

MANUAL DE USUARIO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (E - QHALI)

MÓDULO DE INMUNIZACIONES



MODO DE INGRESO AL MODULO DE INMUNIZACIONES

- a. Usar el navegador Google Chrome o Firefox
- b. Escribir la URL de la siguiente forma:



c. Escribir el usuario y contraseña (en este caso es el DNI del usuario generado por el sistema)



Nota: Por medidas de seguridad, se recomienda cambiar la contraseña, una vez ingresado al sistema.



DESCRIPCIÓN DE LA PÁGINA DE INICIO DEL MODULO

En la página inicial del módulo de inmunizaciones se presenta de la siguiente manera:

- 1. *La búsqueda del niño* se puede realizar por DNI (apellidos y nombres, CNV, carnet de extranjería).
- 2. Se debe escribir el N° DNI, CNV, Acta de nacimiento u otro documento que identifica el menor.
- 3. *Relación de vacunas programadas del día de hoy* con la opción descargar lista.
- 4. *Relación de vacunas retrasadas más de 1 semana*, este es un reporte en la cual aparece la relación de pacientes que no fueron vacunados a la fecha programada, con opción de descargar.

ipo de documento DNI/LE	1.	Ingrese número de documento Buscar por número documento	, 2 Buscar	
PACIENTES CON VA	CUNA PROGRAI	MADA HOY 3		Descargar
Paciente			Opciones	
PACIENTES CON VA	ACUNACIÓN RET	RASADA MÁS DE 1 SEMANA	4	Descargar
Paciente			Opciones	

OPCIONES DE ACCESO AL MODULO





Característica del Calendario de Vacunas

- 1. *Encabezado y datos del paciente* (Consta del nombre, fecha de nacimiento, edad, antecedentes y reacciones adversas). El icono del ojo (accede a la sección de afiliación del paciente).
- 2. Botón *Edita* (en la cual se puede editar el listado de antecedentes) y el icono *Impresora* (consta del carnet detallado de vacunas, carnet de vacunas y las fichas de atención del SIS).
- 3. Calendario de vacunas nacional.

1	F. Nac: 29/11/14 (3 años ó meses 10 días) Antecedentes: No Reacciones a vacuna: No												
	R.N.	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	10 meses	12 meses	15 meses	18 meses	22 meses	3 años 6 meses	4 años 4 meses
HvB RN	✓ 29/11/14											+ 💼	
BCG	✓ 29/11/14											+ 💼	
Pentavalente HB DPT		✓ 29/01/15	29/03/15	29/05/15								+ 💼	
HvB												+ 💼	
Polio		atrasada		✓ 31/05/15		31/07/15	30/09/15				30/09/16	+ 💼	31/03/19
Rotavirus		✓ 29/01/15	29/03/15									+ 💼	
Neumococo		atrasada										+ 💼	
Influenza pediátrica					atrasada							+ 💼	
SPR								atrasada				+ 💼	
Varicela								atrasada				+ 💼	
AMA									atrasada			+ 💼	
DPT					2					atrasada		+ 💼	
DT adulto					3							+ 💼	
Influenza adulto												+ 💼	
SR												+ 💼	
VPH												+ 💼	



REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS AL MODULO

 Si el niño es atendido por primera vez saldrá esta ventana emergente de "Antecedentes", la cual deberá ser llenada por primera y única vez por la madre o tutor del paciente (ya que el niño es menor de edad). Las preguntas están relacionadas con las vacunas que ha hecho alguna reacción adversa el niño, alergia a medicamento y otros datos que se encuentra en (*) porque son obligatorias:

A							ISET
	ANTECEDENTES					×	
MARIAN							
	Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.						
	¿La persona a vacunar está enferma hoy?* 💿 SI 💿 NO 🛞 NO SABE						s
	¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?* 💿 SI 💿 NO 🛞 NO S	ABE					
	¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?*	0	5I©	NO®	NO SABE		
lente	¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?*	0	5I_	NO®	NO SABE		
	¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?*	0	SIO	NO®	NO SABE		
	¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?*	0	SIO	NO®	NO SABE		
<u>.</u>	En el último año, ¿La persona ha recibido una transfusión sanguínea o de productos hemáticos, o inmunoglobulinas?*	0	5IO	NO®	NO SABE		
pediátri	¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?*	0	SIO	NO®	NO SABE		
	¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?* 💿 SI 💿 NO 🛞 NO SABE						
						GUARDAR	

 Cada pregunta muestra tres opciones por responder (SI / NO / NOSE), si la respuesta emitida es SI, se visualiza otra pregunta para especificar los datos solicitados. Al terminar NO OLVIDAR hacer click en GUARDAR para que automáticamente el sistema guarde estos datos.

