



# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

**Sistema de Información HIS**

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

**ATENCIÓN MATERNO PERINATAL**

**2013**



## ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ATENCIÓN MATERNO PERINATAL - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O080	Aborto séptico	O263	Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo
O109	Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo	O309	Embarazo múltiple, no especificado
O13X	Pre- eclampsia leve	O310	Feto papiráceo o feto comprimido
O141	Pre- eclampsia severa	O311	Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
O142	Síndrome de HELLP	O312	Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
O150	Eclampsia en el embarazo	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple
O152	Eclampsia en el Puerperio	O320	Atención materna por posición fetal inestable
O159	Eclampsia en período no especificado	O321	Atención materna por presentación de nalgas
O200	Amenaza de aborto	O322	Atención materna por posición fetal oblicua o transversa
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo	O323	Atención materna por presentación de cara, de frente o de mentón
O209	Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación	O324	Atención materna por cabeza alta en gestación a término
O210	Hiperémesis gravídica leve o no especificada	O325	Atención materna por embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más
O211	Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos	O326	Atención materna por presentación compuesta
O212	Hiperémesis gravídica tardía	O328	Atención materna por otras presentaciones anormales del feto
O218	Otros vómitos que complican el embarazo	O329	Atención materna por presentación anormal no especificada del feto
O219	Vómitos del embarazo, no especificados	O330	Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre
O220	Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo	O331	Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis
O221	Várices genitales en el embarazo	O335	Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande
O224	Hemorroides en el embarazo	O339	Atención materna por desproporción feto pelviana de origen no especificado
O230	Infección del riñón en el embarazo	O354	Atención materna por presunta lesión al feto debida al alcohol
O231	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	O355	Atención materna por presunta lesión fetal debida a drogas
O232	Infección de la uretra en el embarazo	O364	Atención materna por muerte intrauterina
O233	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	O365	Atención materna por déficit del crecimiento fetal
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O366	Atención materna por crecimiento fetal excesivo
O235	Infección genital en el embarazo	O367	Atención materna por feto viable en embarazo abdominal
O239	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
O240	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo	O479	Falso trabajo de parto, sin otra especificación
O241	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo	O48X	Embarazo Prolongado
O242	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo	O60	Trabajo de Parto prematuro
O243	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	O600	Trabajo de Parto prematuro sin parto
O244	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo		
O249	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo		
O25X	Desnutrición en el embarazo		
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo		
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo		
O262	Atención del embarazo en una abortadora habitual		
O264	Herpes gestacional		
O265	Síndrome de hipotensión materna		
O300	Embarazo doble		



Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O601	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro	O986	Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo
O602	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto a término	O987	Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O603	Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo	O988	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo
O8000	Parto espontáneo Vertical	O989	Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio
O8001	Parto espontáneo Horizontal	O990	Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio
O809	Parto único espontáneo sin otra especificación	O991	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del sistema inmunitario que complican el embarazo
O849	Parto múltiple, no especificado	O992	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo
O861	Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis)	O993	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo
O85X	Sepsis puerperal (endometritis pos parto)	O994	Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo
O860	Infección de herida Quirúrgica Obstétrica	O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo
O862	Infección de las vías urinarias consecutivas al parto	O996	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo
O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados	O997	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo
O369	Atención materna por problemas fetales no especificados	O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo
O40X	Polihidramnios	P073	RN Pre término
O410	Oligohidramnios	P95X	Muerte fetal (nacido muerto)
O411	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	99411	Sesión de estimulación temprana (pre-natal)
O429	Ruptura prematura de membranas, sin especificación	88141	Toma de muestra PAP
O432	Adherencia mórbida de la placenta	59025	Test no Estresante
O440	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia	Z298	Administración de vitamina A
O441	Placenta previa con hemorragia	Z298	Administración de sulfato ferroso y ácido fólico
O459	Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación	Z3182	Sesión de psicoprofilaxis
O468	Otras hemorragias ante parto	Z320	Embarazo aún no confirmado
O470	Amenaza de parto prematuro	Z321	Embarazo confirmado
O863	Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto	Z359	Supervisión de embarazo con riesgo
O868	Otras infecciones puerperales especificadas	Z3591	Gestante con factor de riesgo 1º trimestre (12 semanas)
O872	Hemorroides en el puerperio	Z3592	Gestante con factor de riesgo 2º trimestre (24 semanas)
O879	Complicación venosa en el puerperio, no especificada	Z3593	Gestante con factor de riesgo 3º trimestre (36 semanas)
O909	Complicaciones del puerperio no especificado	Z370	Nacido vivo, único
O910	Infecciones del pezón asociada con el parto	Z371	Nacido Muerto, único
O911	Absceso de la mama asociada con el parto	Z372	Gemelos, ambos nacidos vivos
O912	Mastitis no purulenta asociada con el parto	Z373	Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto
O94	Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	Z374	Gemelos, ambos nacidos muertos
O980	Tuberculosis que complica el embarazo		
O981	Sífilis que complica el embarazo		
O982	Gonorrea que complica el embarazo		
O983	Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo		
O984	Hepatitis viral que complica el embarazo		
O985	Otras enfermedades virales que complican el embarazo		



