 meses 1 año 6 meses 1 año 8 meses 1 año 10 meses | 1º Control 2º Control 3º Control 4º Control 5º Control 6º Control |
| 2 a 4 años | 2 años 2 años 3 meses 2 años 6 meses 2 años 9 meses 3 años 3 años 3 meses 3 años 6 meses 2 años 9 meses 4 años 4 años 3 meses 4 años 6 meses 4 años 9 meses | 1º Control 2º Control 1º Control 2º Control 1º Control 2º Control 1º Control 2º Control 1º Control 2º Control 1º Control 2º Control |
| 5 a 9 años | 5 años 6 años 7 años 8 años 9 años | 1º Control 1º Control 1º Control 1º Control 1º Control |

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ETAPA DE VIDA NIÑO

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al Día, Ficha Familiar, Distrito de Procedencia, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio (ítems 6 al 12) se registran siguiendo las indicaciones planteadas en los aspectos generales del presente Documento Técnico

En el ítem 15: **Tipo de diagnóstico** marque:

P: Con un aspa (X) únicamente cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

- D: Se marca con un aspa (X) únicamente la primera vez que se establece el diagnóstico definitivo por clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo proceso de la misma morbilidad en un mismo paciente.
- R: Se marca "R" cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y laboratorio (ítems 13, 14 y 15) presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

Atención Inmediata del Recién Nacido. Actividad realizada en el niño inmediatamente después del parto.

Atención Inmediata del Recién Nacido Normal o Vigoroso.- Conjunto de cuidados y procedimientos óptimos que se brinda a toda niña o niño, para que realice en forma adecuada la transición de la vida fetal a la neonatal.

El registro de estas actividades debe de hacerse previo consolidado manual ya que corresponden a la atención inmediata recibida por los niños normales o vigorosos provenientes del servicio de hospitalización o internamiento del establecimiento de salud, los niños con patologías no se registran en el formulario HIS puesto que permanecerán internados para su tratamiento y esto generará la apertura de su Historia Clínica en la cual se registrarán todas las atenciones y procedimientos que se le realice mientras se encuentren internados. Realizando el registro solo para la Atención Inmediata del Recién Nacido Normal o Vigoroso en forma agrupada de la siguiente manera:

En el ítem 7: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote:

- APP140 Actividades con niños

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, anote:

- En el 1º casillero Atención Inmediata del RN Vigoroso
- En el 2º casillero Tamizaje de Hipotiroidismo

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote el número de niños a los que se les realizó la actividad.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|--------|---|-----|--------|
| APP 140 | LIMA | | M | N | N | 1. Atención Inmediata RN Vigoroso | P | X D | R | 5 | U3061 |
| | | | | C | C | 2. Tamizaje de Hipotiroidismo | P | X D | R | 5 | Z138 |
| | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

Plan de Atención Integral.- Es la actividad que se realiza en el primer contacto entre la persona y el servicio de salud a través de la cual se define el conjunto **individualizado** de cuidados esenciales que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente, para lo cual se elaborará de manera conjunta con la madre, padre o responsable de la niña/o el Plan de Atención Integral de acuerdo a sus necesidades.

El Plan de Atención Integral solo se registra en el formulario HIS al Elaborarse y al finalizar la ejecución del plan según corresponda la edad de la niña o niño, el cual puede ser completo o incompleto.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el 1º casillero el Control del Niño / a
- En el 2º casillero el Plan de Atención Integral de Salud

En el ítem 14: **Tipo de Diagnóstico** marque "D"

En la Elaboración de Plan Atención Integral

En el ítem 15: **Laboratorio** anote en el registro del plan atención integral de salud

- 1 Cuando se elabora el Plan de Atención Integral.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|------|--------|--------|---|---------------------|--------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | X N | X N | 1. Control del recién nacido | P | X D | R | 1 | Z001 |
| | | D | | C | C | 2. Plan de Atención Integral de Salud | P | X D | R | 1 | U169 |
| | 150101 | X F | R | R | 3. | P | D | R | | | |

En el Plan Ejecutado y Paquete de Atención Integral Completo.- Es el niño que ha cumplido con su Plan de Atención Integral y recibió el paquete de atención integral completo.

