

# Manual del Registro y Codificación para el Manejo Preventivo y Terapéutico de la Anemia por Deficiencia de Hierro

Sistema de Información HIS MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO



Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro / Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información; Lima: Ministerio de Salud; 2019

ESTADÍSTICAS DE SALUD / ANEMIA/ SISTEMA DE REGISTRO / DEFICIENCIA DE HIERRO / SALUD MATERNO INFANTIL / TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS / NORMAS TÉCNICAS

**“Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro”**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**Equipo de Trabajo:**

- Lic. Mercedes Amalia Arévalo Guzmán – Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud
- Lic. Gladys María Garro Núñez – Directora Ejecutiva Oficina Gestión de la Información
- Lic. Jorge Antonio Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Julie Mariaca Oblitas, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Maria de los Angeles Tantalean Sanchez, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Jaqueline Lino Calderon, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Josefina Pomachahua Paucar, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Ing. Wilson Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.

**Diseño y Diagramación**

Bach. Julie Guillén Ramos

**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1)  
315-6600 <http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Edición, 2019



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Oficina General de Tecnologías  
de la Información



**Elizabeth Zulema Tomas Gonzales**

Ministra de Salud

**Neptalí Santillán Ruiz**

Viceministra de Salud Pública

**Rosario Esther Tapia Flores**

Secretario General

**Jhon Henry García Ruiz**

Director General

Dirección General de Tecnologías de la Información

**Gustavo Martín Rosell de Almeida**

Director Ejecutivo

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



## PRESENTACION

El presente documento es un manual del registro y codificación del manejo preventivo y terapéutico de la Anemia, está elaborado según la Norma Técnica Nro 134 “Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia”, bajo los criterios de estandarización de la información, en él se plasman ejemplos prácticos en los escenarios mas frecuentes de la realidad nacional y su aplicación en Niños, Adolescentes y Gestantes.

La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia. De este modo puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de hierro en niños, adolescentes y gestantes con la finalidad de fortalecer las políticas de salud públicas para la prevención y tratamiento de la anemia nutricional, como estrategia de intervención a fin de mejorar la salud Infantil.

Asimismo, el correcto registro de las prestaciones en HISMINSA asegura la calidad de la información y así poder hacer seguimiento de los indicadores oficiales del MINSA, Multisectoriales, FED y mejora en las coberturas sanitarias.



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Oficina General de Tecnologías  
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo  
y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro*

# **REGISTRO Y CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

## **Sistema de Información HIS**

### **MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

**2019**



## CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO .....</b> | <b>2</b>  |
| <b>I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA .....</b>  | <b>3</b>  |
| Registro de Actividades en el HIS .....  | 3         |
| Detección .....  | 4         |
| Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio.....  | 4         |
| Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios .....   | 5         |
| <b>II. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS .....</b>                             | <b>6</b>  |
| Manejo Preventivo de Anemia en Niños .....   | 6         |
| Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses .....  | 9         |
| Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años ....   | 13        |
| Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas.....  | 15        |
| <b>III. MANEJO TERAPEÚTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS .....</b>                           | <b>16</b> |
| Manejo Terapéutico de Anemia en Niños .....  | 16        |
| Manejo Terapéutico de Anemia en Niños de 6 meses a 11 años .....   | 20        |
| Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años .....   | 22        |
| Manejo Terapéutico en Gestantes y Puérperas.....   | 23        |
| <b>IV. FAMILIA SALUDABLE .....</b>   | <b>24</b> |
| Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:.....   | 24        |
| <b>V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD) .....</b>   | <b>25</b> |
| Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud.....   | 26        |



# REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

## CONTENIDOS TÉCNICOS

### Registro de Información:

Los códigos frecuentemente usados son:

| Código  | Diagnóstico / Actividad  |
|---|--|
| <b>Detección/Tamizaje:</b>  |  |
| 85018   | Dosaje de Hemoglobina (1,2,3,4,5,6)<br>Tipo de Diagnóstico "P" cuando se emite la orden<br>Tipo de Diagnóstico "D" cuando se tiene los resultados                              |
| <b>Manejo Preventivo de Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas:</b> |  |
| Z298  | Administración preventiva de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, . . . , SF9, S10, S11, S12).  |
| Z298  | Administración preventiva de Hierro Polimaltosado En LAB: (P01, P02, ..., P09, P10, P11, P12).   |
| Z298  | Administración preventiva de Micronutrientes. En LAB: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12).  |
| TA  | Término de Administración Preventiva   |
| <b>Diagnóstico:</b>   |  |
| D500  | Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)  |
| D508  | Otras anemias por deficiencia de hierro  |
| D509  | Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.   |
| D649  | Anemia de tipo no especificado   |
|   | En LAB: (LEV, MOD, SEV, VACÍO <sup>1</sup> )<br>Tipo de Diagnóstico "D" cuando es la primera consulta<br>Tipo de Diagnóstico "R" para las siguientes consultas del tratamiento |
| <b>Manejo Terapéutico:</b>  |  |
| U310  | Administración Terapéutica de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)  |
| U310  | Administración Terapéutica de Hierro Polimaltosado. En LAB: (P01, P02, P03, P04, P05, P06)   |
| TA  | Término de Administración Terapéutica  |
| PR  | Paciente Recuperado  |
| <b>Atención Nutricional</b>   |  |
| 99209   | Consulta Nutricional/Atención en Nutrición <sup>2</sup> (1,2,3, ...)   |
| 99403   | Consejería Nutricional <sup>3</sup> (1,2,3, ...)   |
| <b>Familia Saludable</b>  |  |
| C0010   | Sesión Demostrativa. En LAB: (ALI)   |
| 99401   | Consejería Integral  |
| 99344   | Visita Domiciliaria (Personal de Salud)  |
| <b>Control Crecimiento y Desarrollo - CRED</b>                                    |  |
| Z001  | Control de Crecimiento y Desarrollo  |

<sup>1</sup> Vacío= En los casos de recién nacidos hasta los 6 meses, **no se señala nivel de severidad**

<sup>2</sup> Lo realiza el profesional Nutricionista

<sup>3</sup> Lo realiza el Profesional de Salud capacitado en Consejería Nutricional



## I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA

### Registro de Actividades en el HIS

El presente documento, describe a manera de ejemplo la forma de registrar en las hojas HIS los principales procesos que pueden ocurrir durante la atención de los pacientes, que acuden a los servicios de salud, en relación al manejo preventivo y terapéutico de la Anemia.

En el campo **DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD**, se anotará:

En la primera Fila, la atención con la que se vincula el manejo preventivo o terapéutico de la Anemia, la que puede realizarse en los servicios de Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o en Nutrición.

En el campo **LAB** en el caso de ser la primera atención se colocará **"1"** y se continuará la numeración según se realicen las actividades programadas.

**En las siguientes Filas**, se anotan las actividades realizadas como: Dosaje de Hemoglobina (si lo hace en el servicio), Lectura de Resultados<sup>4</sup>, el Manejo Preventivo o Terapéutico según corresponda y las acciones de Monitoreo y Seguimiento en el Establecimiento de Salud y/o en el Hogar.

El **Tipo de Diagnóstico** puede ser **P**= Presuntivo, **D**= Definitivo y **R**= Repetitivo, recordar que solo puede marcar una posibilidad por cada Fila, una vez que se conozca el Diagnóstico en la visita de Lectura de Resultado, marcar **D** y luego en las siguientes consultas marcar **R**.

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT** Según el resultado de la hemoglobina, existen dos esquemas de manejo: **PREVENTIVO** o **TERAPÉUTICO**

- **Z298** para Manejo Preventivo o
- **U310** para Manejo Terapéutico

En el campo **LAB** se registra la administración según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado: **P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P09, P10, P11, P12.**
- Administración de Sulfato Ferroso : **SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF7, SF8, SF9, S10, S11, S12.**
- Administración de Micronutrientes : **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.**

El campo **Hb**<sup>5</sup>, se completará cuando se disponga del resultado de Hemoglobina, la información registrada corresponderá **al valor observado, sin ajuste por altitud.**

<sup>4</sup> Cuando el Dosaje de Hemoglobina se realiza en el Laboratorio.

<sup>5</sup> Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.

## Detección

**Dosaje de Hemoglobina.** - Es la medición de la concentración de hemoglobina o hematocrito que se realiza para **detectar la Anemia**<sup>6</sup>, hacer el **Monitoreo** de los casos y determinar su **Recuperación**.

Momentos en el que se debe de realizar el Dosaje de Hemoglobina según Prevención o Tratamiento

| Grupo Etéreo   | Prevención   | Tratamiento  |
|--|--|--|
| Recién Nacido  | 6 meses  | A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento  |
| Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)                    | 12 meses<br>18 meses   |  |
| Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad) | > 24 meses es 1 vez al año   | Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento   |
| Mujeres Adolescentes   |  | Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento   |
| Gestantes y Puérperas  | 1° Medición: Primer Control Prenatal (inicio de suplementación preventiva)<br>2° Medición: Sem 25 a 28 de Gestación<br>3° Medición: Sem 37 a 40 de Gestación<br>4° Medición: a los 30 días post parto (Fin de la Suplementación) | En Anemia Leve y Moderada: Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance niveles de 11 gr/dl a más |

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA y la NTS N°137-2017/MINSA/NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS – R.M. N°537-2017/MINSA. RM 643-2018-MINSA

Los resultados del Dosaje de Hemoglobina identifican la anemia y definen el inicio del enfoque **Preventivo** o **Terapéutico**, tal como se señala a continuación:

| Grupo Etéreo  | Diagnóstico     | Manejo  |
|---|-----------------|---|
| < 6 meses   | Sin Anemia      | Preventivo  |
|   | Con Anemia      | Terapéutico   |
| 6 meses a 5 años,<br>5 a 11 años,<br>Adolescentes,<br>Gestantes y Puérperas | Sin Anemia      | Preventivo  |
|   | Anemia Leve     | Terapéutico   |
|   | Anemia Moderada | Terapéutico   |
|   | Anemia Severa   | Manejo inmediato como <b>Anemia Moderada</b> y referir a Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive |

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA

## Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio

### Solicitud de Dosaje con atención en servicio de CRED:

- **85018** = Dosaje de Hemoglobina en **Tipo de Diagnóstico** se marcará **“P”** cuando se emita la orden y en **LAB** se colocará el número secuencial de pedido (1,2,3,4,5,6...)