<b>Código</b>	<b>Diagnóstico / Actividad</b>	<b>Código</b>	<b>Diagnóstico / Actividad</b>
Z375	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos	59430	Puérpera
Z376	Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos	Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
Z377	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos	Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
Z381	Nacido fuera del hospital único	Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
Z382	A término (producto único en lugar no especificado)	U2601	Entrega de resultado PAP cuello uterino
Z384	Nacidos fuera del hospital gemelos	99403	Consejería nutricional
Z387	Nacidos fuera del hospital (varios)	99401	Consejería integral
86592	Prueba Rápida para SÍFILIS	C0009	Sesión demostrativa
81007	Tira reactiva para bacteriuria asintomática	C0010	Sesión educativa
82044	Proteinuria cualitativa en orina (tira reactiva)	U124	Capacitación
99344	Visita familiar integral	U1692	Plan de atención de parto
U122	Taller en salud	U262	Evaluación y entrega de resultado de diagnóstico
Z392	Seguimiento post parto de rutina	U0031	Actividad de Materno perinatal

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

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

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

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

En el ítem: Distrito de Procedencia, anote claramente el distrito del domicilio actual de la persona a la que se le aplicará la vacuna. Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

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

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

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

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

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

### ATENCIÓN PRENATAL

**Definición Operacional:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente en riesgo.

#### En la Atención Pre Natal

Frecuencia Óptima de Atenciones Prenatales

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre la 33 a 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas

#### Controles Mínimos

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas
- La Quinta entre las 33 a 35 semanas
- La Sexta entre las 37 a 40 semanas

### GESTANTE CON ATENCIONES

**Definición Operacional:** Son las atenciones prenatales que recibe la gestante durante el embarazo actual, incluyendo la primera y sexta atención.

### GESTANTE ATENDIDA

**Definición Operacional:** Es la gestante que acude a su 1º atención prenatal en el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud del Ministerio de Salud.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante en cada consulta
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1. según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**Cuando se toma Papanicolau, use otro registro:**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo      Z359
- En el 2º casillero Toma de PAP                                      88141
- En el 3º casillero Consejería Integral                              99401

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2, 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero:
  - Si es la 1º vez que se toma PAP en su vida "PV"
  - Si es la 2º a mas veces "PC"
- En el 3º casillero en número de sesión de consejería 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero **CU** para indicar que la orientación/consejería es por Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PC	88141
							R	R	3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	N	N	1.	P	D	R	CU	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		



### EN LAS OTRAS ATENCIONES PRENATALES

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 16 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3592
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3592
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	R		Z006
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### TAMIZAJE DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

**Definición Operacional.**- Actividad que se realiza a partir del 1er contacto de la gestante con el servicio, en establecimientos de salud desde el I.1.

En el registro anote:

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.
- En siguiente casillero Tamizaje de Bacteriuria Asintomatica **81007**

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero del Tamizaje:
  - **RP** si el resultado es positivo
  - **RN** si el resultado es negativo



**Cuando el resultado es negativo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<del>D</del>	R	1	Z3591
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Plan de parto	P	<del>D</del>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<del>D</del>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<del>D</del>	R	VIF	U140
							C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<del>D</del>	R	RN	81007
							F	R	R	3.	P	D	R	

**Cuando el resultado es positivo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<del>D</del>	R	1	Z359
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<del>D</del>	R	RP	81007
							R	R	3. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<del>D</del>	R		O234
						M	N	N	1. Administración de tratamiento	P	<del>D</del>	R		U310
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

**TAMIZAJE DE PROTEINURIA**

**Definición Operacional.**- Actividad que se realiza a partir del 1er contacto de la gestante con el servicio, en establecimientos de salud desde el I.1.