En el ítem 15: **Laboratorio** anote en el registro del Plan Atención Integral de Salud

- **TA** cuando termine con todas las actividades programadas en el plan

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|------|--------|--------|---|---------------------|--------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 11 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | X D | R | 11 | Z001 |
| | | M | | X C | X C | 2. Plan de Atención integral de salud | P | X D | R | TA | U169 |
| | 150101 | X F | R | R | 3. | P | D | R | | | |

En el Plan Ejecutado y Paquete de Atención Integral Incompleto.- Es el niño que ha ejecutado su plan de atención integral y no ha recibido todas las actividades del Paquete de Atención Integral.

En el ítem 15: **Laboratorio** deje en **BLANCO**

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|------|--------|--------|---|---------------------|--------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 11 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | X D | R | 3 | Z001 |
| | | M | | X C | X C | 2. Plan de Atención integral de salud | P | X D | R | | U169 |
| | 150101 | X F | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Control del RN (Control al Niño < de 29 días).- Atención ambulatoria del recién nacido al 2º día de haber salido de alta y 7º día de vida, incluye además las actividades de educación a la madre, sobre los cuidados del recién nacido, lactancia materna exclusiva, identificación de signos de alarma del recién nacido de acuerdo a las normas técnicas establecidas en los protocolos, así como los contenidos en los cuadros de procedimientos de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el 1º casillero el control del recién nacido
- En el 2º casillero el plan de atención integral elaborado

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote:

- En el 1º casillero el número de control **1 ó 2**, según corresponda
- En el 2º casillero **1** cuando se elabora el plan de atención integral.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|------|--------|--------|---|---------------------|--------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | X N | X N | 1. Control del recién nacido | P | X D | R | 1 | Z001 |
| | | D | | C | C | 2. Plan de atención integral de salud | P | X D | R | 1 | U169 |
| | 150101 | X F | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Mayor de 28 días y Menor de 05 años.- Es el control periódico del niño a fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución del crecimiento y desarrollo, que permita identificar oportunamente los cambios y riesgos en su estado de salud y promover la salud física, mental, emocional y social. Ver esquema.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el 1º casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En los otros casilleros las actividades y/o diagnósticos encontrados en la atención

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote el número de control **1, 2...** según corresponda.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 1 | Z001 |
| | | M | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Lactancia Materna Exclusiva | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | Z0015 |
| | | F | | R | R | 3. | P | D | R | | |
| 150101 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|---|---|-------|
| H.C. | LIMA | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 2 | Z001 |
| | | M | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Riesgo en el Desarrollo Psicomotor | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | R6291 |
| | | F | | R | R | 3. | P | D | R | | |
| 150101 | | | | | | | | | | | |

En la Lactancia Materna Exclusiva: Actividad que se registra en todos los controles hasta los seis (06) meses de la siguiente manera:

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 7 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. Control del Recién Nacido | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 2 | Z001 |
| | | D | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Lactancia Materna Exclusiva | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | Z0015 |
| | | F | | R | R | 3. Plan de Atención Integral | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 1 | U169 |
| 150101 | | | | | | | | | | | |

Sesión de Estimulación Temprana. - Es la atención que se realiza en la consulta externa de manera sistemática en la que se proporcionara a los niños menores de tres años (< 3 años) un conjunto de actividades de aprendizaje significativo, con el fin de desarrollar al máximo sus potencialidades y favorecer su desarrollo emocional de manera conjunta con los padres.

Se registra de acuerdo al esquema siguiente:

| ESTIMULACIÓN TEMPRANA | | |
|-----------------------|---------------------|-------------|
| GRUPO DE EDAD | EDAD | SESIONES |
| 0 a 28 días | 15 días | 1ra. Sesión |
| 29 días a 11 meses | 1º mes | 1ra. Sesión |
| | 2º mes | 2da. Sesión |
| | 4º mes | 3ra. Sesión |
| | 6º mes | 4ta. Sesión |
| | 7º mes | 5ta. Sesión |
| | 9º mes a < de 1 año | 6ta. Sesión |

| ESTIMULACIÓN TEMPRANA | | |
|-----------------------|---|--|
| GRUPO DE EDAD | EDAD | SESIONES |
| 1 año | 1 año 1 año 3 meses 1 año 6 meses 1 año 9 meses a < 2 años | 1ra. Sesión 2da. Sesión 3ra. Sesión 4ta. Sesión |
| 2 a 3 años | 2 años 2 año 6 meses < 3 años | 1ra. Sesión 2da. Sesión |
| | | |