				L
	ANTECEDENTES			×
IAN				
	Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.			
	: La nersona a vacunar está enferma hov?* 💦 SI 🥼	NO @ NO SABE		
	¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a a	alguna vacuna?* 🔶 SI 🔵 NC	O 💿 NO SABE	
	Peaceión adversa disensationda en HC a		AGREGAR REACCIÓN ADVERSA	
	Reacción adversa diagnosticada en ric a	*		
e	Vacuna Cuadro clínico		¿Tiene contraindicación?	eliminar
	¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?*		○ SI○ NO [®] NO SABE	
	¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cereb	ral?*	SIO NO® NO SABE	
	¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro pr	oblema del sistema inmune?*	SIO NO® NO SABE	
	i la nersona convive con nersonas de edad avanzada o con	cáncer, trasplantes o alguna otra circunstano	ia que O SIO NOR NO SABE	
átri	afecte a la inmunidad?*		a que 0 0.0 nog no onoe	
	En el último año, ¿La persona ha recibido una transfusión sa	nguínea o de productos hemáticos, o	○ SI○ NO® NO SABE	
	inmunoglobulinas?*			
	¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticano los últimos 2 mesos 24	cerosos o ha recibido tratamiento con radiot	erapia en 🛛 🕤 NO 🖲 NO SABE	
	los didinos 3 meses : "			
	¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?*	🔘 SI 🔘 NO 🛞 NO SAE	E	
	1			
to	i			GUARDAR



3. En el icono del **"OJO"** accedemos a los datos de afiliación del paciente, en la cual se puede editar datos del paciente. Al terminar de actualizar, clic en botón *GUARDAR*

		C					
Datos del paciente							×
Número de CNV	99999999			N° HC	N° /	AC	
Tipo de documento			•	Nro de documento			
Nombres				Apellido paterno			
Apellido materno				Género			•
Tipo de seguro			¥	Etnia			•
Direccion reniec							
Departamento Lima domicilio*	•	Provincia domicilio*	Lima	•	Distrito domicilio*	Chorrillos	•
Dirección actual	-				Å		
Sector				Teléfono fijo			
Manzana	Lote			Celular			
Visita domiciliaria			¥	Correo electrónico			
							ACTUALIZAR

4. Si el paciente está programado la vacunación del día, clic en el botón "+", la fila de vacuna que corresponde.

	Г					
		R.N.	2 meses	7 meses	12 meses	15 meses
IvB RN		atrasada				
CG		atrasada				+ 💼
entavalente	HIB HIB DPT		atrasada			+ 💼
ŧνΒ						+ 💼
Polio			atrasada			+ 💼
Rotavirus			atrasada			+ 💼
Veumococo			atrasada			+ 💼
nfluenza pediátrica				atrasada		+ 💼
3PR					atrasada	+ 💼
/aricela					atrasada	+ 💼
AMA						✓ 31/05/18 11
DPT						
)T adulto						+ 💼
nfluenza adulto						+ 💼
R						+ 💼



5.- En este ejemplo, *la fecha y hora (1)* aparece en forma automática, así como los *lotes, fecha de expiración, fabricante de la vacuna (2).* Si pertenece a un *grupo de riesgo (3)*. Al completar los campos requeridos, clic botón *GUARDAR (4).*

Los campos con aste	risco(*) son campos requeridos.			
VACUNA: N	eumococo			
¿Se colocó la vacuna	en otra fecha?* O Sele	ii ● No ccione "Sí" en caso sea una vacuna de fecha pasad	la	
Fecha*	08/06/2018 🛗 Hor	a 10:50 1		
Lote		Fecha expiración	*	
Fabricante		2		
Grupos de riesgo	3		٣	
Tiene comorbilid	d			
Cancelar			Guardar	4

Recomendación: En un lugar visible de uso exclusivo de enfermera debe tener el listado de los lotes y fabricantes de cada vacuna.



REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS

- 1. La búsqueda del paciente (puede ser por DNI, apellidos y nombres, CNV, carnet de extranjería).
- 2. En este caso el niño tiene vacunas aplicadas anteriores y que no están registradas del módulo se realiza de la siguiente manera.





- 3. Responder la pregunta **¿Se colocó la vacuna en otra fecha?** Y marcar **SI**, se desbloquea la fecha en la cual selecciona el día que se aplicó la vacuna.
- 4. Si ese mismo día se aplicó más de una vacuna, se desglosara el listado de las otras vacunas.
- 5. *Escribir el nombre del establecimiento de salud* donde se aplicó la vacuna.
- 6. Los campos Lote, fecha de expiración, fabricante y nombre comercial son opcionales.
- 7. Marcar si desea enviar esta información al HIS MINSA.
- 8. Al terminar de llenar, clic en botón GUARDAR.