En el registro anote:

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.
- En siguiente casillero Tamizaje de Proteinuria **82044**

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero del Tamizaje:
  - **RP** si el resultado es positivo
  - **RN** si el resultado es negativo



**Cuando el resultado es negativo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
							C	C	2. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	82044
							F	R	R	3.	P	D	R	

**Cuando el resultado es positivo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	82044
							R	R	3.	P	D	R	RF	

**Cuando el resultado es positivo use otro registro acompañado de Supervisión de embarazo con riesgo y REGISTRE el tratamiento administrado**

**CUANDO TIENEN LOS RESULTADOS DE LA BATERÍA COMPLETA DE LABORATORIO**

**Definición Operacional.**- Se realiza en establecimientos que cuenten con servicio de laboratorio, la batería de análisis incluye: hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas para sífilis (prueba rápida o RPR) y para VIH (prueba rápida desde el EESS I1 y ELISA), urocultivo (en establecimientos que cuenten con servicio de microbiología) o examen completo de orina (en establecimientos que no cuentan con servicio de microbiología), uso de la cinta reactiva para detectar bacteriuria asintomático desde el primer nivel de atención I.1.

Incluye 2 veces durante el embarazo (1ra, se solicita en la 1ra atención y la 2da. en el 3er. Trimestre) excepto el grupo y factor RH.

En el registro anote:

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero la evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de evaluación de resultados según corresponda:
  - 1 cuando se tiene el resultado de la 1º batería
  - 2 cuando se tiene el resultado de la 2º batería



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U262
							R	R	3. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006

**SI VIENE CON LOS RESULTADOS DE LA BATERÍA DE ANÁLISIS COMPLETO Y NO LE TOCA LA ATENCIÓN PRE NATAL**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo **Z359**
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados **U262**

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2, 3 según el trimestre de gestación

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U262
							R	R	3.	P	D	R		

**ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA**

**Definición Operacional.-** Examen de ayuda al diagnóstico, será solicitada en la primera atención para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años y/o antecedentes de malformaciones congénitas solicitar evaluación del pliegue nucal fetal entre las 11 y 14 semanas. Se realiza en establecimientos que cuenten con equipamiento y personal capacitado.

La segunda ecografía se realiza para establecer el peso, placenta, **ILA, PBF**.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2, 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la ecografía 1, 2.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Ecografía, Útero Grávido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	76805
							R	R	3.	P	D	R		

**Cuando se realiza en el establecimiento de salud, esta actividad la registra la persona que realiza la ecografía; cuando la ecografía es realizada en un servicio privado el registro corresponde al personal que realiza la atención prenatal.**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2, 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la ecografía 1 ó 2.
- En el 3º casillero el "OTR" para indicar que ha sido tomada por un establecimiento privado



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Ecografía, Útero Grávido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	76805
							R	R	3.	P	D	R		OTR

**GESTANTE CONTROLADA:** Gestante que cumple su sexta atención prenatal.

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero el número 6

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 32 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z3593
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z006
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	99403
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**GESTANTE CONTROLADA CON BATERÍA COMPLETA DE ANÁLISIS**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número 6
- En el 2º casillero "PC"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 32 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z3593
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	PC	
							R	R	3.	P	D	R		

Solo se deberá registrar "PC", en el 6to control prenatal cuando la gestante tenga la batería de laboratorio completa, en caso contrario no se coloca "PC"

**GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA**

**Definición Operacional:** Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Debe iniciarse en el primer trimestre de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo.

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero el número de control correspondiente
- En el 2º casillero "TA"



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 38 semanas	P	<del>D</del>	R	8	Z3593
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2.	P	D	R	TA	
							R	R	3.	P	D	R		

### EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

**Definición Operacional:** Procedimiento que se realiza a la gestante, con el cual se determina el estado del feto, mediante **monitorización electrónica** de los movimientos fetales en relación a los latidos fetales y a las contracciones uterinas, las mismas que se solicitan según el caso, a partir de las 32 semanas de gestación.