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote Sesión de Estimulación Temprana

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote: el número de sesión **1, 2, 3...** según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 1 | M | N | N | 1. Sesión de Estimulación temprana | P | D | R | 1 | Z0018 |
| | | M | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

LAS SESIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA SE REGISTRARÁN SEPARADAS DE LOS CONTROLES DE CRED.

Alimentación Complementaria. - Proceso gradual a través del cual el niño o niña ingiere alimentos diferentes a la leche materna a partir del sexto mes de edad.

Se registra en todos los controles hasta el año de edad de la siguiente manera:

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote:

- **AA** si es adecuada
- **AI** si es inadecuada

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 9 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 9 | Z001 |
| | | M | | C | C | 2. Alimentación Complementaria | P | D | R | AA | Z0017 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Administración del Sulfato Ferroso. - Actividad preventiva para prevenir la deficiencia de hierro, se administrará al niño entre los 06 y 24 meses, durante seis (06) meses seguidos, es un frasco cada dos meses.

En el ítem 15: **Laboratorio** anote:

- En el 2º Casillero el número de dosis suministradas **1, 2...** según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 7 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 7 | Z001 |
| | | M | | C | C | 2. Administración del sulfato ferroso | P | D | R | 1 | Z2982 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Administración de Vitamina A.- Actividad preventiva que se da a:

- En niños menores de un año una dosis entre los 06 y 11 meses.
- En niños entre 12 a 59 meses, dos dosis por cada año o sea una dosis meses.

En los Niños Menores de 01 año

En el ítem 15: **Laboratorio** anote el número de dosis 1.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|--------------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 9 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 9 | Z001 |
| | | M | | C | C | 2. Administración de Vitamina A | P | D | R | 1 | Z2981 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

En los Niños entre 12 de 59 meses

En el ítem 15: **Laboratorio** anote el número de dosis 1 ó 2 según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|--------------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 1 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 1 | Z001 |
| | | A | | C | C | 2. Administración de Vitamina A | P | D | R | 1 | Z2981 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

En cada año de edad, a partir de los 12 a los 59 meses el niño recibe 2 veces Administración de Vitamina A al año, en el registro la 1º vez se pondrá "1" en Lab y la 2º vez "2", al siguiente año lo mismo, la 1º vez "1" en Lab y la 2º vez "2" y así sucesivamente cada año hasta terminar en el mes 59.

Entrevista de Tamizaje.- Actividad para la detección de factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, etc.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anotar

- En el 1º Casillero la entrevista de tamizaje

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote la sigla:

- **VIF** = Violencia Intrafamiliar.
- **VSX** = Violencia Sexual

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 1 | Z001 |
| | | A | | C | C | 2. Entrevista de tamizaje | P | D | R | VIF | U140 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Control del Niño de 05 a 09 Años.- Control periódico del niño y niña con la finalidad de tener una vigilancia adecuada de la evolución del crecimiento y desarrollo, que permita identificar oportunamente los cambios y riesgos en su estado de salud y promover la salud física, mental, emocional y social, se realiza un control al año.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el 1º Casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En los demás casilleros los diagnósticos o problemas encontrados durante el control

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote: el número de control, sesiones 1, 2,... según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 5 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 1 | Z001 |
| | | A | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Plan de atención integral | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 1 | U169 |
| | | 150101 | <input checked="" type="checkbox"/> F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Evaluación del Estado Nutricional mediante Valoración Antropométrica.- Actividad que se realiza dentro del control del niño para clasificar su estado nutricional.