Los campos con asterisco	(*) son campos requeridos.	
VACUNA: Pen	tavalente	
¿Se colocó la vacuna en o	stra fecha?* Image: Si Image:	
Fecha*	i/06/2018	
Otras vacunas	x Rotavirus x Polio	
Establecimiento	Escriba el nombre del establecimiento 5	-
Lote	Fecha expiración	#
Fabricante		
Nombre comercial	0	
 Enviar al his Seleccione si desea qui fabricante son obligato Tiene comorbilidad 	ie esta vacunación sea migrada al HISMINSA. El establecimiento será obtenido del usuario, el lote, fecha expiración, orios. Si se selecciona "Enviar al HIS" la atención sólo debe tener vacunaciones a migrar	
Cancelar	8	Guardar

Con la vacuna ya registrada y también habilita la cita de la próxima vacuna para aplicarse.



LEYENDA DE ALARMAS QUE PRESENTA EN MODULO

Programada según Esquema de	Vacuna Atrasada	✓Administrada	Próxima dosis con cita	jVacunar Hoy!
vacunación				



REPORTE QUE EMITE EL MÓDULO DE INMUNIZACIONES

PARA EL PACIENTE

Carnet Detallado

		Carnet de	vacunación	
Paciente:			Fecha de nacimiento:	
EE.SS: CES	AR LOPEZ SILVA		Fecha de impresión:	08/06/2018
Su niño está pro	tegido con:			
Vacuna	Protege con	ntra		Fecha vacunación
AMA Tiene cita próxin	atenuados y fiebre amari causa fiebre casos puede sangrado de	protege a su niño(a) con la es frecuente en algun , color amarillento de la , complicarse y producir , boca y fosas nasales e es vacunas:	va recite antalina vivos ntra esta enfermedad. La as zonas de nuestro país, piel y vómitos, en algunos vómitos con sangre, inclusive muerte.	1ª dosis - 31/05/18
Vacuna		Fecha cita		
Tiene vacunas a	ún pendientes			
Edad en meses	Vacuna	Fecl		
18	DPT	1ª de	osis - 18/08/18	
1.0	DOT	63 1	40/00/04	

Carnet menor de 5 años

PERU Ministerio de Salud	CA	RNE DE	D	E SALUD DEL NIÑ@
Nº HC:		Nº Carpet	a FA	M:
Cod. de Afiliación:				
Fecha de Nacimiento: 18/02/2017				CUI/DNI: 90085462
Nombre y Apellidos: STHEFANO J	OSUE VENTURA ANI	LAS		
- Del Niño:				
- De la Madre:				DNE
- Del Padre:				DNI:
Dirección: CALLE LOS ROBL	ES MZ B-1 LT 12 URI	B. PASEO DE LA	REP	UBLICA
E-mail:				Teléfono:
Establecimiento: CESAR LOPEZ SIL	VA			
Programa de Apoyo Social:				
Tuberculosis (BCG): (Reci	VACUNACIÓN én nacido)	(Anotar Fechas):		
Antihepatitis (HvB): (Reci	én nacido)			
	IPV			Antipolio:
Fechas de las próximas dosis:			_	Ber (8 menne)
1ra (2 meses)	2da (4	meses)	3ra (6 meses)	
Pentavalente:	(DPT + H	lib + HvB)	_	
Fechas de las próximas dosis:				
1ra (2 meses)	2da (4	meses)		3ra (6 meses)
Neumococo:	menor	de 1 año		1 año
Fechas de las próximas dosis:				
1ra (2 meses)	2da (4	meses)	3ra (12 meses)	
Rotavirus:				
Fechas de las próximas dosis:				
1ra (2 meses)				2da (4 meses)
Influenza:			_	
Fechas de las próximas dosis:				2da dosis
1ra dosis				20a dosis
Sarampión, Rubeola	y Paperas (SPR):		_	Antiamarilica:
1ra dosis (12 meses)				
2da dosis (18 meses)			15 m	neses: 31/05/2018
1er Refuerzo DPT (18 me	ises)		1er F	Refuerzo APO (18 meses)