<sup>6</sup> Conforme a Normatividad vigente



Solicitud del Dosaje de Hemoglobina:

| 2                             | 3                | 4   | 5                       | 6    | 6                                     |                               | 6                                     |                                       | 6        |   | 6                                      |                               |    |                  |   |      |       |
|-------------------------------|------------------|---|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---|--|-------------------------------|----|------------------|---|------|-------|
| AÑO                           | MES              | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |                         |      | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) |                               |                                       | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |          |   |  |                               |    |                  |   |      |       |
| 2018                          | NOVIEMBRE        | C.S. Cristo Salvador                        |                         |      | 301203 - Enfermería                   |                               |                                       | DNI                                   | 99994444 | Pedro Torres Perez                                    |  |                               |    |                  |   |      |       |
| 7                             | 8                | 9   | 11                      | 13   | 14                                    | 15                            | 16                                    | 17                                    | 18       | 19  |  | 20                            | 21 | 22               |   |      |       |
| DIA                           | D.N.I.           | FINANC.                                     | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                  | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC.                             | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |  | TIPO DE DIAGNÓSTICO           |    | CÓDIGO CIE / CPT |   |      |       |
|                               | HISTORIA CLINICA | 10  | 12                      |      |                                       |                               |                                       |                                       |          |   |  | P                             | D  | R                |   |      |       |
|                               | FICHA FAMILIAR   | ETNIA                                       | CENTRO POBLADO (*)      |      |                                       |                               |                                       |                                       |          |   |  |                               |    |                  |   |      |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |                  |   |                         |      |                                       | Arturo Brandan Muñoz          |                                       |                                       |          |   |  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: |    | 01 / 11 / 2018   |   |      |       |
| 03                            | 78754693         | 1   | La Victoria             | 6    | A                                     | PC                            | PESO                                  | 8                                     | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P                             | X  | R                | 1 | Z001 |       |
|                               | 123456346        | 58  |                         | 6    | D                                     | F                             | Pab                                   | TALLA                                 | 67       | X   | X                                      | 2. Dosaje de Hemoglobina      | P  | X                | R | 1    | 85018 |
|                               | Hb               |   |                         |      |                                       |                               |                                       | 12                                    | R        | R   | 3.                                     | P                             | D  | R                |   |      |       |

Resultado de Dosaje de Hemoglobina:

85018 = Dosaje de Hemoglobina en el casillero Tipo de Diagnóstico se marcará "D" y en LAB se colocará el número secuencial de respuesta (1,2,3,4,5,6...) cuando se disponga del resultado

Resultado del Tamizaje:

Paciente retorna al servicio al día siguiente con los resultados del laboratorio

| 2                             | 3                | 4   | 5                       | 6    | 6                                     |                               | 6                                     |                                       | 6        |   | 6                                      |                               |    |                  |   |      |       |
|-------------------------------|------------------|---|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---|--|-------------------------------|----|------------------|---|------|-------|
| AÑO                           | MES              | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |                         |      | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) |                               |                                       | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |          |   |  |                               |    |                  |   |      |       |
| 2018                          | NOVIEMBRE        | C.S. Cristo Salvador                        |                         |      | 301203 - Enfermería                   |                               |                                       | DNI                                   | 99994444 | Pedro Torres Perez                                    |  |                               |    |                  |   |      |       |
| 7                             | 8                | 9   | 11                      | 13   | 14                                    | 15                            | 16                                    | 17                                    | 18       | 19  |  | 20                            | 21 | 22               |   |      |       |
| DIA                           | D.N.I.           | FINANC.                                     | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                  | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC.                             | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |  | TIPO DE DIAGNÓSTICO           |    | CÓDIGO CIE / CPT |   |      |       |
|                               | HISTORIA CLINICA | 10  | 12                      |      |                                       |                               |                                       |                                       |          |   |  | P                             | D  | R                |   |      |       |
|                               | FICHA FAMILIAR   | ETNIA                                       | CENTRO POBLADO (*)      |      |                                       |                               |                                       |                                       |          |   |  |                               |    |                  |   |      |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |                  |   |                         |      |                                       | Arturo Brandan Muñoz          |                                       |                                       |          |   |  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: |    | 01 / 11 / 2018   |   |      |       |
| 03                            | 78754693         | 1   | La Victoria             | 6    | A                                     | PC                            | PESO                                  | 8                                     | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo | P                             | X  | R                | 1 | Z001 |       |
|                               | 123456346        | 58  |                         | 6    | D                                     | F                             | Pab                                   | TALLA                                 | 67       | X   | X                                      | 2. Dosaje de Hemoglobina      | P  | X                | R | 1    | 85018 |
|                               | Hb               |   |                         |      |                                       |                               |                                       | 12                                    | R        | R   | 3.                                     | P                             | D  | R                |   |      |       |

Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios

El Dosaje de Hemoglobina lo pueden realizar los responsables de la Atención del Niño, Adolescentes, Gestantes, Puérperas o Nutrición; cuando disponen del equipo y han participado de la capacitación respectiva<sup>7</sup>, esta estrategia permite tener el resultado inmediatamente.

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

- En la Fila 1°: Atención en Nutrición
- En la Fila 2°: Dosaje de Hemoglobina

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la 1 ° Fila: marque "D"
- En la 2 ° Fila: marque "D" (indica que se tiene el resultado el mismo día)

En el ítem LAB:

- En la 1 ° Fila: Número de Control "1"
- En la 2 ° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina

Código CIE/CPT:

- En la 1 ° Fila 99209
- En la 2 ° Fila 85018

7 Conforme normativa vigente.



**Ejemplo: Dosaje de Hemoglobina en el servicio de Nutrición**

| 2 AÑO          |                  | 3 MES     | 4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |                         |  | 5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) |      |                                | 6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |                 |          |   |                          |                          |                     |   |      |                  |    |       |       |
|----------------|------------------|-----------|---|-------------------------|--|---|------|--------------------------------|---|-----------------|----------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|---|------|------------------|----|-------|-------|
| 2018           |                  | NOVIEMBRE |   |                         |  |   |      |                                |   |                 |          |   |                          |                          |                     |   |      |                  |    |       |       |
| 7              | 8                |           | 9   | 11                      |  | 13                                      | 14   | 15                             | 16                                      |                 |          | 17  | 18                       | 19                       |                     |   | 20   | 21               | 22 |       |       |
| DIA            | D.N.I.           |           | FINANC.                                       | DISTRITO DE PROCEDENCIA |  | EDAD                                    | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA   | ESTABLECIMIENTO | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |                          |                          | TIPO DE DIAGNÓSTICO |   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |    |       |       |
|                | HISTORIA CLINICA |           | 10  | 12                      |  |   |      |                                |   |                 |          | P   | D                        | R                        |                     |   |      |                  |    |       |       |
| FICHA FAMILIAR |                  | ETNIA     | CENTRO POBLADO (*)                            |                         | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz |   |      |                                |   |                 |          |   |                          |                          |                     |   |      |                  |    |       |       |
| 78754693       |                  | 1         | Lince   |                         | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018       |   |      |                                |   |                 |          |   |                          |                          |                     |   |      |                  |    |       |       |
| 03             | 123456346        |           | 58  | Lince                   |  | A                                       | X    | PC                             | PESO                                    | 8               | N        | N   | 1. Atención en Nutrición |                          |                     | P | X    | R                | 1  | 99209 |       |
|                | 2456             |           |   |                         |  | D                                       | X    | F                              | Pab                                     | TALLA           | 67       | X   | X                        | 2. Dosaje de Hemoglobina |                     |   | P    | X                | R  | 1     | 85018 |
|                |                  |           |   |                         |  |   |      |                                |   | Hb              | 12       | R   | R                        | 3.                       |                     |   | P    | D                | R  |       |       |

**II. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS**

**Manejo Preventivo de Anemia en Niños**

- En niños con bajo peso al nacer y/o prematuros, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 30 días del nacimiento hasta** cumplir los 6 meses de edad.
- En niños nacidos a término con adecuado peso al nacer la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 4 meses hasta cumplir los 6 meses de edad.**
- A partir de los **6 meses ambos casos continúan con micronutrientes** hasta completar los 360 sobres (1 sobre por día).
- El niño que **no inició suplementación a los 6 meses, podrá hacerlo en cualquier momento** hasta que cumpla los 5 años.
- Si el Establecimiento de Salud no dispone de micronutrientes los niños **podrán recibir hierro en otras presentaciones como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Polimaltosado.**
- Si se **suspendió el consumo de micronutrientes, este deberá retomarse**, hasta completar los 360 sobres (12 entregas).
- **Todos los niños, suplementados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.
- Cuando se haya **comprobado el consumo de la última entrega se registrará "TA"** en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

Se presentan esquemas de Manejo Preventivo de Anemia:

**Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido Prematuro o con Bajo Peso al Nacer**

| NACIMIENTO                                | EDAD EN MESES                 | 0 | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6 (*) | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  | 16  | 17  | 18  |    |
|---|-------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| NACIDO CON BAJO PESO Y/O PREMATURO        | Gotas de Sulfato Ferroso      |   | SF1 | SF2 | SF3 | SF4 | SF5 | TA    | SF1 | SF2 | SF3 | SF4 | SF5 | SF6 | SF7 | SF8 | SF9 | S10 | S11 | S12 | TA |
|   | Gotas de Hierro Polimaltosado |   | P01 | P02 |     |     |     | TA    | P01 | P02 | P03 | P04 | P05 | P06 | P07 | P08 | P09 | P10 | P11 | P12 | TA |
|   | Micronutrientes               |   |     |     |     |     |     | DO    | 1°  | 2°  | 3°  | 4°  | 5°  | 6°  | 7°  | 8°  | 9°  | 10° | 11° | 12° | DO |
| NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER | Gotas de Sulfato Ferroso      |   |     |     | SF1 | SF2 |     | TA    | SF1 | SF2 | SF3 | SF4 | SF5 | SF6 | SF7 | SF8 | SF9 | S10 | S11 | S12 | TA |
|   | Gotas de Hierro Polimaltosado |   |     |     | P01 |     |     | TA    | P01 | P02 | P03 | P04 | P05 | P06 | P07 | P08 | P09 | P10 | P11 | P12 | TA |
|   | Micronutrientes               |   |     |     |     |     |     | JE    | 1°  | 2°  | 3°  | 4°  | 5°  | 6°  | 7°  | 8°  | 9°  | 10° | 11° | 12° | JE |

(\*) Si el establecimiento no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe de hierro según el peso corporal del niño.



### En niños Recién Nacidos Prematuros o Bajo Peso al Nacer

(A partir de los 30 días de nacido)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5) o
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05)
- TA Al final del periodo de suplementación se coloca **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los MN)

Luego:

- Z298 Administración de Micronutrientes MN (1, 2, 3, 4, 5, .....12)
- TA Al final del periodo se coloca **TA** (Término de Administración de MN)

#### Ejemplo: Niño Prematuro con Bajo Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro.
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado.
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Se coloca el número de control según corresponda "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de Suplementación y Número de Control "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Se coloca el número de consejería según corresponda "1,2,3, ..."