**Se considera:**

Test no estresante a partir de establecimiento FONB que cuenten con equipamiento y personal capacitado.

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 Test no estresante **59025**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 3 correspondiente al trimestre de gestación

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	<del>N</del>	<del>N</del>	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<del>D</del>	R	3	Z359
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Test no estresante	P	<del>D</del>	R		59025
							R	R	3.	P	D	R		

### PLAN DE PARTO

**Definición Operacional:** Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la púérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de la atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o algún signo de alarma. Se necesita por lo menos 03 entrevistas con la gestante y su familia.

**EN LA 1º ENTREVISTA DEL PLAN DE PARTO.-** Se elabora en la primera atención prenatal y se le entrega a la gestante para que con su familia decidan todas las opciones concernientes a la atención.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Plan de Parto

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero el número 1 de 1º atención
- En el 2º casillero el número 1 por ser la primera entrevista



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	M	M	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	D	R	1	Z3591
	07033940						C	C	2. Plan de parto	P	D	R	1	U1692
							R	R	3.	P	D	R		

### EN LA 2º Y 3º ENTREVISTA DEL PLAN DE PARTO

Se realiza en el domicilio de la gestante para hablar con la familia acerca del plan de parto.

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

- En el 1º casillero plan de parto
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral
- En el 3º casillero el Plan Familiar de acuerdo al riesgo identificado

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número 2, 3 según corresponda la entrevista por el Plan de Parto
- 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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	M	M	1. Plan de parto	P	D	R	2	U1692
	07033136						C	C	2. Visita Familiar Integral	P	D	R	1	99344
							R	R	3. Plan familiar de mediano riesgo	P	D	R	1	U722

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

**PARA TODOS LOS CASOS DE SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES SE UTILIZARÁ EL CÓDIGO CIE10 "Z298" LA DIFERENCIACIÓN DEL TIPO DE SUPLEMENTACIÓN SERÁ A TRAVÉS DEL REGISTRO EN EL CAMPO "LAB"**

**Definición Operacional.**- Intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a las gestantes y puérperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones.

Se considera gestante suplementada, cuando la gestante recibe un total de **60 tabletas de 1 mg. de ácido fólico** (durante los 3 primeros meses de gestación) y **210 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico** (180 tab. de sulfato ferroso durante la gestación y 30 durante el puerperio).

Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento y carné perinatal.

### EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ACIDO FÓLICO

Gestante que recibe un total de 60 tabletas en el 1er. Trimestre del embarazo.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los siguientes casilleros las actividades del paquete de atención integral de la gestante
- En otro casillero Administración de Acido Fólico



En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el Casillero correspondiente al ácido fólico AF1 Para indicar la entrega (90)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	M	M	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						C	C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Bajo Peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O25X
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### EN LA ADMINISTRACIÓN DEL SULFATO FERROSO

**Definición Operacional.**- Tratamiento que se da a partir de las 16 semanas de gestación, son 180 tabletas en la gestante, se da 30 por vez (son 06 entregas)

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Sulfato Ferroso, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero correspondiente al sulfato ferroso
  - SF1 para indicar la 1º entrega (30)
  - SF2 para indicar la 2º entrega (30)
  - SF3 para indicar la 3º entrega (30)
  - SF4 para indicar la 4º entrega (30)
  - SF5 para indicar la 5º entrega (30)
  - SF6 para indicar la 6º entrega (30)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	M	M	1. Atención Prenatal 16 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3592
	30703940						C	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		O261
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		



### EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

**Definición Operacional.**- Actividad que se realiza dentro del control de la gestante para clasificar el estado nutricional. Considerar la siguiente clasificación para:

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL (IMC).**- Solo debe de registrarse en la 1ra. Atención prenatal, según la presente clasificación.

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E669	IMC > 29	Obesidad
E660	IMC <= 29 a > 26	Sobrepeso
Z006	<= 26 a >= 19.8	Normal
O25X	< 19.8	Bajo Peso

**GANANCIA DE PESO.**- Debe de registrarse en todas las atenciones prenatales a partir de las 12 semanas de gestación, según la presente clasificación.

CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
O261	Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Baja
Z006	Dentro de lo Recomendado según Semana Gestacional	Adecuada
O260	Mayor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Alta

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

- En el 3º ó 4º casillero los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" cuando se determina el diagnóstico y "R" cuando el mismo diagnóstico de la ganancia de peso se mantiene en todas las atenciones prenatales

En el ítem: Lab anote:

- En el Casillero correspondiente al índice de masa corporal anote las iniciales IMC

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Atención Prenatal 12 semanas	P	D	R	1	Z3591
	07033940								2. Plan de parto	P	D	R	1	U1692
									3. Gestante con peso normal	P	D	R	IMC	Z006
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	1. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	R		Z006
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Ocros	21A	M	M	M	1. Atención Prenatal 27 semanas	P	D	R	4	Z3591
	07033940						C	C	2. Gestante con peso Mayor a lo recomendado según semana gestacional	P	D	R		O260
							R	R	3.	P	D	R		

### TAMIZAJE PARA VIH EN GESTANTES CON PRUEBAS RÁPIDAS CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo Z359
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Pre Test Z7171
- En el 3º casillero Toma de Prueba para VIH 86703
- En el 4º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
  - **NEGATIVO Z7173**
  - **REACTIVO Z7172**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero anote 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre y post test
  - **1 si es la 1ra. Batería de laboratorio**
  - **2 si es la 2da. Batería de laboratorio**
- En el 3º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
  - **PRA = Cuando se trate de Prueba Rápida**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	M	M	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	Z359
	07033940						C	C	2. Orientación/Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1	Z7171
							R	R	3. Toma de Prueba para VIH	P	D	R	<b>PRA</b>	86703
						M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	D	R	1	Z7173
						C	C		2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

### CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo Z359
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Pre Test para VIH Z7171

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre test
  - **1 si es la 1ra. Batería de laboratorio**
  - **2 si es la 2da. Batería de laboratorio**



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7171
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO**

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo Z359
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Post test de acuerdo al resultado:
  - **NEGATIVO Z7173**
  - **REACTIVO Z7172**

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería post test
  - **1 si es la 1ra. Batería de laboratorio**
  - **2 si es la 2da. Batería de laboratorio**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7173
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO**

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la estrategia.

El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es "Prueba Rápida" la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa indicando utilizando el 2º campo Lab "RSA" de Riesgo Sanitario.

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

- En el 1º casillero Consejería Pre Test para VIH
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Orientación/Consejería Post Test Negativo o Reactivo según corresponda

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
  - PRA** = Cuando se trate de Prueba Rápida
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla "RSA" para indicar Riesgo Sanitario



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

**Cuando el resultado es REACTIVO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>PRA</b>	86703
							R	R	3. Orientación/Consejería Post Test Positivo	P	D	R	<b>RSA</b>	Z7172
						M	N	N	1. Profilaxis con Antirretroviral para transmisión vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z5185
							C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS**

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la estrategia.

El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es "Prueba Rápida" la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa indicando utilizando el 2º campo Lab "RMA" de Riesgo Sanitario.

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

- En el 1º casillero Consejería Pre Test para VIH
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Orientación/Consejería Post Test Negativo o Reactivo según corresponda

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:  
**PRA** = Cuando se trate de Prueba Rápida
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla "RMA" para indicar Riesgo Sanitario



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

### EN LAS GESTANTES CON ELISA REACTIVA EN GESTANTES CON PR REACTIVA

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo Z359
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultado de VIH U2652
- En el 3º casillero Orientación/Consejería Post Test Positivo Z7172

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el 2º casillero:
  - **ELI** = Cuando se trate de Prueba de Elisa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y Entrega de Resultado de VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ELI	U2652
							R	R	3. Orientación/Consejería Post Test Positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7172

**Este registro se realiza cuando se cuenta con los resultados de la prueba.**

### TAMIZAJE PARA SIFILIS EN GESTANTES CON PRUEBAS RÁPIDAS

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo Z359
- En el 2º casillero orientación/consejería ITS U130
- En el 3º casillero Toma de Prueba Rápida para SÍFILIS 86592