PARA EL ESTABLECIMIENTO

Reporte Diario de Vacunación y Seguimiento Menor 5 años

9	PERÚ Ministerio de Salud Tecnologia de la Información REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMENTO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS																												
A. DIREC B. RED: C. MICRI D. ESTAB E. FECHU	ECODID ESULD LUN SUR P. DEPARTMENTO Lina K. ESTINATESA DE CAFTACION 2: VLULAS SUNDOR-LURIN-RACHAGINGO-PUCUSINA G. EPROVICIA K. ESTINATESA DE CAFTACION 2: VLULAS SUNDOR-LURIN-RACHAGINGO-PUCUSINA H. DISTRITO K. ESTINATESA DE CAFTACIONAL 2: VLULAS SUNDOR-LURIN-RACHAGINGO-PUCUSINA H. DISTRITO K. ESTINATESA DE CAFTACIONAL 2: VLULAS CALL SUNDOR-LURIN-RACHAGINGO-PUCUSINA H. DISTRITO K. ESTINATESA DE CAFTACIONAL 2: DEVACUMANCIO MUNICIPALIZZA K. ESTINATESA DE CAFTACIONAL K. K. 2. DISTRICULARA 2: DEVACUMANCIO MUNICIPALIZZA K. LI DEMANDA DE MACINATIONAL K. K. 2. DISTRICULARA 2: DEVACUMANCIO MUNICIPALIZZA K. LI DEMANDA DE MACINATIONAL K. K. 2. DISTRICULARA 2: DEVACUMANCIO MUNICIPALIZZA LUNICAD ELECUTORA K. K. 2. DISTRICULARA 2: DEVACUMANCIO MUNICIPALIZZA LUNICAD ELECUTORA K. K. 2. DISTRICULARA																												
L.	М.	N.	0.	P.R	ESIDENCIA HABITUA	L.	Q.									1. Nenores di	e 01 año												_
N.º de Historia cífnice	N ^a de DNI	Nombres y apellidos	Directión	Departamento	Provincia	Distrito	Edad puntual	80 24H 28	G D 0111 B 1110, 28D	HIB	44 F	An IPV	1pollo APO 2* 3*	Per 1*	tavalente 2* 3*	Solo par Dt(p) 2* 3*	Pentavaleno HuB	HB	3* 11	totavirus • 2*	Neumococo	Influenza estacional (partir de 07 meses) 1* 2*	Antipolio (IPV) (Población en riesgo)	v, Neumococo	1 Afo, 11 SPI	Meses, 20 Dies Influenza estacional (solo los que no completaron su esquema o no fueror vecunedos) 1" 2"	12 a 23 meses Neumococco (solo niños no vacunados anteriorment e) 1° 2°	15 meses Antiama rilica	18 mes PR Ref. DPT 2* 1*
								0	0 0	0 0	0 0	0	0 0	0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	0 0	0 0	0 0	0 0 0	0 0	0	0 0 0	0 0 0	0	0 0

REGISTRÓ DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DE MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA (MER), INFLUENZA Y OTROS GRUPOS

9	PERÚ Min	nisterio Oficina General de Salud Tecnologías de la Inform	hación	REGISTRO I	DIARIO DE VACUN	ACION Y SEGUIMI	ENTO DE MUJER	EN EDAD REPR	RODUCTIVA (I	IER), INFLUE	NZA Y OTROS	GRUPOS					
A DIREC B. RED: C. MICR D. ESTA E. FECH	CCION DE SALUD: ORED: BLECIMIENTO: A DE VACUNACIÓ	LIMA SUR VILLA EL SALVADOR - LURIN - PACHACAN CESAR LOPEZ SILVA CESAR LOPEZ SILVA 0106/2018 AL 0206/2018	IAC - PUCUSANA	F. DEPARTAMENTO: G. PROVINCIA: H. DISTRITO: I. LUGAR DE LA VACUNACIO J. UNIDAD EJECUTORA:	Lima Lima Villa El Salvador N:			K ESTRATEC K.1. REGULA K.1.1. K.1.2.5	SIA DE CAPTACIÓ R DEMANDA POBLA SEGUIMIENTO DO	N CIONAL MICILIARIO			K2.N K21. K22. K23. K24.	O REGULAR CAMPAÑA DE VA JORNADA DE VAI BARRIDO CONTROL DE BR	CUNACIÓN CUNACIÓN OTE		
L	м.	N.	0.	P. (RESIDENCIA HABITUAL				1. dT adulto en m	ujeres en Edad Rep	oductive (M.E.R.) de	10 a 49 años					1
							Niñas de 10 a 11 años Adolescentes de 12 a 17 años				Jóvenes de	18 a 29 años	Mujeres de 30 a 49 años				Vard
N.º de Historia cifnica	N.º de DNI	Nombres y apellidos	Dirección	Departamento	Provincia	Distrito	No gestantes	Gestantes	No gestantes	Gestantes	No gestantes	Gestantes	No gestantes	Gestantes	10 - 11 años 1° 2° 3°	12 - 17 años 1° 2° 3°	18
1																	