Se tendrá en cuenta la siguiente clasificación:

En el Recién Nacido de 01 día a 28 días

Considerar la siguiente clasificación:

| PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| CÓDIGO | PUNTOS DE CORTE | CLASIFICACIÓN |
| P051 | < 10 percentil | Pequeño para la Edad Gestacional |
| Z006 | ≥ 10 a ≤ 90 percentil | Adecuado para la Edad Gestacional |
| P081 | > 90 percentil | Grande para la Edad Gestacional |

| PESO AL NACER | | |
|---------------|----------------|----------------------------------|
| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN |
| P070 | < 1000 g. | R.N. de Peso Extremadamente Bajo |
| P0711 | 1000 a 1499 g | R.N. de Muy Bajo Peso |
| P0712 | 1500 a 2499 g | R.N. de Bajo Peso |
| Z006 | 2500 a 4000 g | R.N. de Peso Adecuado |
| P080 | > 4000 g | R.N. Macrosómico |

NOTA.- Esta información será obtenida cuando el niño viene a su primer control después del alta.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el 1º Casillero el Control de Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º Casillero el diagnóstico resultado de la clasificación del Estado Nutricional.
- En los otros casillero las actividades y/o diagnósticos derivados de la atención del Estado Nutricional encontrados en el momento.

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote:

- En el 1º Casillero el número de control 1, 2... según corresponda
- En el casillero donde esta anotado el peso para la edad gestacional la sigla **EG** de edad gestacional.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------|------|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input checked="" type="checkbox"/> N | 1. Control del Recién Nacido | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | 1 | Z001 |
| | | D | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Adecuado para Edad Gestacional | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | EG | Z006 | |
| | | 150101 | <input checked="" type="checkbox"/> F | R | R | 3. RN de Peso Adecuado | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | Z006 |

En los niños de 29 días a < 5 años

| CÓDIGO | PESO PARA EDAD | | PESO PARA TALLA | |
|---|--|--|--|--|
| | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN |
| E46X Z7241 Z006 E660 E669 | < -2DE ≥ -2DE a < -1DE ≥ -1DE a ≤ +1DE +1DE a ≤ 2DE > +2DE | Desnutrido Riesgo desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad | < -2DE ≥ -2DE a < -1DE ≥ -1DE a ≤ +1DE +1DE a ≤ 2DE > +2DE | Desnutrido Riesgo desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad |
| CÓDIGO | TALLA PARA EDAD | | | |
| | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN | | |
| E343 E3431 Z7241 Z006 E3441 E344 | < -3DE < -2DE ≥ -2DE a < -1DE ≥ +1DE a ≤ -1DE +1DE a ≤ + 2DE > +2DE | Talla Baja severa Talla Baja Riesgo Talla Baja Normal Ligeramente alta Alta | | |

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque siempre "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada

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

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 1 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 1 | Z001 |
| | | M | | C | C | 2. Plan de Atención Integral | P | D | R | 1 | U169 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Lactancia Materna Exclusiva | P | D | R | | Z0015 |
| | | | M | N | N | 1. Normal | P | D | R | PE | Z006 |
| | | | | C | C | 2. Normal | P | D | R | TP | Z006 |
| | | | | F | R | R | 3. Normal | P | D | R | TE |

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 1 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 2 | Z001 |
| | | A | | C | C | 2. Normal | P | D | R | PE | Z006 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Riesgo de desnutrición | P | D | R | TP | Z7241 |
| | | | M | N | N | 1. Talla baja | P | D | R | TE | E3431 |
| | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

En los Niños y Niñas de 05 a 09 años,

Considerar la siguiente clasificación:

| IMC PARA LA EDAD | | |
|------------------|-----------------------|--------------------|
| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN |
| E46X | < 5 percentil | Delgadez |
| Z7241 | ≥ 5 a < 10 percentil | Riesgo de delgadez |
| Z006 | ≥ 10 a < 85 percentil | Normal |
| E660 | ≥ 85 a < 95 percentil | Sobrepeso |
| E669 | ≥ 95 percentil | Obesidad |

| TALLA PARA LA EDAD | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE | CLASIFICACIÓN |
| E3431 | < 5 percentil | Talla Baja |
| Z7241 | ≥ 5 a < 10 percentil | Riesgo de Talla Baja |
| Z006 | ≥ 10 a ≤ 90 percentil | Normal |
| E3441 | > 90 a ≤ 95 percentil | Ligeramente Alto |
| E344 | > 95 percentil | Alto |