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

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero:
  - **1** si la prueba es tomada antes de las **24 semanas del embarazo**
  - **2** si la prueba es tomada después de las **24 semanas del embarazo.**
- En el casillero de la orientación/consejería ITS
  - **1** si es la **1ra. Batería de laboratorio**
  - **2** si es la **2da. Batería de laboratorio**
- En el 3º casillero:
  - **RP** si el resultado es positivo
  - **RN** si el resultado es negativo



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<del>D</del>	R	1	Z359
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Orientación/Consejería ITS	P	<del>D</del>	R		U130
							R	R	3. Toma de Prueba rápida para Sífilis	P	<del>D</del>	R	RN	86592

### TAMIZAJE PARA SIFILIS EN PUERPERAS CON PRUEBAS RÁPIDAS

Solo se registrará en Materno cuando la puérpera no se realizó el tamizaje durante la gestación

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

- En el 1º casillero Control de Puerperio 59430
- En el 2º casillero orientación/consejería ITS U130
- En el 3º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis 86592

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

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 3º casillero:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Control de Puerperio	P	<del>D</del>	R	1	59430
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Orientación/Consejería ITS	P	<del>D</del>	R		U130
							R	R	3. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<del>D</del>	R	RN	86592

### SI LA PRUEBA SE REALIZA FUERA DEL CONTROL DE PUERPERIO

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería ITS U130
- En el 2º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis 86592

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero la sigla "P" de Puérpera
- En el 2º casillero:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Orientación/Consejería ITS	P	<del>D</del>	R	P	U130
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<del>D</del>	R	RN	86592
							R	R	3.	P	D	R		



**CUANDO EL TAMIZAJE DE SÍFILIS SEA A TRAVÉS DE RPR**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940								2. Evaluación y Entrega de Resultados de RPR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	Z0174
									3. Orientación/Consejería ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130

**GESTANTE CON MORBILIDAD**

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante la gestación y enfermedades transmisibles y no transmisibles.

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O234
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	28A	M	N	N	1. Pre eclampsia Leve	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O13X
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

## PUÉRPERA CON MORBILIDAD

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante el puerperio.

**La codificación de estas patologías se encuentran descritas principalmente en los grupos CIE10 O85 – O92**

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Sepsis puerperal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O85X
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

En el ítem: Lab anote la letra "P" para indicar que es puérpera

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	28A	M	N	N	1. Mastitis no purulenta asociada con el parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	O912
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

## ESTIMULACIÓN PRENATAL

Conjunto de intervenciones que se realizan con la participación activa de la madre, padre, la familia y la comunidad con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento; las mismas que deben de contribuir a disminuir las situaciones de riesgo biológico o psicosocial que podrían alterar su proceso de desarrollo y maduración así como de la salud integral de la madre.

### Son 8 sesiones

En el I Trimestre: 2

En el II Trimestre: 3

En el III Trimestre: 3

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anotar la estimulación prenatal, especificando el número de sesión.

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

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5 y 6 según corresponda.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Estimulación pre natal 1º sesión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99411
	07033136						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**NOTA.- USE UN REGISTRO POR CADA GESTANTE**

### PSICOPROFILAXIS

**Definición Operacional:** Preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor y a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna perinatal. Se le brinda a la gestante a partir de las 28 semanas.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anotar la psicoprofilaxis especificando el número de sesión.

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

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5, 6 según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Psicoprofilaxis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3182
	07033136						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### ATENCIÓN DEL PARTO

**ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL:** Solo registran en el HIS los establecimientos que no tienen internamiento y se presenta el parto inminente en el consultorio.

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

- En el 1º casillero anote el tipo de parto
- En el 2º casillero el producto del parto

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

En el ítem: Código, considere lo siguiente:

- Parto Espontáneo Vertical O8000
- Parto Espontáneo Horizontal O8001

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Parto espontaneo vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O8000
	07033136						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z370
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**ATENCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO:** Cuando el personal de salud atiende el parto en el domicilio, SOLO EN CASOS DE EMERGENCIA.

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

- En el 1º casillero anote el tipo de parto
- En el 2º casillero el producto del parto

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

En el ítem: Lab anote en el 1º casillero **AE** de Actividad Extramural

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Parto espontaneo Horizontal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>AE</b>	O8001
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z370
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### PARTO ATENDIDO POR PARTERA, AGENTE COMUNITARIO, FAMILIAR U OTRO

Esta información será obtenida cuando la puérpera viene a su primer control en el establecimiento de salud.