Analítico Mensual





Reporte diario detallado

@	PERÚ	Ministerio de Salud	Oficina Genera Tecnologías de	l de la Informació	n		REGIS	TRO DE	TALLADO	D DE VACU	INACIÓN DEL E	STABLECIM	ENTO DE SALUD					
A. DIREC B. RED: C. MICR D. ESTA E. FECH	CION DE DRED: BLECIMIEN A DE VACI	SALUD: ITO: UNACION:	LIMA CENTRO SAN JUAN DE LUI SAN FERNANDO SANTA ROSA DE I 01/09/2018 AL 30/0	RIGANCHO JIMA 9/2018				F. DEPAR G. PROVI H. DISTR I. LUGAR J. UNIDA	TAMENTO: NCIA: ITO: DE LA VAC D EJECUTO	CUNACION: DRA:	Lima Lima San Juan de Luriga	ncho						·
N.º de Historia clínica del paciente	N.º de archivo clínico del paciente	Tipo de documento del paciente	N.º de documento del Paciente	CNV	Fecha de nacimiento	Nombres y apellidos del Paciente	Edad año	Edad mes	Edad dia	Fecha de vacunación	Vacuna	Dosis	Dasis descripción	Vacunado antes de las 12 horas de nacido	Vacunado antes de las 24 horas de nacido	Fecha de registro de la Vacuna	Lote de la vacuna	Fecha de expiración de l vacuna



MIGRACION AL HIS MINSA

Cuando se llena en el módulo de inmunizaciones, **NO** es necesario registrar en el formato HIS física, ya que actualmente está interconectado con el HISMINSA. Presentamos ejemplos de la migración del módulo de inmunizaciones al HIS MINSA.