En el ítem 15: **Laboratorio** anote la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada:

- **TE** Talla para la edad
- **IMC** Índice de masa corporal

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 9 | M | N | N | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P | D | R | 1 | Z001 |
| | | A | | C | C | 2. Sobrepeso | P | D | R | IMC | E660 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Ligeramente alto | P | D | R | TE | E3441 |

Atención de Niños y Niñas con Problemas.- Actividad referida a las patologías encontradas durante el control en el área de crecimiento y desarrolloEn el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anotar claramente el tipo de diagnóstico encontradoEn el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "X" en P, D y R

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 9 | M | N | N | 1. Sobrepeso | P | D | R | TP | E660 |
| | | M | | C | C | 2. Riesgo en el Área del Lenguaje | P | D | R | | R6201 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Niños Recuperados.- Anote en:En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote los diagnósticos resultados de la clasificación de la evaluación del estado nutricional.En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque SIEMPRE "R"En el ítem 15: **Laboratorio** anote:

En el 1º Casillero: la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada

- **PE** Peso para la Edad
- **TP** Peso para la Talla
- **TE** Talla para la Edad
- **IMC** Índice de Masa Corporal

En el 2° Casillero **PC** si el paciente se ha recuperado

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|--------------|--------------|--------------|---|---------------------|---|--------------|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 7 | M | N | N | 1. Riesgo de Desnutrición | P | D | R | PE | Z7241 |
| | | M | | C | C | 2. | P | D | R | PC | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Consejería Nutricional.- Actividad por la que se proporciona información específica y necesaria, ajustada a la realidad local, para que la madre tome sus propias decisiones de manera informada sobre su alimentación y la nutrición de los niños. Tiene que cumplir los 05 pasos de la consejería. Son tres sesiones.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote

- En el 1° Casillero la morbilidad
- En el 2° Casillero la consejería nutricional

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico**, marque:

- En el 2° Casillero "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**: anote el número de sesiones 1, 2, 3... según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|--------------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 8 | M | N | N | 1. Sobrepeso | P | D | R | IMC | E660 |
| | | A | | C | C | 2. Consejería nutricional | P | D | R | 1 | U137 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

La Consejería Nutricional regular es parte componente de la Atención Integral del paciente, y como tal no debe separarse en un registro diferente, SOLO SE DEBE REGISTRAR SEPARADA DE LA ATENCIÓN CUANDO SE REALIZA DE MANERA ESPECÍFICA DEBIDO A QUE LA NIÑA O EL NIÑO PRESENTAN ANORMALIDADES EN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|--------|---|
| H669 | Otitis Media, no especificada (aguda) (crónica) |
| J00X | Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda |
| J029 | Faringitis Aguda, no especificada |
| J039 | Amigdalitis aguda, no especificada |
| J050 | Laringitis obstructiva aguda (crup) |
| J0501 | Crup leve |
| J068 | Faringoamigdalitis Aguda |
| J0681 | Faringoamigdalitis Purulenta |
| J0682 | Otras Faringoamigdalitis |
| J0691 | No neumonía |
| J209 | Bronquitis aguda, no especificada |
| J041 | Traqueitis |
| J0502 | Crup moderado |
| J1892 | Enfermedad muy grave |
| J0503 | Crup severo |
| J180 | Bronconeumonía, no especificada |

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|--------|---|
| J1891 | Neumonía Grave |
| J189 | Neumonía, no especificada |
| J40X | Bronquitis |
| J451 | Asma no alérgica |
| J4591 | SOB, sibilancia, hiperactividad bronquial |
| 94664 | Nebulización |

En las Atenciones de las Infecciones Respiratorias Agudas.- Tenga en cuenta lo siguiente:

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote claramente el tipo de diagnóstico

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marcar "X" en P, D y R cuando:

- **P** Diagnóstico Presuntivo, su carácter es provisional
- **D** Diagnóstico Definitivo, aquel que el sistema asume como caso nuevo y debe ser marcado en una sola oportunidad
- **R** Diagnóstico Repetido, cuando el paciente es atendido en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que se definió el diagnóstico definitivo.