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

- En el 1º casillero el control de la puérpera
- En el 2º casillero la expedición del certificado de nacimiento

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control
- En el 2º casillero el código de acuerdo a lo siguiente:
  - **PAR** si fue atendido por partera
  - **FAM** si fue atendido por un familiar
  - **PDS** si fue atendido por agente comunitario
  - **OTR** si fue atendido por Otros

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Expedición certificado de nacimiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>FAM</b>	Z0273
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### ATENCIÓN A LA PUÉRPERA

**Definición Operacional:** Atención que se otorga a la puérpera con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar cuadros mórbidos relacionados con el parto o puerperio.

Están consideradas las siguientes actividades:

- **Control de la Puérpera:** Son dos consultas después del alta Es a los 07 y 30 días después del alta.
- **Administración del Sulfato Ferroso y Ácido Fólico:** 30 comprimidos en una sola vez.
- **Administración de Vitamina A:** 01 comprimido por única vez

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero En el casillero correspondiente a la consejería nutricional el número que corresponda
- En el 3º casillero correspondiente al sulfato ferroso SF7
- En el 4º casillero correspondiente a vitamina a VA1



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Control de puérpera	P	D	R	1	59430
	07033136						C	C	2. Consejería Nutricional	P	D	R	5	99403
							R	R	3. Administración de sulfato ferroso	P	D	R	SF7	Z298
						M	N	N	1. Administración de vitamina A	P	D	R	VA1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

### GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

**Definición Operacional:** Es aquella que cumplió con todas las actividades programadas y termino en una atención de parto institucional.

En el ítem: Lab en el registro de Plan de parto "TA" de actividad terminada.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	N	N	1. Control de puérpera	P	D	R	1	59430
	07033136						C	C	2. Plan de parto	P	D	R	TA	U1692
							R	R	3.	P	D	R		

### REFERENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

FON	EMERGENCIA		CONSULTA		AYUDA AL DX.		PARTOS
	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	
DE FONP							
DE FONB							
DE FONE							
TOTAL							

El registro lo realiza el establecimiento de salud que refiere a la paciente o al recién nacido

#### REFERENCIA OBSTÉTRICA POR EMERGENCIA

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **EMG**



DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	235657	03136307	2	80	Huamanga	28A	M	N	N	1. Hemorragia Anteparto, no Especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>EMG</b>	O469
	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	2. Historia personal de complicaciones del Embarazo, del Parto y del Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z875	
	R							R	3.	P	D	R			

**REFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO POR EMERGENCIA**

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **EMG**

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	98896	98786334	2	80	Huamanga	1D	M	N	N	1. RN Afectado por complicaciones no especificadas del Trabajo de Parto y del Parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>EMG</b>	O469
	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
	R							R	3.	P	D	R			

**REFERENCIA POR CONSULTA OBSTÉTRICA**

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	33441	54323112	2	80	Huamanga	28A	M	N	N	1. Edema Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>RF</b>	O120
	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pre- Eclampsia Leve	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		O13X	
	R							R	3.	P	D	R			

**REFERENCIA POR CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO**

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**

DÍA	H.C.		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	362575	01363307	2	80	Huamanga	7D	M	N	N	1. Ictericia Neonatal, no Especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>RF</b>	P599
	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	R							R	3.	P	D	R			



### REFERENCIA OBSTÉTRICA POR AYUDA AL DIAGNÓSTICO

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**
- En el 2º casillero **PD (por diagnóstico)**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	67533	2	80	Huamanga	30A	M	N	N	1. Infección no Especificada de las Vías Urinarias en el Embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	<b>RF</b>	O234
	2.								P	D	R	<b>PD</b>		
	3.								P	D	R			

### REFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO POR AYUDA AL DIAGNÓSTICO

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

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**
- En el 2º casillero **PD (por diagnóstico)**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	235657	2	80	Huamanga	6D	M	N	N	1. Anemia de la Prematuridad	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	<b>RF</b>	P612
	2.								P	D	R	<b>PD</b>		
	3.								P	D	R			