ned round		Listado de Hojes							las	intenda de T	tegistrue	por Hoje			
		Nº LONG TO LOT OF TH	(1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.		Kott	Hope HIS			1	etime C	AR	Nº Sega 1		Reputra HS	
		Anix 2018	a JUNIO 💌	3 %	Editar	C Filano			A	na 2018		Feclar		C fuevo	
		UPS Above the Te	ing the second with the	toscar 🚜	Bonw	A String			ħ	P Página.		Nº Reguro		Busch	
Estisblecamento de Salud		Description			-		-		D	-	0.00				Pro Pro Anno
MA SUR ARRANCO - CHORRELLOS - SI	RCD	Nro. Hoja: 1 Nro Senteco (UPS) Statistic Car Profesional LISETH ANTON	Lote CAN Mes- REMERIA JETA GUTIERREZ TELLO		Ano		Turnes:		× 0:	1 2 1	DNI 4	13002452	41303262	BANORA SILVANA	CHAVEZ DEMARINI
LOSINCAS		 Nro, Hoja: 2 Nro Servicio (UPS): 301201 - EN 	Lote CAR Mos ERMERIA	CINUC	Año		Turns	ARE	× #	1 3	DNI 1	9794143	120949	ASHLY DAVANA CO	NUMBER AMOUNT
PUESTO DE SALUD NU	NA CALEDONIA	Nrs. Hoja: 3 Nro	Lote CAR Mes	2.000	Afio	2016	Turno:	ANRANA	X	1 4	DNI 5	2654925	42654505	VICKY EVINE CAS	EPLORES ESPINEL ESPID PETA
SAN GENARD DE VILLA	000000	Profesional MAYRA NEOM	AOJAS BARRERA						0	1 8	E DNI S	0437120	131231	VALENTINA EVOL	ET GARCIA LOLOY
VILLA VENTURO	STREED B	Nre. Hoja 4 Neo Servicio (UPS) 501,001 - 516 Profesional NANCY ALFARM	Lote CAH Mes ERMERIA J ORTIZ		Ano		Turner		01	1 8	DNI 1	7299522	47043	GEMMA KATALEYA	FLORES TELLO
									0		DNI 1	0745115	90745315	ANGEL ALEXANDE	SI HUSA CHAME
									0	1 11	DNI 3	9654315	marrie	KEITTY ALEYSSAT	NDRALES MORALES
									01	1 12	DN 7	0062441	125753	MAIA ARIANNE VIC	COS HUAMALIANO
									01	1 14	DNI 2	\$421295	21421296	PRIMITIVA MELICH	ORITA VASQUEZ FUENTES
									0	1 15	DNI 1	0523207	133029	ORSANA WALENTIN	IA CUEVA ARTEAGA
									-		-		100000	guirrian oni an	Do deman met
										78					
													11		
												-			
de Hoja HIS mans	IL SAN GENARO DE VILLA														
2018 Me	C JUNIO Nro.	Lote CAR	Nro. Hoja	1	Tur	no: TAR	DE					Nro. re	egistro: 6		Dia: 1
ao (UPS): 30120	3 - ENFERMERIA					Profesiona	1)	
CON PACIENTE	ATENCION ACTIVIDAD														
Personales del P	ACIENTE				TPA	atos de l	Proced	encia del	PAC	ENTE					
Documento: DNI	*	1		0	Pu	In PER	U.,		Υ.	Carr	IN PU	blada:			
ria Clinica: 1	0	Ficha Familiar: 🕢	uprece Nro. Fit		D	istrito Res	sidente:	15010	8 - 1.1	MAL	MAIC	HORRI	LOS		Q
Managhanatah	17														100
normane(s).						omicato As	anal in								
do Paterno:	Ape	ido Materno:			0	ondición	del P#	CIENTE	en el						
Género:	Fech	a Nacimiento:		8	6	stablecimi	ento: 1	CONTIN	UAD	OR .		~	Servicio	CONTINUAL	DOR 💌
Etras OA .	ACCTUTO OTHERS	Eleventeria 10	OTROS		-			DACIER							
	inco inco	To -	011100	100	1	da:	A	Date	11E	A 1	e 13		0.04	-	Bet Con A
Edad: 0	8	3			1		v	reso.		~	n la	Y	d in	Ville V	re ton
													LA		
OPT -									Dam		A			A Remov	er Ansenar
IPT Inger Desgnöstico/C	PT							-		IOVER C	undur	stco/CP1	E		an A sedaraba
epar Disgnöstico/C tigo Desc	PT .							-	FIER	Tipo a	se Dia	stico/CP1 gnóstico		Valor LAS	
egar Disgnöstico/C digo Desc 67 WC	PT IPDORI INA DE INFLUENZA, PARA U	io in						1	0	Tiple (se Dia	stico/CP1 gnóstico		Valor LAS	
egar Disgnöstico/C tigo Dese 87 VACI	PT riporn INA DE INFLUENZA, PARA U	50 M						1	Q	Tpo r D	te Dia	saco/CP1 gnóstico		Valor LAS	
egar Dagnöstico/C ligo Desc 87 VACI	PT I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	50 (M						1	Q	Tpo r D	se Dia	stico/CP gnóstico		Valor LAS	
egar Degedistico/C tigo Desc 87 WAC	PT I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	SO M							Q	Tpo r D	te Dia	stico/CP gnóstico		Valor LAS	
egar Degedestic of tigo Dese 57 WACT	PT I RIDORI INA DE INFLUENZA, PARA U NTE U - ROTRODIN ACTIVIDAD	50 M							Q	Tpo r D	te Dia	stico/CP1 gnóstico		Valor LAB	
eper Degrossicor0 tigo Dese 167 WACT ATERCEON PACE Datos Personale	PT Indoen Ina de Influenza, Para U Infe i Catonoda Actividad 5 del Paciente	50 M				Detos de	Procedu	ncia del	Q.	Tpo r D	te Dis	stico/CP1		Valor LAB	