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento

- En la 1° Fila: P0712 Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Suplementación
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

| DIA   | D.N.I.<br>HISTORIA CLINICA<br>FICHA FAMILIAR | FINANC.<br>10 | DISTRITO DE PROCEDENCIA<br>12<br>CENTRO POBLADO (*) | EDAD  | SEXO                                | PERIMETRO<br>CEFALICO Y<br>ABDOMINA | EVALUACION<br>ANTROPOMETRIC<br>A HEMOGLOBINA | ESTA-<br>BLEC | SER-<br>VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA<br>Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE<br>DIAGNÓSTICO              |                                     |   | LAB.                      | CÓDIGO<br>CIE / CPT |                                     |                                     |                                     |              |             |
|---|--|---------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------|---------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------|
|   |  |               |   |   |                                     |                                     |  |               |               |  | P                                   | D                                   | R                                       |                           |                     |                                     |                                     |                                     |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Dieguito Armendariz Soto</i> |  |               |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>28/03/2018</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>30/01/2018</i> |                                     |                                     |  |               |               |  |                                     |                                     |   |                           |                     |                                     |                                     |                                     |              |             |
| 31/03   | <i>78754693</i>                              | 1             | Comas   | 2   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC   | PESO          | 3,6           | N  | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Recién Nacido Prematuro          |   |                           | P                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 1                                   | <i>P0712</i> |             |
|   | <i>123456789</i>                             |               |   |   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F  | Pab           | TALLA         | 52   | C                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Hierro Polimaltosa |                           |                     | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | <i>P01</i>   | <i>Z298</i> |
|   | <i>2456</i>                                  |               |   |   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | D  |               | Hb            | 14   | R                                   | R                                   | <input checked="" type="checkbox"/>     | 3. Consejería Nutricional |                     |                                     | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R            | 1           |

### En niños Nacidos a Término con Buen Peso al Nacer (a partir de los 4 meses)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, ..., SF9, S10, S11, S12).
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, ..., P09, P10, P11, P12).
- TA Al final del periodo se coloca **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los MN)
- Z298 Administración de Micronutrientes MN (1, 2, 3, 4, 5, .....12)
- TA Al final del periodo de suplementación se coloca **TA** (Término de Administración)

#### Ejemplo Niño Nacido a Término con Adecuado Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, entre otras)
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional



En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional "1"

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej.: Nutrición
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplos de suplementación con hierro en gotas.

**Inicio de Suplementación con Hierro Polimaltosado**

| DIA   | D.N.I.           |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLECIMIENTO | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                 |                    |   | LAB.                              | CÓDIGO CIE / CPT |       |
|---|------------------|----------------|---------|-------------------------|------|------|-------------------------------|---|-----------------|----------|---|---|--------------------|---|-----------------------------------|------------------|-------|
|   | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |      |                               |   |                 |          |   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*) | P |                                   |                  | D     |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i> |                  |                |         |                         |      |      |                               |   |                 |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                    |   | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 1/01/2018 |                  |       |
| 31/04   | 78754693         |                | 1       | Comas                   | 4    | A    | M                             | PC                                      | Peso            | N        | N   | 1. Control de de Crecimiento y Desarrollo           | P                  | X | R                                 | 4                | Z001  |
|   | 123456789        |                |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | Talla           | X        | X   | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P                  | X | R                                 | P01              | Z298  |
|   | 2456             |                |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb              | R        | R   | 3. Consejería Nutricional                           | P                  | D | R                                 | 1                | 99403 |

**Formato de TA por Término de la Suplementación de Hierro Polimaltosado e Inicio con Micronutrientes y Dosaje de Hemoglobina a los 6 meses**

| DIA   | D.N.I.           |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLECIMIENTO | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                 |                          |   | LAB.                              | CÓDIGO CIE / CPT |       |
|---|------------------|----------------|---------|-------------------------|------|------|-------------------------------|---|-----------------|----------|---|---|--------------------------|---|-----------------------------------|------------------|-------|
|   | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |      |                               |   |                 |          |   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)       | P |                                   |                  | D     |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i> |                  |                |         |                         |      |      |                               |   |                 |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                          |   | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 1/01/2018 |                  |       |
| 30/06   | 78754693         |                | 1       | Comas                   | 6    | A    | M                             | PC                                      | PESO            | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo              | P                        | X | R                                 | 6                | Z001  |
|   | 123456789        |                |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA           | X        | X   | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P                        | X | R                                 | TA               | Z298  |
|   | 2456             |                |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb              | 11       | R   | R   | 3. Dosaje de Hemoglobina | P | X                                 | R                | 1     |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                               |                  |                |         |                         |      |      |                               |   |                 |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                          |   | (*)FECHA DE NACIMIENTO:           |                  |       |
|   |                  |                |         |                         |      | A    | M                             | PC                                      | PESO            | N        | N   | 1. Administración de Micronutrientes                | P                        | X | R                                 | 1                | Z298  |
|   |                  |                |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA           | X        | X   | 2. Consejería Nutricional                           | P                        | D | R                                 | 1                | 99403 |
|   |                  |                |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb              |          | R   | R   | 3.                       | P | D                                 | R                |       |

**Inicio de suplementación con Micronutrientes**

| AÑO   | 3         | MES              | 4 | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | 5  | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | 6  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |       |      |                               |   |                          |          |   |                     |       |                  |
|---|-----------|------------------|---|---|----|---------------------------------------|----|---------------------------------------|-------|------|-------------------------------|---|--------------------------|----------|---|---------------------|-------|------------------|
| 2018  |           | Junio            |   | C.S. Cristo Salvador                        |    | 301203 - Enfermería                   |    | DNI 99998888 Pedro Torres Perez       |       |      |                               |   |                          |          |   |                     |       |                  |
| DIA   | 8         | D.N.I.           | 9 | FINANC.                                     | 10 | DISTRITO DE PROCEDENCIA               | 11 | 12                                    | 13    | 14   | 15                            | 16  | 17                       | 18       | 19  | 20                  | 21    | 22               |
|   |           | HISTORIA CLINICA |   |   |    |                                       |    |                                       | EDAD  | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA             | ESTABLECIMIENTO          | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | LAB.  | CÓDIGO CIE / CPT |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary Garcia Mendoza</i> |           |                  |   |   |    |                                       |    |                                       |       |      |                               | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018            |                          |          | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018                    |                     |       |                  |
| 30/06   | 78754693  |                  | 1 | Comas                                       | 6  | A                                     | M  | PC                                    | PESO  | N    | N                             | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo              | P                        | X        | R   | 6                   | Z001  |                  |
|   | 123456789 |                  |   |   |    | M                                     | F  | Pab                                   | TALLA | X    | X                             | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P                        | X        | R   | TA                  | Z298  |                  |
|   | 2456      |                  |   |   |    | D                                     | F  | Pab                                   | Hb    | 11   | R                             | R   | 3. Dosaje de Hemoglobina | P        | X   | R                   | 1     | 85018            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                               |           |                  |   |   |    |                                       |    |                                       |       |      |                               | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                          |          | (*)FECHA DE NACIMIENTO:                               |                     |       |                  |
|   |           |                  |   |   |    | A                                     | M  | PC                                    | PESO  | N    | N                             | 1. Administración de Micronutrientes                | P                        | X        | R   | 1                   | Z298  |                  |
|   |           |                  |   |   |    | M                                     | F  | Pab                                   | TALLA | X    | X                             | 2. Consejería Nutricional                           | P                        | D        | R   | 1                   | 99403 |                  |
|   |           |                  |   |   |    | D                                     | F  | Pab                                   | Hb    |      | R                             | R   | 3.                       | P        | D   | R                   |       |                  |

**Término de Suplementación con MN y Dosaje de Hemoglobina**



|                               |                  |   |                         |      |                                       |                                |   |                                       |          |   |  |    |                     |            |          |                 |          |       |          |    |    |  |
|-------------------------------|------------------|---|-------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|----------|---|--|----|---------------------|------------|----------|-----------------|----------|-------|----------|----|----|--|
| 3                             | 4                | 5   | 6                       | 7    | 8                                     | 9                              | 10                                      | 11                                    | 12       | 13  | 14   | 15 | 16                  | 17         | 18       | 19              | 20       | 21    | 22       |    |    |  |
| AÑO                           | MES              | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |                         |      | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) |                                |   | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |          |   | DNI  |    | DNI                 |            | DNI      |                 | DNI      |       | DNI      |    |    |  |
| 2019                          | Agosto           | C.S. Cristo Salvador                        |                         |      | 301203 - Enfermería                   |                                |   | 99153288                              |          |   | 99153288   |    | 99153288            |            | 99153288 |                 | 99153288 |       | 99153288 |    |    |  |
| 7                             | 8                | 9   | 10                      | 11   | 12                                    | 13                             | 14                                      | 15                                    | 16       | 17  | 18   | 19 | 20                  | 21         | 22       | 23              | 24       | 25    | 26       | 27 | 28 |  |
| DIA                           | D.N.I.           | FINANC.                                     | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                  | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLECIMIENTO                       | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |  |    | TIPO DE DIAGNÓSTICO |            | LAB.     | CÓDIGO CIE /CPT |          |       |          |    |    |  |
|                               | HISTORIA CLINICA | 10  | 12                      |      |                                       |                                |   |                                       |          |   |  |    | P                   | D          | R        |                 |          |       |          |    |    |  |
|                               | FICHA FAMILIAR   | ETNIA                                       | CENTRO POBLADO (*)      |      |                                       |                                |   |                                       |          |   |  |    | P                   | D          | R        |                 |          |       |          |    |    |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |                  | Rosmery Garcia Mendoza                      |                         |      | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:         |                                |   | 01/07/2019                            |          |   | (*)FECHA DE NACIMIENTO:                          |    |                     | 01/01/2018 |          |                 |          |       |          |    |    |  |
| 30/08/2019                    | 78754693         | 1   | Comas                   | 1    | M                                     | PC                             | PESO                                    | N                                     | N        | 1.  | Control de Crecimiento y Desarrollo              |    |                     | P          | X        | R               | 4        | 2001  |          |    |    |  |
|                               | 123456789        |   |                         |      | M                                     | Pab                            | TALLA                                   | X                                     | X        | 2.  | Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico |    |                     | P          | X        | R               | TA       | 2298  |          |    |    |  |
|                               | 2456             |   |                         |      | D                                     |                                | Hb                                      | 12                                    | R        | 3.  | Dosaje de Hemoglobina                            |    |                     | P          | X        | R               | 3        | 85018 |          |    |    |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |                  |   |                         |      | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:         |                                |   |                                       |          |   | 1. Consejería Nutricional                        |    |                     | P          | X        | R               | 11       | 99403 |          |    |    |  |
|                               |                  |   |                         |      | M                                     | PC                             | PESO                                    | N                                     | N        | 1.  |  |    |                     | P          | D        | R               |          |       |          |    |    |  |
|                               |                  |   |                         |      | M                                     | Pab                            | TALLA                                   | X                                     | X        | 2.  |  |    |                     | P          | D        | R               |          |       |          |    |    |  |
|                               |                  |   |                         |      | D                                     |                                | Hb                                      |                                       | R        | 3.  |  |    |                     | P          | D        | R               |          |       |          |    |    |  |

Si los Servicios de Salud identifican niños entre 6 y 36 meses que no hayan recibido suplementación o tratamiento podrán iniciarlo en cualquier momento antes de los 36 meses según esquema anterior.

Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses

Los niños de 36 a 59 meses que no presentan anemia deben de recibir un esquema de suplementación preventiva con Micronutrientes y Hierro, conforme al siguiente cuadro:

| CONDICION DEL NIÑO                                  | EDAD DE ADMINISTRACIÓN  | DOSIS (Vía Oral) | PRODUCTO A UTILIZAR  | DURACION  |
|---|-------------------------|------------------|--|---|
| Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer | De 36 meses a 59 meses. | 1 sobre          | Micronutrientes en polvo: Sobre de 1 gramo que contienen 12,5 mg de hierro elemental | 6 meses hasta que complete el consumo de 90 sobres (1 sobre interdiario)<br>Interdiario (3 veces por semana)        |
|   |                         | 2.8 ml           | Jarabe de Sulfato Ferroso (1 ml=3 mg de Hierro elemental)                            | 3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses<br>Interdiario (3 veces por semana) |
|   |                         | 2.5 ml           | Jarabe de Hierro Polimaltosado (1ml=10 mg de Hierro elemental)                       | 3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses<br>1 vez por semana                 |

Se registra "TA" cuando se verifique el consumo de la sexta entrega por año (3 años y 4 Años)

Cuando la suplementación se realiza con Micronutrientes:

| EDAD EN MESES                 | CRED1 |    | CRED2 |    | CRED3 |    | CRED4 |    |    |    |    |    |
|-------------------------------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|----|----|----|----|
|                               | 36    | 37 | 38    | 39 | 40    | 41 | 42    | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
| Gotas de Sulfato Ferroso      | SF1   |    |       |    |       |    | SF2   |    |    | TA |    |    |
| Gotas de Hierro Polimaltosado | PO1   |    |       |    |       |    | PO2   |    |    | TA |    |    |
| Micronutrientes               | 1°    |    |       |    |       |    | 2°    |    |    | TA |    |    |

| EDAD EN MESES                 | 48                       | 49  | 50 | 51 | 52 | 53 | 54  | 55  | 56 | 57 | 58 | 59 |
|-------------------------------|--------------------------|-----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|----|----|
|                               | Gotas de Sulfato Ferroso | SF1 |    |    |    |    |     | SF2 |    |    | TA |    |
| Gotas de Hierro Polimaltosado | PO1                      |     |    |    |    |    | PO2 |     |    | TA |    |    |
| Micronutrientes               | 1°                       |     |    |    |    |    | 2°  |     |    | TA |    |    |

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Nutrición o Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina



- En la 3° Fila: Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Micronutrientes (1, 2, ..., 6)
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

**Ejemplo: Atención en Control de Crecimiento y Desarrollo a un niño de 3 Años.**

| DIA  | D.N.I.<br>HISTORIA CLINICA<br>FICHA FAMILIAR | FINANC.<br>10  | DISTRITO DE PROCEDENCIA<br>12<br>ETNIA<br>CENTRO POBLADO (*) | EDAD           | SEXO   | PERIMETRO<br>CEFALICO Y<br>ABDOMINA            | EVALUACION<br>ANTROPOMETRICA<br>HEMOGLOBINA | ESTA-<br>BLEC    | SER-<br>VICIO  | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA<br>Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE<br>DIAGNÓSTICO |   |  | LAB.   | CÓDIGO<br>CIE / CPT |                |                  |
|--|--|----------------|--|----------------|--|--|---|------------------|----------------|--|------------------------|---|--|--|---------------------|----------------|------------------|
|  |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  | P                      | D   | R  |  |                     |                |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Paucar Flores</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2015 |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  |                        |   |  |  |                     |                |                  |
| 05/May   | 46284620                                     | 1              | Lince  | 3              | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | PC  | PESO             |                | N  | N                      | 1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i> | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 1              | Z001             |
|  | 123456789                                    |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | M   | TALLA            |                | C  | C                      | 2. <i>Dosaje de Hemoglobina</i>               | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 1              | 85018            |
|  | 2456   |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | D   | Hb               | 12             | R  | R                      | 3. <i>Administracion de Micronutrientes</i>   | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 1              | Z298             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>...</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>...</del>  |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  |                        |   |  |  |                     |                |                  |
| <del>...</del>   | <del>...</del>                               | <del>...</del> | <del>...</del>   | <del>...</del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>PC</del>                               | <del>PESO</del>  | <del>...</del> | <del>N</del>   | <del>N</del>           | <del>1. <i>Consejeria Nutricional</i></del>   | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>R</del>        | <del>1</del>   | <del>99403</del> |
|  | <del>...</del>                               |                |  |                | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>M</del>                                | <del>TALLA</del> | <del>...</del> | <del>C</del>   | <del>C</del>           | <del>2. <i>...</i></del>                      | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>R</del>        | <del>...</del> | <del>...</del>   |
|  | <del>...</del>                               |                |  |                | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>D</del>                                | <del>Hb</del>    | <del>...</del> | <del>R</del>   | <del>R</del>           | <del>3. <i>...</i></del>                      | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del><input checked="" type="checkbox"/></del> | <del>R</del>        | <del>...</del> | <del>...</del>   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Paucar Flores</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2015 |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  |                        |   |  |  |                     |                |                  |
| 05/Ago   | 46284620                                     | 1              | Lince  | 3a             | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | PC  | PESO             |                | N  | N                      | 1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i> | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 2              | Z001             |
|  | 123456789                                    |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | M   | TALLA            |                | C  | C                      | 2. <i>Plan de Atención Integral</i>           | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 2              | C8002            |
|  | 2456   |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | D   | Hb               |                | R  | R                      | 3. <i>...</i>                                 | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 2              |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Paucar Flores</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2015 |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  |                        |   |  |  |                     |                |                  |
| 05/Nov   | 46284620                                     | 1              | Lince  | 3a             | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | PC  | PESO             |                | N  | N                      | 1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i> | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 3              | Z001             |
|  | 123456789                                    |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | M   | TALLA            |                | C  | C                      | 2. <i>Administracion de Micronutrientes</i>   | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 2              | Z298             |
|  | 2456   |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | D   | Hb               |                | R  | R                      | 3. <i>Consejeria Nutricional</i>              | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 2              | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Paucar Flores</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2015 |  |                |  |                |  |  |   |                  |                |  |                        |   |  |  |                     |                |                  |
| 05/feb<br>/2019  | 46284620                                     | 1              | Lince  | 3a             | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | PC  | PESO             |                | N  | N                      | 1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i> | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 4              | Z001             |
|  | 123456789                                    |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | M   | TALLA            |                | C  | C                      | 2. <i>Administracion de Micronutrientes</i>   | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | TA             | Z298             |
|  | 2456   |                |  |                | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | D   | Hb               |                | R  | R                      | 3. <i>Consejeria Nutricional</i>              | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>            | R                   | 3              | 99403            |

- En el primer CRED se hace entrega de la cantidad de Micronutrientes suficientes por 3 meses para consumo interdiario.
- En el segundo CRED se suspende por 3 meses el consumo de la suplementación.
- En el tercer CRED se retoma la suplementación por 3 meses más.
- En el cuarto CRED se verifica el consumo de toda la suplementación y se registra “TA” en este Esquema y se espera 3 meses antes del esquema de 4 años.



Quando la suplementación se realiza con Hierro Polimaltosado en el Consultorio de Nutrición:

| EDAD EN MESES                 | Nutrición 1 | Nutrición 2 | Nutrición 3 | 39 | 40 | 41 | Nutrición 4 | Nutrición 5 | Nutrición 6 | Nutrición 7 | 46 | 47 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|----|----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|----|----|
|                               | 36          | 37          | 38          |    |    |    | 42          | 43          | 44          | 45          |    |    |
| Gotas de Sulfato Ferroso      | SF1         | SF2         | SF3         |    |    |    | SF4         | SF5         | SF6         | TA          |    |    |
| Gotas de Hierro Polimaltosado | P01         | P02         | P03         |    |    |    | P04         | P05         | P06         | TA          |    |    |
| Micronutrientes               | 1°          | 2°          | 3°          |    |    |    | 4°          | 5°          | 6°          | TA          |    |    |

| EDAD EN MESES                 | 48                       | 49  | 50  | 51  | 52 | 53 | 54  | 55  | 56  | 57  | 58 | 59 |
|-------------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|
|                               | Gotas de Sulfato Ferroso | SF1 | SF2 | SF3 |    |    |     | SF4 | SF5 | SF6 | TA |    |
| Gotas de Hierro Polimaltosado | P01                      | P02 | P03 |     |    |    | P04 | P05 | P06 | TA  |    |    |
| Micronutrientes               | 1°                       | 2°  | 3°  |     |    |    | 4°  | 5°  | 6°  | TA  |    |    |

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Hierro Polimaltosado "P01"
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo atención en Nutrición niño de 4 años:



| DIA   | D.N.I.           |                | FINANC.    | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                          |    | CÓDIGO CIE /CPT |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|---|------------------|----------------|------------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------|--------------------------|----|-----------------|---|---|-------|--|--|--|---|---|---|---|-----|-------|
|   | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   | ETNIA               | 12                       | 10 |                 | P | D | R     |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015 |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/May  | 92284620         | 1              | Miraflores | 3                       | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | 12       | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 1 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 196456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Dosaje de Hemoglobina                            | P   | X | R | 1   | 85018 |
|   | 1256             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P | X | R   | P01   |
| 2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Jun  | 92284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 2 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 196456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | P02 | Z298  |
|   | 1256             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 2     |
| 3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Jul  | 92284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 3 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 196456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | P03 | Z298  |
|   | 1256             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 3     |
| 4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Nov  | 92284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 4 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 196456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | P04 | Z298  |
|   | 1256             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 4     |
| 5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Dic  | 92284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 5 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 196456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | P05 | Z298  |
|   | 1256             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 5     |
| 6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Ene /2019  | 46284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 6 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 123456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | P06 | Z298  |
|   | 2456             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 6     |
| 7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015            |                  |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
| 05/Feb /2019  | 46284620         | 1              | Miraflores | 3a                      | M    | PC   | PESO                           | TALLA                                   | Hb        | R        | R   | R                   | 1. Atención en Nutrición | P  | X               | R | 7 | 99209 |  |  |  |   |   |   |   |     |       |
|   | 123456789        |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | P   | X | R | TA  | Z298  |
|   | 2456             |                |            |                         |      |      |                                |   |           |          |   |                     |                          |    |                 |   |   |       |  |  |  |   | 3. Consejería Nutricional                           | P | X | R   | 7     |

Siempre y cuando sea posible traer al paciente mes por mes se hará entrega mensual de la suplementación por 3 meses para su consumo interdiario; luego suspenderá los jarabes por 3 meses para reiniciar al sexto mes y se hará entrega de hierro Polimaltosado por 3 meses más; al noveno mes se verificara el consumo del P06 y se registrará "TA".