En las Atenciones realizadas por el Médico

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anotar claramente el tipo de diagnóstico según la CIE X

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | N | N | 1. Faringoamigdalitis Aguda | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | J068 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Plan de Atención Integral | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | | U169 |
| | | | | R | R | 3. Normal | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | PE | Z006 |
| | | | M | N | N | 1. Riesgo de desnutrición | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | TP | Z7241 |
| | | | | C | C | 2. Normal | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | TE | Z006 |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Solo se coloca Tipo de Diagnóstico "R" si es el control, si es la 1º vez que se detecta algún Tipo de Diagnóstico se coloca "D", esto se aplica para todos los diagnósticos.

En las Atenciones realizadas por el Profesionales no Médicos o Técnicos.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote claramente la clasificación establecida:

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 10 | M | N | N | 1. No Neumonía | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | J0691 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Normal | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | PE | Z006 |
| | | | | R | R | 3. Sobrepeso | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | TP | E660 |
| | | | M | N | N | 1. Riesgo de Talla Baja | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> R | TE | Z7241 |
| | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

En los Controles de las Neumonías.- Registre:

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marcar SIEMPRE "R"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote el número de control 1, 2... según corresponda

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|---|--------------|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 8 | M | N | N | 1. Neumonía grave | P | D | R | 1 | J1891 |
| | | M | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Cuando el control se hace en el domicilio, registre:

En el ítem 15: **Laboratorio** anote **AE** Actividad Extramural

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|---|--------------|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 8 | M | N | N | 1. Neumonía grave | P | D | R | AE | J1891 |
| | | M | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

En la bronquitis aguda considere en:

En el ítem 16 los códigos:

- **J200 al J209** en los menores de 15 años (<= 15 años)

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 8 | M | N | N | 1. Bronquitis aguda | P | D | R | | J209 |
| | | A | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

- **J40X** en los mayores de 15 años (> 15 años)

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 58 | M | N | N | 1. Bronquitis | P | D | R | | J40X |
| | | A | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

En las Atenciones del Síndrome Obstructivo Bronquial (SOB) y Asma: Tener en cuenta en:

Niños Menores de 02 años, el código

- **J4591** SOB Sibilancia o Hiperactividad Bronquial

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 4 | M | N | N | 1. SOB Sibilancia o Hiperactividad Bronquial | P | D | R | | J4591 |
| | | M | | C | C | 2. Plan de Atención Integral | P | D | R | 1 | U169 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Niños menores de 05 años consideren los códigos siguientes:

- J450 Asma Predominantemente Alérgica. Bronquitis Alérgica
- J451 Asma No Alérgica
- J459 Asma No Especificada, Asma de Aparición Tardía
- J219 Bronquiolitis Sin Especificar, Bronquiolitis Aguda
- J46X Estado Asmático, Asma Aguda Severa

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 4 | M | N | N | 1. Asma no alérgica | P | D | R | | J451 |
| | | A | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

Nebulización

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anotar

- En el 1º Casillero el diagnóstico que requiere la Nebulización
- En el 2º Casillero la Nebulización

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "X"

- En el 1º Casillero en "D" la primera vez y las siguientes consultas "R"
- En el 2º Casillero en "D"

En el ítem 15: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero "PR" cuando se termina las nebulizaciones y el paciente es recuperado
- En el 2º Casillero en número de nebulizaciones

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 4 | M | N | N | 1. SOB Sibilancia o Hiperactividad | P | D | R | PR | J4591 |
| | | M | | C | C | 2. Nebulización | P | D | R | 3 | 94664 |
| | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Código

Diagnóstico / Actividad

| | |
|-------|--|
| A0090 | Sospechoso de Cólera |
| A0091 | Sospechoso de Cólera no especificado sin deshidratación |
| A0092 | Sospechosos de Cólera no especificado con deshidratación |
| A0093 | Sospechosos de Cólera no especificado con deshidratación con shock |
| A009 | Cólera |
| A09X1 | Enfermedad Diarreica Acuosa sin deshidratación |
| A09X2 | Enfermedad Diarreica Acuosa con deshidratación |
| A09X3 | Enfermedad Diarreica Acuosa con deshidratación con shock |
| A09X4 | Enfermedad Diarreica Disentérica sin deshidratación |
| A09X5 | Enfermedad Diarreica Disentérica con deshidratación |
| A09X8 | Enfermedad Diarreica Disentérica con deshidratación con shock |
| A09X6 | Enfermedad Diarreica Persistente |
| A09X7 | Diarrea Disentérica |
| U314 | Rehidratación Oral |
| U315 | Rehidratación Endovenosa |