eper Degröstkor dige Desk 57 WCI ATERCION PACE Dates Personale Teo Documento:	PT INA DE INFLUENZA, PARA U INA DE INFLUENZA, PARA U INA DE INFLUENZA, PARA U INFLUENZA I PACIENZE	50 M		10	t p	Detos de Vais: PER	Procedo	ncia del I	PACI	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	te Dis	stico/CP gnóstico		Valor LAS	
eper Degröstkord tigo Desk 167 WACH Attencion PACE Datos Personale Tigo Documento: Historia Personale	PT	SO M		19	P	Datos de Nos: PER	Procedu	incia del	PACIE		Foto	stco/CP gnóstco		Valor LAS	
eper DegnosticorC Itgo Desc 157 VACI Attencion Macce Datos Personale Tipo Documento: Historia Clinica:	PT	SO M Ficha Familiar.	conglese Nes 1)Q. Retux	E P T	Detos de Veis: PER Distrito Re	Procedu U Sidente	ncia del 150108	PACIE	D D D ENTE Centro MALIM	Togoto A/CH	stico/CP gnóstico do: do: ORRBLLC		Valor LAS	R R
eper Dagnösticoro tigio Dess 57 VACI ATENCION PACIE Datos Personale Teo Documento: Historia Clinica, Nombre(s):	PT PDOD INA DE INFLUENZA, PARA US NITE ATUNIODIN ACTIVIDAD S del PACIENTE Q	SO M Ficha Familiar.	cooplese Nits 1)Q Fetar	P R R	Datos de Nis: PER Distrito Re Jornelie A	Proceda U sidente ctuit	ncia del 150108	PACIE	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Roba	steo/CP gnóstico do: ORRALLO		Valor LAS	2
eper Disgnostico/C ligio Desc 57 VACI ATERCICIN MACE Datos Personale Tipo Documento: Historia Clinica: Nombre(s) Apelido Paterno:	PT	SO M Ficha Familiar Apelido Materno:	congrese Nits 1)Q. Fictus	E P R D	Datos de Vels: PER Distrito Re Domolio A	Proceeds U Sidente chatil:	mcia del 1 150108	PACIE - LIW	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Poblic A/CH	istico/CP gnóstico do: ORRALLO		Valor LAS	P
PT eger Disprostico/C ligo Desr 87 VACI ATENCION MADE Datos Personale Tipo Documoto: Historia Clinica: Nombre(s): Apelido Panensi: Genero:	PT PDOID PAGENFLUENZA PARA U PAGENTE PDOID PEMENINO PEMEN	SO M Ficha Familiar Apeliko Materno:	coopiese Nes 1)Q. 1010	P R R	Detos de Veis: PER Distrito Re Jornicilio A Condicato Establicion	Procedi U sidente chati:	Incia del 150108 CIENTE e CONTINU		D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	te Dia te Dia te Dia te Dia te Dia	esteco/CP gridistico do: Diferent LC	r S S		P
PT eger Degrösticor ligo Desr 87 WACT ATENCRON MACR Dates Personale Teo Documento: Historia Clinica: Nombre(s): Apelido Paterno: Genero:	PT Spcion UNA DE INFLUENZA PARA U NTE ATENCION ACTIVIDAD ACTIVIDAD FEMENINO	SO M Ficha Familiar Apelido Materno:	caspiese Nits 1)q. Fetas	0 0 0 0	Datos de Ivis: PER Detrito Re Jornelio A Condición	Proceda U Sidente Chall () a del PM ienta ()	Incla del 1 150108 CIENTE e CONTINU	PACIE PACIE - LIW	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	te Dia In Public ACH	esteco/CP gnóstico dos ORRALLO	r S Iervikiec (UNION LAS	
PT Reper Desprosition ligio Desis 57 WACT ATENCION MACE Datas Personale Taxo Documento: Historia Clinica: Nombre(1): Apelido Paterno: Género: Enai:	PT PPCON INA DE INFLUENZA, PARA US NNE ANTINODIN ACTIVIDAD K del PACIENTE	SO M Ficha Familiar Apelido Materno: ectsa Nacimento: Financiador: 1	Congrese Nos 1 3 - OTROS)Q Fetaro	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Datos de Wis: PER Distrito Re Domicilio A Condición Establecim Signos vil	Procedi U sidente chati:	Incla del I 150108 CIENTE - CONTINU I PACIEN	PACIE PACIE MILLIN IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	D D D CNTE Certri tALIM	e Dis	and a second CP in a second CP in a second CP in a second control of the second control	is Invideo (
PT ligo Desc 57 WCI Detos Personale Too Documento: Historia Clinica: Nombre(s) Apelido Palerao: Elinic: Elinic:	PT rpcion INA DE INFLUENZA, PARA U ATENCION ACTIVIDAD ACTIVIDA ACTIVIDA AC	SO M Ficha Familiar Apeliko Materno: Fecha Nacimento: Financiador: 0	<pre>congresse Nets 1 - OTROS</pre>		5 P 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Datos de Wis: PER Distrito Re Domicilio A Condicado Establecim Signos vil als: []]	Procedu U sidente ctalit an del PM ientiz talies de Q	ISO108	PACIE PACIE I - LIW III - LIW III - LIW	D D ENTE Cerrin MALIM	te Dis te Dis ACH	anticonCP gnóstico dos ORRALLO	is invitie: [