**Cuando la suplementación se realiza con Sulfato Ferroso en el consultorio de Nutrición:**

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:



- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

|                               |           |   |            |  |                                       |                                    |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
|-------------------------------|-----------|---|------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|-------|
| 1                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/05/2018 |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/May                        | 92284620  | 1   | Miraflones | 4  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 1                                     | 99209    |       |
|                               | 196456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Dosaje de Hemoglobina                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 1                                     | 85018    |       |
|                               | 1256      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          | 12                                  | R R                                 | 3. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 2                                     | SF1 Z298 |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |           | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                       |            |  |                                       |                                    |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
|                               |           |   |            |  | <input type="checkbox"/> A            | <input type="checkbox"/> M         | <input type="checkbox"/> PC | PESO                                | N                                   | N   | 1. Consejería Nutricional  | <input type="checkbox"/> P            | <input checked="" type="checkbox"/> R | 1        | 99403 |
|                               |           |   |            |  | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | C                                   | C                                   | 2.  | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     |          |       |
|                               |           |   |            |  | <input type="checkbox"/> D            |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3.  | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     |          |       |
| 2                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Jun                        | 92284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 2                                     | 99209    |       |
|                               | 196456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | SF2                                   | Z298     |       |
|                               | 1256      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     | 2        | 99403 |
| 3                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Jul                        | 92284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input type="checkbox"/> A            | <input type="checkbox"/> M         | <input type="checkbox"/> PC | PESO                                | N                                   | N   | 1. Atención en Nutrición   | <input type="checkbox"/> P            | <input checked="" type="checkbox"/> R | 3        | 99209 |
|                               | 196456789 |   |            |  | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | C                                   | C                                   | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | SF3                                   | Z298     |       |
|                               | 1256      |   |            |  | <input type="checkbox"/> D            |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     | 3        | 99403 |
| 4                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Nov                        | 92284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 4                                     | 99209    |       |
|                               | 196456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | SF4                                   | Z298     |       |
|                               | 1256      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     | 4        | 99403 |
| 5                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Dic                        | 92284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 5                                     | 99209    |       |
|                               | 196456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | SF5                                   | Z298     |       |
|                               | 1256      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> D            | R                                     | 5        | 99403 |
| 6                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Ene/2019                   | 46284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 6                                     | 99209    |       |
|                               | 123456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | SF6                                   | Z298     |       |
|                               | 2456      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 6                                     | 99403    |       |
| 7                             |           | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> |            | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                       | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2014 |                             |                                     |                                     |   |                            |                                       |                                       |          |       |
| 05/Feb/2019                   | 46284620  | 1   | Miraflones | 4a                                       | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PC        | PESO                        | N                                   | N                                   | 1. Atención en Nutrición                            | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 7                                     | 99209    |       |
|                               | 123456789 |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Pab       | TALLA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | TA                                    | Z298     |       |
|                               | 2456      |   |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> D |                                    | Hb                          |                                     | R R                                 | 3. Consejería Nutricional                           | <input type="checkbox"/> P | <input checked="" type="checkbox"/> R | 7                                     | 99403    |       |

Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años

- El manejo preventivo de la anemia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años consiste en la administración de 1 tableta de 60 mg de hierro elemental más 400 mg de Ácido Fólico, 2 veces por semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año entre los 12 y 17 años.

| EDAD DE ADMINISTRACIÓN             | DOSIS  | PRODUCTO                                   | DURACIÓN   |
|------------------------------------|--|--|--|
| Adolescente mujer de 12 a 17 años. | 1 tableta de 60 mg de hierro elemental + 400ug Ácido Fólico 2 veces por semana | Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico | 2 tabletas Por semana durante 3 meses continuos cada año |

60mg de hierro elemental equivale a 300mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180mg de fumarato ferroso a 500mg de gluconato ferroso.  
Fuente: Zavaleta N, Respicio O, and Garcia T. Nutr. 130: 462S-464S, 2000<sup>(\*)</sup> y WHO. 2016. Guideline: Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra<sup>(\*\*)</sup>

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Examen del Estado del Desarrollo del adolescente/Medicina/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:



- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega (SF1, SF2, SF3)
- En la 4° Fila: Número de Consejería "1"

**Código CIE/CPT:**

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento.

- En la 1° Fila: Z003 Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

**Ejemplo:**

Secuencia Suplementación Adolescentes:

**Codificación de Inicio a Término**

**Cuando no tiene Anemia y llega al Establecimiento de Salud (escenario ideal): Se debe evaluar la posibilidad que el adolescente asista al Establecimiento de Salud mes a mes durante 4 meses**

| DÍA  | D.N.I.   | FINANC. ISTRITO DE PROCEDENCIA |     | EDAD | SEXO                                | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTAD. BLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |   |   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |  |  |
|--|----------|--------------------------------|-----|------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|----------|---|---------------------|---|---|------|------------------|--|--|
|  |          | 11                             | 12  |      |                                     |                                |   |             |          |   | P                   | D | R |      |                  |  |  |
| HISTORIA CLINICA   |          | ETNIA: CENTRO POBLADO (*)      |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      | <input type="checkbox"/>            | A                              | PC                                      | PESO        |          | N   | N                   |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      | <input type="checkbox"/>            | M                              |   | TALLA       |          | C   | C                   |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      | <input type="checkbox"/>            | D                              | F                                       | Hb          |          | R   | R                   |   |   |      |                  |  |  |
| Al segundo mes   |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          | N   | N                   |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          | N   | N                   |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| 5  | 89526224 |                                | Ate | 16   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        |          | N   | N                   |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
|  |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |          |                                |     |      |                                     |                                |   |             |          |   |                     |   |   |      |                  |  |  |

**Codificación cuando se le entrega la suplementación para los 3 meses**

Primera atención, se le entrega las 24 tabletas y se le solicita que retome al finalizar su consumo (se puede solicitar que traiga los blíster vacíos)



| DIA              | D.N.I.   | FINANC. | ISTRITO DE PROCEDENCIA |                    | EDAD | SEXO   | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                                     |                                      | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT                    |   |     |       |
|------------------|----------|---------|------------------------|--------------------|------|--|--------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------|-------------------------------------|---|-----|-------|
|                  |          |         | 1                      | 2                  |      |  |                                |   |           |          |   | P                   | D                                   | R                                    |      |                                     |   |     |       |
| HISTORIA CLINICA |          | ETNIA   |                        | CENTRO POBLADO (*) |      | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |                                |   |           |          |   |                     |                                     |                                      |      |                                     |   |     |       |
| 5                | 89526224 |         | Ate                    | 16                 | M    | PC   | PESO                           |   | N         | N        | 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente   | P                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                    | 1    | 2003                                |   |     |       |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | TALLA                          |   |           |          |   | C                   | C                                   | 2. Dosaje de Hemoglobina             | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1   | 85018 |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | Hb                             | 12                                      |           |          |   | R                   | R                                   | 3. Administración de Sulfato Ferroso | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R | SF1 | 2298  |
| HISTORIA CLINICA |          | ETNIA   |                        | CENTRO POBLADO (*) |      | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |                                |   |           |          |   |                     |                                     |                                      |      |                                     |   |     |       |
|                  |          |         |                        | 16                 | M    | PC   | PESO                           |   | N         | N        | 1. Consejería Nutricional                             | P                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                    | 1    | 99403                               |   |     |       |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | TALLA                          |   |           |          |   | C                   | C                                   | 2.                                   | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R |     |       |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | Hb                             |   |           |          |   | R                   | R                                   | 3.                                   | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R |     |       |

Ultima atención al cuarto mes, se verifica que los blíster no tengan pastillas y se le cita en 12 meses.

| DIA              | D.N.I.   | FINANC. | ISTRITO DE PROCEDENCIA |                    | EDAD | SEXO   | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                                     |                                      | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT                    |   |    |       |
|------------------|----------|---------|------------------------|--------------------|------|--|--------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------|-------------------------------------|---|----|-------|
|                  |          |         | 1                      | 2                  |      |  |                                |   |           |          |   | P                   | D                                   | R                                    |      |                                     |   |    |       |
| HISTORIA CLINICA |          | ETNIA   |                        | CENTRO POBLADO (*) |      | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ |                                |   |           |          |   |                     |                                     |                                      |      |                                     |   |    |       |
| 5                | 89526224 |         | Ate                    | 16                 | M    | PC   | PESO                           |   | N         | N        | 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente   | P                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                    | 2    | 2003                                |   |    |       |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | TALLA                          |   |           |          |   | C                   | C                                   | 2. Administración de Sulfato Ferroso | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R | TA | 2298  |
|                  |          |         |                        |                    |      |  | Hb                             |   |           |          |   | R                   | R                                   | 3. Consejería Integral               | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2  | 99401 |

### Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas

El manejo preventivo de la anemia, se realizará en gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia el que debe de iniciarse a partir de la semana 14 de gestación; si el primer control prenatal es posterior a la semana 14, debe iniciarse la suplementación en ese momento durante todo el periodo de gestación.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "3" según corresponda
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Tipo y número de entrega "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3592 Supervisión de embarazo con riesgo (2° Trimestre)
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primer Mes de Suplementación Gestante 14 semanas



| DIA   | D.N.I.  |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTADISTICA | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                  |  |                                     | LAB.                                | CÓDIGO CIE / CPT |          |
|---|---|----------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|----------|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|----------|
|   | HISTORIA CLINICA  | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | ETNIA  | CENTRO POBLADO (*)                                   | P                                   |                                     |                  | D        |
|   | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i> |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>30/06/2018</i>      |  |                                     |                                     |                  |          |
| 30 /jun   | 44284620  | 196456789      | 2       | San José                | 26   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Atención Prenatal 14 semanas                      | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 3                | Z3492    |
|   | 1256  | 80             |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | Pab                                     | TALLA       |          |   | 2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   |                  | Z006     |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              |   | Hb          | 12.3     | R   | R  | 3. Dosaje de Hemoglobina                             | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                | 1        |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                             |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                    |  |                                     |                                     |                  |          |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico. | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 1                | 59401.04 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              |   | TALLA       | C        | C   | 2. Consejería Nutricional                            | P  | D                                   | R                                   | 1                | 99403.01 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              | Pab                                     | Hb          | R        | R   | 3.   | P  | D                                   | R                                   |                  |          |
| <b>Segundo mes de suplementación (Semana 18-21)</b>       |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   |  |  |                                     |                                     |                  |          |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i> |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                    |  |                                     |                                     |                  |          |
| 30/Jul  | 44284620  | 196456789      | 2       | San José                | 26   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Atención Prenatal 18 semanas                      | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 4                | Z3492    |
|   | 1256  | 80             |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | Pab                                     | TALLA       |          |   | 2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   |                  | Z006     |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              |   | Hb          |          | R   | R  | 3. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico. | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                | 2        |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                             |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                    |  |                                     |                                     |                  |          |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Consejería Nutricional                            | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 2                | 99403.01 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              |   | TALLA       | C        | C   | 2.   | P  | D                                   | R                                   |                  |          |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              | Pab                                     | Hb          | R        | R   | 3.   | P  | D                                   | R                                   |                  |          |