En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda, registre:En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote claramente

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE X
- En el 2º casillero el tipo de rehidratación que recibe

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marcar "X" en P, D y R**EDA ACUOSA**

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 8 A | M | N | N | 1. EDA Acuosa sin Deshidratación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X1 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|-------|
| H.C. | LIMA | 4 A | M | N | N | 1. EDA Acuosa con Deshidratación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X2 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Oral | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U314 |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|--|-------|
| H.C. | LIMA | 3 A | M | N | N | 1. EDA Acuosa con Deshidratación con Shock | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X3 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Endovenosa | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U315 |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

SOSPECHOSOS DE COLERA

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|---------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 27 A | M | N | N | 1. Sospechoso de Cólera con Deshidratación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A0092 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Oral | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U314 |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|---------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|-------|
| H.C. | LIMA | 31 A | M | N | N | 1. Sospechoso de Cólera con Shock | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A0093 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Endovenosa | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U315 |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

EDA DISENTÉRICA

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 A | M | N | N | 1. EDA Disentérica sin Deshidratación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X4 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|-------|
| H.C. | LIMA | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1.EDA Disentérica con Deshidratación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X5 |
| | | A | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Oral | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U314 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|-------|
| H.C. | LIMA | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. EDA Disentérica con Shock | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X8 |
| | | A | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Rehidratación Endovenosa | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U315 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

EDA PERSISTENTE: AnoteEn el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote claramente

- En el 1º casillero Diarrea persistente

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. Enfermedad Diarreica Persistente | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A09X4 |
| | | A | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. | P | D | R | | |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|------------|-----------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> M | N | N | 1. Shigelosis sin Especificación | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | A039 |
| | | A | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Evaluación y Entrega de Resultados de Dx. | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | U2673 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

Visita Familiar Integral.- Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el Plan Familiar

Plan Familiar.- Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

Quando se realiza la visita por primera vez:En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote:

- En el 1º casillero el motivo de visita
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral
- El Plan Familiar de acuerdo al riesgo

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el 1º casillero "R"
- En los otros casilleros "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero el número **1** cuando se elabora el Plan Familiar

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | N | N | 1. Neumonía Grave | P | D | R | | J1891 |
| | | A | | C | C | 2. Visita Familiar Integral | P | D | R | 1 | U153 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Plan Familiar de Alto Riesgo | P | D | R | 1 | U721 |

Quando se hace Seguimiento al Plan Familiar

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero deje en **BLANCO**

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | N | N | 1. Neumonía grave | P | D | R | | J1891 |
| | | A | | C | C | 2. Visita familiar integral | P | D | R | 2 | U153 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Plan Familiar de alto riesgo | P | D | R | | U721 |

El número de visita no puede iniciar de 1 por que es el seguimiento.

Quando se termina con el Plan Familiar

En el ítem 15: **LAB**, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita según corresponda
- En el 3º casillero **TA** cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan Familiar.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| H.C. | LIMA | 2 | M | N | N | 1. Neumonía Grave | P | D | R | | J1891 |
| | | A | | C | C | 2. Visita Familiar Integral | P | D | R | 6 | U153 |
| | | 150101 | F | R | R | 3. Plan Familiar de Alto Riesgo | P | D | R | TA | U721 |

Supervisión Integral.- Es una interacción personal, individual o grupal, a través de la cual se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje entre supervisor(es) y supervisados(s) con el propósito de generar transferir o fortalecer capacidades orientadas a mejorar el desempeño del personal de la DISA / DIRESA en el desarrollo de los procesos de rectoría regional y la gestión de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** anote

- En el 1º casillero Supervisión Integral
- En el 2º casillero Actividad de Atención Integral del Niño

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "D" en ambos casos

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|--------|--------------|-----|--|------------------------|--------------|---|-----|--------|
| APP 100 | LIMA | | M | N | N | 1. Supervisión Integral | P | D | R | | U1051 |
| | | | | C | C | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | 150101 | F | R | R | 3. | P | D | R | |

Asistencia Técnica.- Actividad de seguimiento, monitoreo para fortalecer el o las áreas encontradas con problemas dentro de la supervisión.