### REFERENCIA PARA ATENCIÓN DE PARTO

#### Si el parto no presenta complicación

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo Z359

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	75676	2	80	Huamanga	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>RF</b>	Z359
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			

#### Si el parto presenta alguna complicación

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

- En el 1º, 2º... casillero el o los diagnósticos motivo de la referencia
- En el último casillero Supervisión de embarazo con riesgo Z359



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RF**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	34554	2	80	Huamanga	33 A	M	N	N	1. Desprendimiento Prematuro de Placenta sin otra Especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>RF</b>	O459
	09090778								2. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z359
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	87867	2	80	Huamanga	21 A	M	N	N	1. Fracaso de la Prueba del Trabajo de Parto, no Especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>RF</b>	O664
	75766445								2. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z359
									3.	P	D	R		

Para registrar las referencias por Parto siempre se debe acompañar al(los) diagnóstico(s) con “Supervisión de embarazo con riesgo Z359”, sea el parto con o sin complicaciones.

## B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

### VISITA FAMILIAR INTEGRAL (99344)

**Definición Operacional:** Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar la captación, el seguimiento a la gestante o a las gestantes con identificación de complicaciones, 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 auto diagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

#### PLAN FAMILIAR

**Definición Operacional:** 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

### ELABORACIÓN DEL PLAN FAMILIAR (CUANDO SE REALIZA LA VISITA POR PRIMERA VEZ): CUANDO SE REALIZA A LA GESTANTE

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo Z359
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral 99344
- En el 3º casillero El Plan Familiar de acuerdo al riesgo identificado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D”

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de embarazo 1, 2 ó 3 según corresponda
- 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



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	24A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan familiar de mediano riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U722

**CUANDO SE REALIZA A LA PUÉRPERA:**

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

- En el 1º casillero seguimiento de post parto de rutina

En el ítem: Código, codifique siempre:

- En el 1º casillero el código Z392

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Seguimiento post parto de rutina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z392
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan familiar de mediano riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U722

**CUANDO SE HACE SEGUIMIENTO AL PLAN FAMILIAR**

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de embarazo
- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda
- En el 3º casillero deje en BLANCO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	24A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan familiar de mediano riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U722

**EL NÚMERO DE VISITA NO PUEDE SER 1 PORQUE ES EL SEGUIMIENTO.**

**CUANDO SE TERMINA CON EL PLAN FAMILIAR**

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de embarazo
- 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.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	24A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan familiar de mediano riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U722



### SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa C0009
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal U0031

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	APP93	/	/	San Juan de Miraflores	/	/	/	/	1. Sesión educativa	P	D	R	12	C0009
									2. Actividades de Materno Perinatal	P	D	R		U0031
									3.	P	D	R		

### SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

**Definición Operacional:** Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa C0010
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal U0031

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	APP100	/	/	San Juan de Miraflores	/	/	/	/	1. Sesión Demostrativa	P	D	R	20	C0010
									2. Actividades de Materno Perinatal	P	D	R		U0031
									3.	P	D	R		



### CAPACITACIÓN (U124)

**Definición Operacional:** Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

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

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre según sea el caso:

- APP100 Establecimiento / Personal de Salud
- APP138 Agente Comunitario en Salud
- APP144 Actividades con Docentes
- APP145 Actividades con Alumnos
- APP146 Actividades con Padres
- APP157 Trabajadores en General

**Puede utilizar cualquier otro APP descrito en el capítulo general del presente documento técnico para indicar el grupo objetivo a quien se realiza la capacitación.**

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

- En el 1º casillero Capacitación U124
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal U0031

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

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	APP140			San Juan de Miraflores			M	N	1. Capacitación	P	D	R	24	U124	
								C	C	2. Actividades de Materno Perinatal	P	D	R		U0031
								F	R	R	3.	P	D	R	

Cuando la Capacitación sea realizada para otro personal que no sea de salud utilice el **código U124 y registre de la misma manera como se muestra en el ejemplo anterior**; en el ítem: Historia Clínica debe identificar el APP que corresponda el grupo poblacional al que va dirigida la capacitación. (Revise el capítulo de Generalidades para conocer el listado de APP).

**Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar.**

**Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y se ser posible lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.**