PT esper Diagnostico/C digo Desix 57 VACI ATENCION PACIE Datos Personale Too Documento: Historia Clinica, Nombre(s): Apelido Pisterno: Ensi: Essat	PT rpcion INA DE INFLUENZA, PARA U ATUNION ACTIVIDAD AUDITALION ACTIVIDAD AUDITALION ACTIVIDAD PEMENINO IO - MESTIZO 0 6	SO M Fiche Familier Apelito Materno: Fecha Nacimiento: Financiador: 1 0	-mgtese Nrs. 1 D - OTROS		5 P 10 6 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	Detos de Wis PER Detrito Re Domicilo A Condición Establecim Signos vi Jalis: Criti	Procedu U sidonte ctuel n del PM iento (tales de \$	Incia del 1 150108 CIENTE e CONTINU PACIEN Pess: 10	PACH PACH	ENTE Common R	ie Dia ie Dia ACH	esteon/CP gnóstice or ORRALLO	is Invikio: [
PT eger Disgnöstico/C tigio Desc 167 VACI Datos Personale Tipo Documento: Historia Clinica: Nombre(s) Apelido Pitenno: Ensil: Ensil: Ensil:	PT PDOID PT PDOID PT PDOID PT PDOID PT PDOID PT PDOID PD PD PD PD PD PD PD PD PD	SO M Ficha Familiar Apelido Materno: Fecha Nacimento: Financiador: 1 0	Congress Nrs. 1		6 P 8 8 8	Detos de Wis PER Detrito Re Domicilo A Condición Establecim Signos ve Islas: Cm	Proceeding U Sidonte Estatil In del PA Dientic (Istales de Istales de	Incia del 1 150108 CIENTE e CONTINU PACIEN Pess: 10	PACIE PACIE I - LIW m el JADO	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Public R Diss A CH	este ov CP gnóstic o ov CP ORRELLO	S Iervidec (Patronic)	Valor LAS	
PT eger Disgnöstico/C ligio Desc 57 VAC Datos Personale Tipo Documento: Historia Clinica: Nombre(s) Apelido Paterno: Eine: Eine: CEEX/CPT v Agregor Depri	PT rpcion INA DE INFLUENZA, PARA U ATENCION ACTIVIDAD AC	SO M Ficha Familiar Apelido Materno: Fedas Nacimiento: Financiador: 1 0	Coglese Nes 1 D- OTROS]4	6 P 6 6 8 7	Datos de teis: PER Dostrito Re Domelio A Condicato Establecim Signos viti alis: []]]	Proceedi U sidente ctual: iente: (lates de S	ISO108	PACIS PACIS I - LIV II - LIV II - LIV Remo	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Augneten Re Diss Re Di	interol CP gnóstice dos DRRBLLC DRRBLLC	is iervkie: C Pab.	Valor LAS	P P Marroan
PT eger Disgnöstico/C tigo Dess 67 VACI ATERCON MADE Datos Personale Tpo Documento: Historia Clinica: Nombre(s): Apelido Panensi: Eina: Eina: Eina: Eina: Eina: CEDX/CPT Agregor Disgn Codigo	PT Ppci00 INA DE INFLUENZA, PARA U NTE ATENCION ACTIVICAD A del PACIENTE FEMENINO B0 - MESTIZO 0 6 encorCPT Descripción	SO M Ficha Familiar Apelido Materno: Fenanciador: 1 0	<a>complete Nits 1]Q. (01) (1)	6 P 6 6 7 7	Datos de tais: PER Domitio Re Domitio Re Domitio A Condicato Condicato Condicato Signos vi	Proceeds U sidente ctual: iente: (laies de S	ISO108 CIENTE « CONTINU PRESE CONTINU	PACIE PACIE I - LIV II - LIV Remo	ENTE Comm AAL MA Comm AAL MA Comm AAL MA Comm AAL MA Comm AAL MA Comm AAL MA Comm AAL MA Comm Comm Comm Comm Comm Comm Comm Com	ACH	ntico/CP1 gróstice de: co/CPRBLLC CRRBLLC CRRBLLC CRRBLLC CRRBLLC	S Iervicie: C Pab: C	Valor LAS	Agregar
PT eger Disgnöstico/C ligo Desc 67 VACI ATENCRON MACR Datos Personale Too Doornoto: Historia Clinica: Nombre(s): Apelido Pateno: Censo: Etnia: Etnia: CED/CPT Agreger Degre Codigo 1 90723	PT Procen INA DE INFLUENZA, PARA U NNE ANTRODIN ACTIVIDAD K del PACIENTE FEMENINO FEMENINO O MESTIZO B MESTIZO B MESTIZO C MESTIZO C MESTIZO C MESTIZO C M	SO M Ficha Familiar Apelido Materno: Financiador: D Financiador: 0 PT+HEB+HVB)	-mprese Nation 1 D - OTROS	Q. Foto:P	2 P 2 3	Datos de Talis PER Detrito Re Condicato Condicato Condicato Signos vil	Procedi U sidonte ctual: () a del PM ienta: () tales de \$	ISONTRU ISONTRU IPACIENTE «	PACIE PACIE I - LIN II - LIN Remo	ENTE Comm AAL MA SR Q D D D D D D D D	ACH	nteo/CP/ gróstico do: DRRNLC DRRNLC SCOCPF 000c0	S S Pac LAB Via	Valor LAS	Agregar