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** anote

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividad de Atención Integral del Niño

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "D" en ambos casos

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 100 | LIMA | | M | N | N | 1. Asistencia Técnica | P | D | R | | U1052 |
| | | | | C | C | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

Reuniones de Sensibilización.- Mediante esta actividad se convoca a los actores sociales de la comunidad con el propósito de brindar información y lograr compromisos para iniciar acciones de salud a favor de la población.

En el ítem 7: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote los códigos que identificar al grupo a quien se dirige:

- Familia y Vivienda APP136
- Comunidad (Líderes / Autoridades) APP108
- Colegios (Profesores / Alumnos) APP93
- Municipios (Autoridades Municipales) APP104
- Establecimiento de Salud (Trabajadores de Salud) APP100
- Agentes Comunitarios APP138

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud**, anote:

- En el 1º casillero Reunión de sensibilización
- En el 2º casillero Actividad de Atención Integral del Niño

En el ítem 14: **Tipo de Diagnóstico** marcar "D" en ambos casos.

El ítem 15: **Laboratorio**, anote el número de participantes en las reuniones.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 136 | LIMA | | M | N | N | 1. Reunión de Sensibilización | P | D | R | 12 | U753 |
| | | | | C | C | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

Visita Comunitaria.- Visita a la comunidad para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a alcanzar una comunidad saludable (según fases de implementación) del programa municipio y comunidad saludables.

En el ítem 7: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote APP108 que es código de Comunidad

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** anote visita comunitaria

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "D"

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote el número de la visita

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 108 | LIMA | | M | N | N | 1. Visita Comunitaria | P | D | R | 2 | U158 |
| | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |
| | 150101 | | | | | | | | | | |

En las actividades siguientes:

- Sesión Demostrativa
- Sesión Educativa
- Capacitación

Registre de la siguiente manera:

En el ítem 7: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad.

- APP140 Actividades con niños

En el ítem 13: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** anote:

- En el 1º casillero la Actividad Preventiva Promocional que se realiza
- En el 2º casillero Actividad de Atención Integral del Niño

En el ítem 14: **Tipo de diagnóstico** marque "D" en ambos casos

En el ítem 15: **Laboratorio**, anote el número de participantes en el primer casillero.

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

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 140 | LIMA | | M | N | N | 1. Sesión Demostrativa | P | D | R | 10 | U1201 |
| | | | | | | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | | | | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | F | R | R | | | | | | |

Capacitación.- Es un proceso sistemático para adquirir o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 140 | LIMA | | M | N | N | 1. Capacitación | P | D | R | 30 | U124 |
| | | | | | | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | | | | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | F | R | R | | | | | | |

Taller en Salud.- Es la actividad que vincula la teoría con la práctica, donde los participantes contribuyen al análisis de un tema específico. Es el dirigido al personal de salud.

Actividad que es registrada por el responsable de realizar el taller y se hace cuando finaliza la actividad.

Las ponentes que participan con temas específicos al interior del taller, registrarán su actividad como sesión educativa.

| H.C./ F.F. | DISTRITO PROCED | EDAD | SEXO | EST | SER | DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO |
|---------------|--------------------|------|------|-----|-----|--|------------------------|---|---|-----|--------|
| APP 140 | LIMA | | M | N | N | 1. Taller de Salud | P | D | R | 15 | U122 |
| | | | | | | 2. Atención Integral del Niño | P | D | R | | U0040 |
| | | | | | | 3. | P | D | R | | |
| | 150101 | | F | R | R | | | | | | |

En el caso de la Etapa de Vida Niño solo se realizarán Sesiones Demostrativas cuando se realice la actividad con Niños, las Sesiones Educativas solo serán parte de la actividad del Taller de Salud