Ultima Atención y Puerperio

Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva – 4° Dosaje de Hemoglobina

| DIA   | D.N.I.  |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTADISTICA | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                                 |                           |                                     | LAB.                                | CÓDIGO CIE / CPT |          |
|---|---|----------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|----------|---|---|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|----------|
|   | HISTORIA CLINICA  | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)        | P                                   |                                     |                  | D        |
|   | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i> |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                           |                                     |                                     |                  |          |
| 30/Ene  | 44284620  | 196456789      | 2       | San José                | 26   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Control de Puerperio                             | P                         | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 1                | 59430    |
|   | 1256  | 80             |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | Pab                                     | TALLA       |          |   | 2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico | P                         | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 7                | 59401.04 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              |   | Hb          |          | R   | R   | 3. Consejería Nutricional | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                | 7        |
| <b>Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva- 4° Dosaje de Hemoglobina</b> |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   |   |                           |                                     |                                     |                  |          |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>   |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>28/02/2019</i>     |                           |                                     |                                     |                  |          |
| 28/feb  | 44284620  | 196456789      |         | San José                | 26   | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Control de Puerperio                             | P                         | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 2                | 59430    |
|   | 1256  |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | Pab                                     | TALLA       |          |   | 2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico | P                         | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | TA               | 59401.04 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              |   | Hb          | 11.5     | R   | R   | 3. Dosaje de Hemoglobina  | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                | 4        |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:   |   |                |         |                         |      |                                     |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /                   |                           |                                     |                                     |                  |          |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Consejería Nutricional                           | P                         | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   |                  | 99403.01 |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | M                              |   | TALLA       | C        | C   | 2.  | P                         | D                                   | R                                   |                  |          |
|   |   |                |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | D                              | Pab                                     | Hb          | R        | R   | 3.  | P                         | D                                   | R                                   |                  |          |

III. MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

Manejo Terapéutico de Anemia en Niños

- El **Tratamiento de la Anemia**, se realiza previo diagnóstico a través del Dosaje de Hemoglobina, en el consultorio de Atención Integral del Niño o en Nutrición.
- La **duración del Tratamiento de Anemia** de los niños hasta los 11 años de edad, es de **6 meses continuos**.
- La **entrega del tratamiento de hierro** será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño.
- **Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo del tratamiento** de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.
- La **detección y atención del niño con anemia** se da en los siguientes espacios/escenarios:
  - Atención en Medicina.
  - Control de Crecimiento y Desarrollo (incluye el Dosaje de Hemoglobina).
  - Atención en Nutrición (incluye el Dosaje de Hemoglobina).



- Durante el Tratamiento de Anemia, el niño recurre 7 veces al servicio o consultorio del profesional que realizará el tratamiento de anemia, 6 veces corresponden al tratamiento y la séptima para determinar el alta del paciente<sup>8</sup>.
- Todos los niños, tratados con hierro deben de recibir, **Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

Tabla de Puntos de corte de anemia según tipo de población

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puerperas (hasta 1.000 msam)

| Población  | Con Anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL) |            |             | Sin anemia según niveles de Hemoglobina |
|--|--|------------|-------------|---|
| <b>Niños</b>   |  |            |             |   |
| <b>Niña Prenatales</b>                                 |  |            |             |   |
| 1ª semana de vida                                      | ≤ 13.0   |            |             | >13.0                                   |
| 2ª a 4ta semana de vida                                | ≤ 10.0   |            |             | >10.0                                   |
| 5ª a 8ta semana de vida                                | ≤ 8.0  |            |             | >8.0                                    |
| <b>Niños Nacidos a Término</b>                         |  |            |             |   |
| Menor de 2 meses                                       | < 13.5   |            |             | 13.5-18.5                               |
| Niños de 2 a 6 meses cumplidos                         | < 9.5  |            |             | 9.5-13.5                                |
|  | Severa   | Moderada   | Leve        |   |
| Niños de 6 meses a 5 años cumplidos                    | < 7.0  | 7.0 - 9.9  | 10.0 - 10.9 | ≥ 11.0                                  |
| Niños de 5 a 11 años de edad                           | < 8.0  | 8.0 - 10.9 | 11.0 - 11.4 | ≥ 11.5                                  |
| <b>Adolescentes</b>                                    |  |            |             |   |
| Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad | < 8.0  | 8.0 - 10.9 | 11.0 - 11.9 | ≥ 12.0                                  |
| Varones de 15 años a más                               | < 8.0  | 8.0 - 10.9 | 11.0 - 12.9 | ≥ 13.0                                  |
| Mujeres NO Gestantes de 15 años a más                  | < 8.0  | 8.0 - 10.9 | 11.0 - 11.9 | ≥ 12.0                                  |
| <b>Mujeres Gestantes y Puerperas</b>                   |  |            |             |   |
| Mujer Gestante de 15 años a más <sup>(*)</sup>         | < 7.0  | 7.0 - 9.9  | 10.0 - 10.9 | ≥ 11.0                                  |
| Mujer Puerpera   | < 8.0  | 8.0 - 10.9 | 11.0 - 11.9 | ≥ 12.0                                  |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011.<sup>(8)</sup>  
Fuente: OMS, 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra.<sup>(9)</sup>  
(\*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 15 y 20, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl.

Para el manejo **TERAPÉUTICO**, en el campo **Código CIE/CPT**: la Administración de Sulfato Ferroso o Hierro Polimaltosado se registra de la siguiente manera:

**D509** Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV, **VACÍO<sup>9</sup>**) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**, utilizándose el código U310 que corresponde a la Administración de Tratamiento de la Anemia por deficiencia de hierro.

- D509 Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- U310 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
- U310 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05, P06)

Al final del periodo de tratamiento se colocará **TA** (Término de la Administración) y la condición **PR** (Paciente Recuperado) si corresponde.

- TA Concluye Tratamiento
- PR Paciente Recuperado

El campo Hb<sup>10</sup>, se completa cuando se realiza el Dosaje de Hemoglobina o la Lectura del Resultado.

La información registrada corresponde al valor observado.

### Tratamiento de Anemia en niños con Bajo Peso al Nacer o Prematuros

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

<sup>8</sup> Comprende la confirmación del cumplimiento del tratamiento establecido y que los niveles de hemoglobina estén dentro de los rangos de normalidad.

<sup>9</sup> Vacío=en el caso de recién nacido, que los puntos de corte no señalan nivel de severidad.

<sup>10</sup> Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.





| DIA   | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |       |   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |    |    |       |
|---|------------------|---------|-------------------------|------|------|-------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------|-------|---|------|------------------|----|----|-------|
|   | HISTORIA CLINICA |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   | FICHA FAMILIAR      | ETNIA | 10  |      |                  | 12 | 1  | 2     |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>01/12/18</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>01/05/2018</i> |                  |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   |                     |       |   |      |                  |    |    |       |
| 01/12   | 78754693         | 1       | Comas                   | 8    | A    | M                             | PC                                      | PESO      | 8.9      | N   | N                   | 1.    | Recien Nacido Prematuro                             | P    | D                | R  | 7  | P0712 |
|   | 123456789        |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA     | 74       | R   | R                   | 2.    | Dosaje de Hemoglobina (Control al 6to mes de Trat.) | P    | D                | R  | 4  | 85018 |
|   | 2456             |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb        | 11.5     | R   | R                   | 3.    | Anemia por deficiencia de hierro                    | P    | D                | R  | PR | D509  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                  |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   |                     |       |   |      |                  |    |    |       |
|   |                  |         |                         |      | A    | M                             | PC                                      | PESO      |          | N   | N                   | 1.    | Administración de Sulfato Ferroso                   | P    | D                | R  | TA | U310  |
|   |                  |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA     |          | R   | R                   | 2.    | Administración de Micronutrientes                   | P    | D                | R  | 1  | Z298  |
|   |                  |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb        |          | R   | R                   | 3.    | Consejería Nutricional                              | P    | D                | R  | 1  | 99403 |

**Término de suplementación con micronutrientes**

| DIA  | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |       |                                   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |    |    |       |
|--|------------------|---------|-------------------------|------|------|-------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------|-------|-----------------------------------|------|------------------|----|----|-------|
|  | HISTORIA CLINICA |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   | FICHA FAMILIAR      | ETNIA | 10                                |      |                  | 12 | 1  | 2     |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / <i>1/11/2019</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>01/05/2018</i> |                  |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   |                     |       |                                   |      |                  |    |    |       |
| 1-Nov  | 78754693         | 1       | Comas                   | 1    | M    | F                             | Pab                                     | PESO      | 8.9      | N   | N                   | 1.    | Recien Nacido Prematuro           | P    | D                | R  | 12 | P0712 |
|  | 123456789        |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA     | 74       | R   | R                   | 2.    | Dosaje de Hemoglobina             | P    | D                | R  | 5  | 85018 |
|  | 2456             |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb        | 12       | R   | R                   | 3.    | Administración de Micronutrientes | P    | D                | R  | TA | Z298  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /  |                  |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   |                     |       |                                   |      |                  |    |    |       |
|  |                  |         |                         |      | A    | M                             | PC                                      | PESO      |          | N   | N                   | 1.    | Consejería Nutricional            | P    | D                | R  | 12 | 99403 |
|  |                  |         |                         |      | M    | F                             | Pab                                     | TALLA     |          | R   | R                   | 2.    |                                   | P    | D                | R  |    |       |
|  |                  |         |                         |      | D    | F                             | Pab                                     | Hb        |          | R   | R                   | 3.    |                                   | P    | D                | R  |    |       |

**Tratamiento de anemia en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer.**

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: " "(Vacío)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "P01"
- En la 5° Fila: Número de Control "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional



| DÍA   | D.N.I.           |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTAD. BLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD  | TIPO DE DIAGNÓSTICO |   |   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|----------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------|----------|--|---------------------|---|---|------|------------------|
|   | HISTORIA CLÍNICA | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  | ETNIA               | P | D |      |                  |
| 1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/18                |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/06   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 4    | M    | PC                             | PESO 6.8                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 1    | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 65                              | X            | X        | 2. Dosaje de Hemoglobina                               | P                   | X | R | 1    | 85018            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb 9.5                                | R            | R        | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | X | R | LEV  | D509             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P01  | U310             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 1    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18                |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/07   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 5    | M    | PC                             | PESO 7.6                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 2    | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 67                              | X            | X        | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al mes de Trat.)     | P                   | X | R | 2    | 85018            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb 10.2                               | R            | R        | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | LEV  | D509             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P02  | U310             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 2    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18                |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/08   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 6    | M    | PC                             | PESO 8.2                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 3    | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 69                              | X            | X        | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | LEV  | D509             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P03  | U310             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 3    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2.   | P                   | D | R |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/09/18                |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/09   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 7    | M    | PC                             | PESO 8.2                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 4    | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 70                              | X            | X        | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 3er mes de Trat.) | P                   | X | R | 3    | 85018            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb 10.5                               | R            | R        | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | LEV  | D509             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P04  | U310             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2. Consejería Nutricional                              | P                   | D | R | 4    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/10   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 8    | M    | PC                             | PESO 8.5                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 5    | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 71                              | X            | X        | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | LEV  | D509             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P05  | U310             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 5    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2.   | P                   | D | R |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/11   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 9    | M    | PC                             | PESO 8.7                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 11   | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 72                              | X            | X        | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | LEV  | D509             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | P06  | U310             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 6    | 99403            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2.   | P                   | D | R |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3.   | P                   | D | R |      |                  |
| 7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Urgarte Zapata |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/12/18                |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| 01/12   | 78754693         | 123456789      | 1       | Lampa                   | 10   | M    | PC                             | PESO 8.9                              | N            | N        | 1. Atención en Nutrición                               | P                   | X | R | 12   | 99209            |
|   | 123456789        | 2456           |         |                         |      |      |                                | TALLA 74                              | X            | X        | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 6to mes de Trat.) | P                   | X | R | 4    | 85018            |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb 11.5                               | R            | R        | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P                   | D | X | PR   | D509             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                         |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
| FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /                     |                  |                |         |                         |      |      |                                |                                       |              |          |  |                     |   |   |      |                  |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | PESO                                  | N            | N        | 1. Administración de Hierro Polimaltosado              | P                   | X | R | TA   | U310             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                 | X            | X        | 2. Administración de Micronutrientes                   | P                   | X | R | 1    | Z298             |
|   |                  |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                    | R            | R        | 3. Consejería Nutricional                              | P                   | X | R | 1    | 99403            |

### Manejo Terapéutico de Anemia en Niños de 6 meses a 11 años

- a) El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- b) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.

- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

**Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años  
con anemia leve o moderada**

| EDAD DE ADMINISTRACIÓN        | DOSIS <sup>4</sup><br>(Vía oral)                         | PRODUCTO  | DURACIÓN                  | CONTROL DE HEMOGLOBINA                                     |
|-------------------------------|--|---|---------------------------|--|
| Niños de 6 a 35 meses de edad | <b>3 mg/Kg/día</b><br>Máxima dosis:<br>70 mg/día<br>(2)  | Jarabe de Sulfato Ferroso<br>o<br>Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico<br>o<br>Gotas de Sulfato Ferroso<br>o<br>Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico | Durante 6 meses continuos | Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento |
| Niños de 3 a 5 años de edad   | <b>3 mg/Kg/día</b><br>Máxima dosis:<br>90 mg/día<br>(3)  | Jarabe de Sulfato Ferroso<br>o<br>Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico  |                           |  |
| Niños de 5 a 11 años          | <b>3 mg/Kg/día</b><br>Máxima dosis:<br>120 mg/día<br>(4) | Jarabe de Sulfato Ferroso<br>o<br>Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico<br>o<br>1 tableta de Sulfato ferroso<br>o<br>1 tableta de Polimaltosado          |                           |  |

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

**Ejemplo**

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "SF1"
- En la 5° Fila: Número de Control "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional



| DIA  | D.N.I.           |                | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTA BLEC VICIO | SERVICIO | DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNOSTICO                                    |   |   | LAB. | CODIGO CIE / CPT |       |
|--|------------------|----------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---|-----------------|----------|---|--|---|---|------|------------------|-------|
|  | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   | ETNIA  | P | D |      |                  | R     |
| 1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/18   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/06  | 78754693         | 1              | Comas   | 6                       | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 6.8             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 6                | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 65              | X        | X   | 2. Dosaje de Hemoglobina                               | P | X | R    | 1                | 85018 |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      | 9.5             | R        | R   | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | X | R    | LEV              | D509  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/07  | 78754693         | 1              | Comas   | 7                       | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 7.6             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 7                | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 67              | X        | X   | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al mes de Trat.)     | P | X | R    | 2                | 85018 |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      | 10.2            | R        | R   | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | LEV              | D509  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/08  | 78754693         | 1              | Comas   | 8                       | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 8.2             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 8                | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 69              | X        | X   | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | LEV              | D509  |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      |                 | R        | R   | 3. Administración de Sulfato Ferroso                   | P | X | R    | SF3              | U310  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/09/18   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/09  | 78754693         | 1              | Comas   | 9                       | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 8.2             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 9                | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 70              | X        | X   | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 3er mes de Trat.) | P | X | R    | 3                | 85018 |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      | 10.5            | R        | R   | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | LEV              | D509  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____      |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/10  | 78754693         | 1              | Comas   | 10                      | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 8.5             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 10               | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 71              | X        | X   | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | LEV              | D509  |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      |                 | R        | R   | 3. Administración de Sulfato Ferroso                   | P | X | R    | SF5              | U310  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____      |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/11  | 78754693         | 1              | Comas   | 11                      | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 8.7             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 11               | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 72              | X        | X   | 2. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | LEV              | D509  |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      |                 | R        | R   | 3. Administración de Sulfato Ferroso                   | P | X | R    | SF6              | U310  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/12/18   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| 01/12  | 78754693         | 1              | Comas   | 12                      | A    | M    | PC                             | PESO                                    | 8.9             | N        | N   | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                 | P | X | R    | 12               | Z001  |
|  | 123456789        |                |         |                         |      |      |                                | TALLA                                   | 74              | X        | X   | 2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 6to mes de Trat.) | P | X | R    | 4                | 85018 |
|  | 2496             |                |         |                         |      |      |                                | Hb                                      | 11.5            | R        | R   | 3. Anemia por deficiencia de hierro                    | P | D | X    | PR               | D509  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <del>_____</del> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <del>____/____/____</del> |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |
| <del>_____</del>   |                  |                |         |                         |      |      |                                |   |                 |          |   |  |   |   |      |                  |       |

### Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años

El tratamiento de la anemia en adolescentes varones y mujeres de 12 a 17 años con diagnóstico de anemia comprende la administración de 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental, durante 6 meses continuos.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional



Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “1”
- En la 2° Fila: Número de Control “1”
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega “SF1”
- En la 5° Fila: Número de Consejería “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

**Primera Atención:**

| DIA                           | D.N.I.   | FINANC. HISTORIO DE PROCEDENCIA |       | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                                   |                           | LAB.   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |       |
|-------------------------------|----------|---------------------------------|-------|------|------|--------------------------------|---|------------|------------|---|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|------------------|---|---|-------|
|                               |          | 1                               | 2     |      |      |                                |   |            |            |   | P                   | D                                 | R                         |  |                  |   |   |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |          |                                 |       |      |      |                                |   |            |            |   |                     | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                           |  |                  |   |   |       |
| 5                             | 89526224 |                                 | Ocoña | 16   | M    | PC                             | PESO                                    | C          | C          | 1. Atención en Nutrición                              | P                   | X                                 | R                         | 1  | 99209            |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | TALLA                                   |            |            |   | C                   | C                                 | 2. Dosaje de Hemoglobina  | P  | X                | R | 1 | 85018 |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | Hb                                      |            |            |   | 10                  | R                                 | R                         | 3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación | P                | X | R | MOD   |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |          |                                 |       |      |      |                                |   |            |            |   |                     | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                           |  |                  |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      | M    | PC                             | PESO                                    | N          | N          | 1. Administración de Sulfato Ferroso                  | P                   | X                                 | R                         | SF1  | U310             |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | TALLA                                   |            |            |   | C                   | C                                 | 2. Consejería Nutricional | P  | X                | R | 1 | 99403 |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | Hb                                      |            |            |   |                     | R                                 | R                         | 3.   | P                | D | R |       |

**Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico**

| DIA                           | D.N.I.   | FINANC. HISTORIO DE PROCEDENCIA |       | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO |                                   |                           | LAB.   | CÓDIGO CIE / CPT |   |   |       |
|-------------------------------|----------|---------------------------------|-------|------|------|--------------------------------|---|------------|------------|---|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|------------------|---|---|-------|
|                               |          | 1                               | 2     |      |      |                                |   |            |            |   | P                   | D                                 | R                         |  |                  |   |   |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |          |                                 |       |      |      |                                |   |            |            |   |                     | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                           |  |                  |   |   |       |
| 5                             | 89526224 |                                 | Ocoña | 16   | M    | PC                             | PESO                                    | N          | N          | 1. Atención en Nutrición                              | P                   | X                                 | R                         | 7  | 99209            |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | TALLA                                   |            |            |   | X                   | X                                 | 2. Dosaje de Hemoglobina  | P  | X                | R | 4 | 85018 |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | Hb                                      |            |            |   | 12                  | R                                 | R                         | 3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación | P                | X | R | PR    |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |          |                                 |       |      |      |                                |   |            |            |   |                     | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                           |  |                  |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      | M    | PC                             | PESO                                    | N          | N          | 1. Administración de Sulfato Ferroso                  | P                   | X                                 | R                         | TA   | U310             |   |   |       |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | TALLA                                   |            |            |   | C                   | C                                 | 2. Consejería Nutricional | P  | X                | R | 4 | 99403 |
|                               |          |                                 |       |      |      |                                | Hb                                      |            |            |   |                     | R                                 | R                         | 3.   | P                | D | R |       |

### Manejo Terapéutico en Gestantes y Puérperas

Si en alguno de los dosajes de hemoglobina durante el periodo de gestación, se detecta anemia, se debe iniciar el manejo terapéutico.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo, Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 5° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6° Fila: Consejería Nutricional



Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "3"
- En la 2° Fila: Número de Control
- En la 3° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 4° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 5° Fila: Tipo de Suplementación y número de entrega "SF1"
- En la 6° Fila: Número de Consejería "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3592 Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Z006 Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: **85018** Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: **O990** Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 5° Fila: **99199.11** Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención

| DIA   | D.N.I.           |                |       | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA             | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTAD. BLEC | SERVICIO   | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                      |                                     |     | CÓDIGO CIE/ CPT |
|---|------------------|----------------|-------|---------|-------------------------------------|------|------|--------------------------------|---|-------------|--|---|--|-------------------------------------|-----|-----------------|
|   | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR | ETNIA |         |                                     |      |      |                                |   |             |  |   | P  | D                                   | R   |                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Josefina Huaman Inga</b> |                  |                |       |         |                                     |      |      |                                |   |             |  |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 30/06/2018 |                                     |     |                 |
| 31  | 44284620         | 2              | Lince | 26      | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | PC   | PESO                           | N                                       | N           | 1. Supervisión de embarazo con riesgo                | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | 3   | Z3592           |
|   | 196456789        | 80             |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | Pab  | TALLA                          | C                                       | C           | 2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   |     | Z006            |
|   | 1256             |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | D    |      | Hb                             | 10.5                                    | R           | R  | 3. Dosaje de Hemoglobina                              | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R   | 1               |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                             |                  |                |       |         |                                     |      |      |                                |   |             |  |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                     |     |                 |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | PC   | PESO                           | N                                       | N           | 1. Anemia que Complica el Embarazo                   | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | LEV | O990            |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    |      | TALLA                          | C                                       | C           | 2. Administración de tratamiento                     | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | 1   | 99199.11        |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | D    | F    | Pab                            | Hb                                      | R           | R  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R   | 1               |

Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico

| DIA   | D.N.I.           |                |       | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA             | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTAD. BLEC | SERVICIO  | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                      |                                     |    | CÓDIGO CIE/ CPT |
|---|------------------|----------------|-------|---------|-------------------------------------|------|------|--------------------------------|---|-------------|---|---|--|-------------------------------------|----|-----------------|
|   | HISTORIA CLINICA | FICHA FAMILIAR | ETNIA |         |                                     |      |      |                                |   |             |   |   | P  | D                                   | R  |                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Josefina Huaman Inga</b> |                  |                |       |         |                                     |      |      |                                |   |             |   |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 31/12/2018 |                                     |    |                 |
| 31  | 44284620         |                | Lince | 26      | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | PC   | PESO                           | N                                       | N           | 1. Control de Puerperio                             | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | 2  | 59430           |
|   | 196456789        |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | Pab  | TALLA                          | C                                       | C           | 2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | TA | 99199.11        |
|   | 1256             |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | D    |      | Hb                             | 11                                      | R           | R   | 3. Dosaje de Hemoglobina                              | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | R  | 5               |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:                             |                  |                |       |         |                                     |      |      |                                |   |             |   |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:            |                                     |    |                 |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | PC   | PESO                           | N                                       | N           | 1. Anemia que Complica el Embarazo                  | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   | PR | O990            |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | M    |      | TALLA                          | C                                       | C           | 2. Consejería Nutricional                           | P   | <input checked="" type="checkbox"/>      | R                                   |    | 99403           |
|   |                  |                |       |         | <input checked="" type="checkbox"/> | D    | F    | Pab                            | Hb                                      | R           | R   | 3.  | P  | <input checked="" type="checkbox"/> | D  | R               |

IV. FAMILIA SALUDABLE

Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:

Es una actividad educativa de "aprender haciendo", en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, se realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante.

Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un Local Comunal, Centros de Promoción y Vigilancia Comunal u otros espacios de la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Extraído del documento: Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Consulta Externa, de las Actividades de Promoción de la Salud en el Programa Articulado Nutricional.



**En familias con niñas y niños menores de 12 meses:**

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1ra Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa “MN, ALI, LME, SBU”.

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

**Sesion Demostrativa Preparacion de Alimentos**

| DIA  | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTADISTICA | SERVICIO | DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE                             |      |                                     | CÓDIGO CIE / CPT                   |     |       |  |
|--|------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---|-------------|----------|---|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------------------------------------|-----|-------|--|
|  | HISTORIA CLINICA | 10      | 12                      |      |      |                                |   |             |          |   | DIAGNOSTICO                         | LAB. |                                     |                                    |     |       |  |
|  | FICHA FAMILIAR   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |      |      |                                |   |             |          |   | P                                   | D    | R                                   |                                    |     |       |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Luna Supo</i> |                  |         |                         |      |      |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |      |                                     | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2018 |     |       |  |
| 5/11   | 99284620         | 1       | Lince                   | 6    | A    | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Sesión Demostrativa              | P    | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                  | ALI | C0010 |  |
|  | 206456789        |         |                         |      | D    | F                              | Pab                                     | TALLA       |          | <input checked="" type="checkbox"/>                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.   | P                                   | D                                  | R   |       |  |
|  | 2556             |         |                         |      | D    | F                              | Pab                                     | Hb          |          | R   | R                                   | 3.   | P                                   | D                                  | R   |       |  |

**En Gestantes:**

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Número de Sesión
- Conforme el tema de la sesión demostrativa “ALI”

Item Código CIE/CPT:

- Z359 Supervisión de embarazo en Riesgo
- C0010 Sesión Demostrativa

| DIA  | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTADISTICA | SERVICIO | DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE                               |                        |                                     | CÓDIGO CIE / CPT                   |   |      |       |
|--|------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---|-------------|----------|---|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|------|-------|
|  | HISTORIA CLINICA | 10      | 12                      |      |      |                                |   |             |          |   | DIAGNOSTICO                           | LAB.                   |                                     |                                    |   |      |       |
|  | FICHA FAMILIAR   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |      |      |                                |   |             |          |   | P                                     | D                      | R                                   |                                    |   |      |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Luna Supo</i> |                  |         |                         |      |      |                                |   |             |          |   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /     |                        |                                     | (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2018 |   |      |       |
| 31/10  | 44284620         | 2       | Lince                   | 26   | M    | M                              | PC                                      | PESO        | N        | N   | 1. Supervision de Embarazo con riesgo | P                      | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                  | 1 | Z359 |       |
|  | 196456789        |         |                         |      | D    | F                              | Pab                                     | TALLA       |          | <input checked="" type="checkbox"/>                   | <input checked="" type="checkbox"/>   | 2. Sesión Demostrativa | P                                   | D                                  | R | ALI  | C0010 |
|  | 1256             | 80      |                         |      | D    | F                              | Pab                                     | Hb          |          | R   | R                                     | 3.                     | P                                   | D                                  | R |      |       |

**V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD)**

Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 24 meses, con la finalidad de brindar **consejería** para promover la adopción de prácticas



saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con gotas de hierro.

**Complementa y refuerza** las **Consejerías** brindadas en el servicio de salud, durante las **Sesiones Demostrativas**. Esta actividad es realizada por **Personal de Salud, Promotor de Salud o Actor Social (PDS)** previamente capacitado.

### Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud

**Preventivo:**

**Nombre del Responsable de la Atención:**

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

**Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:**

- En la 1° Fila: Administración de Suplemento
- En la 2° Fila: Visita Domiciliaria

**Tipo de Diagnóstico:**

- Para todas las actividades marque siempre “D”

**Item Lab:**

- Se registrará “Vacío” cuando se haga la Supervisión del consumo del Suplemento; cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o Polimaltosado según corresponda.
- Se coloca el número de visita según la suplementación a entregar (1,2,3....6)

**Código CIE/CPT:**

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99344

### Visita Domiciliaria por Personal de Salud Manejo Preventivo – Niño de 4 – 5 Meses que Supervisión de la Administración de Gotas de Hierro

| DIA   | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNOSTICO                   |   |   | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|---------|-------------------------|------|------|-------------------------------|---|-----------|----------|---|---------------------------------------|---|---|------|------------------|
|   | HISTORIA CLINICA | 10      | 12                      |      |      |                               |   |           |          |   | P                                     | D | R |      |                  |
| FICHA FAMILIAR  |                  | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |      |      |                               |   |           |          |   |                                       |   |   |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                  |         |                         |      |      |                               |   |           |          |   |                                       |   |   |      |                  |
| 31/Marz   | 92284620         | 1       | Lince                   | 4    | A    | M                             | PC                                      | PESO      | N        | N   | 1. Administración con Sulfato Ferroso | P | X | R    | Z298             |
|   | 196456789        |         |                         |      | D    | X                             | Pab                                     | TALLA     | X        | X   | 2. Visita Domiciliaria                | P | X | R    | 1 99344          |
|   | 1256             |         |                         |      |      |                               |   | Hb        | R        | R   | 3.                                    | P | X | R    |                  |

**Terapéutico:**

**Nombre del responsable de la Atención:**

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

**Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:**

- En la 1° Fila Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 2° Fila Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Visita Domiciliaria

**Tipo de Diagnóstico:**

- Para diagnostico de Anemia marque “R”
- Para todas las demás actividades marque siempre “D”



**Item Lab:**

- Anemia por Deficiencia de Hierro (LEV, MOD, SEV, “Vacío”).
- Se registrará “Vacío” cuando se haga la Supervisión del consumo del tratamiento.
- Se coloca el número de visita que corresponda (1,2,3,...,6).

**Código CIE/CPT:**

- En la 1° Fila: D509
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: 99344

| DIA  | D.N.I.           | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA       | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO                          | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                  |   |                                     | LAB.                                | CÓDIGO CIE /CPT |       |
|--|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|
|  | HISTORIA CLINICA | 10      | 12                      |      |                                     |                                     |                                       |            |                                     |   | P                                    | D | R                                   |                                     |                 |       |
|  | FICHA FAMILIAR   | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |      |                                     |                                     |                                       |            |                                     |   |                                      |   |                                     |                                     |                 |       |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Alicia Urgarte Zapata</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / |                  |         |                         |      |                                     |                                     |                                       |            |                                     |   |                                      |   |                                     |                                     |                 |       |
| 31/Abril   | 92284620         | 1       | Lince                   | 6    | A                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | PC                                    | PESO       | N                                   | N   | 1. Anemia por deficiencia de hierro  | P | D                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | LEV             | D509  |
|  | 196456789        |         |                         |      | <input checked="" type="checkbox"/> | F                                   | Pab                                   | TALLA      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                   | 2. Administración de Sulfato Ferroso | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   |                 | U310  |
|  | 1256             |         |                         |      | D                                   |                                     |                                       | Hb         | R                                   | R   | 3. Visita Domiciliaria               | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | 1               | 99344 |



## **ANEXOS.**

Ejemplos de registro:



1. Suplementación Completa con Sulfato Ferroso

| AÑO   | 3              | MES     | 4                       | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | 5    | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | 6                                       | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |                    |   |    |    |                     |      |                  |
|---|----------------|---------|-------------------------|---|------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------|---|----|----|---------------------|------|------------------|
| 2018  |                | Junio   |                         | C.S. Cristo Salvador                        |      | 301203 - Enfermería                   |   | 99998888                              | Pedro Torres Perez |   |    |    |                     |      |                  |
| 7   | 8              | 9       | 10                      | 11  | 12   | 13                                    | 14                                      | 15                                    | 16                 | 17  | 18 | 19 | 20                  | 21   | 22               |
| DIA   | D.N.I.         | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD  | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL        | EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC                              | SERVICIO           | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD |    |    | TIPO DE DIAGNÓSTICO | LAB. | CÓDIGO CIE / CPT |
|   | FICHA FAMILIAR | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    | P                   | D    | R                |
| SUPLEMENTACIÓN CON GOTAS - NIÑOS DE 4 A 5 MESES.  |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018        |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 31/04   | 78754693       | 1       | Comas                   | 4   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de de Crecimiento y Desarrollo             | P  | X  | R                   | 4    | Z001             |
|   | 123456789      |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico   | P  | X  | R                   | P01  | Z298             |
|   | 2456           |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | D  | R                   | 1    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 01/05   | 78754693       | 1       | Comas                   | 5   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de de Crecimiento y Desarrollo             | P  | X  | R                   | 5    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 2    | 99403            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3.  | P  | D  | R                   |      |                  |
| SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES - NIÑOS DE 6 A 12 MESES.   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018 |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/06   | 78754693       | 1       | Comas                   | 6   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 6    | Z001             |
|   | 123456789      |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico   | P  | X  | R                   | TA   | Z298             |
|   | 2456           |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | 11                                    | R                  | 3. Dosaje de Hemoglobina                              | P  | X  | R                   | 1    | 85018            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF1  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Consejería Nutricional                             | P  | D  | R                   | 1    | 99403            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3.  | P  | D  | R                   |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/07   | 78754693       | 1       | Comas                   | 7   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 7    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF2  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 2    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/09   | 78754693       | 1       | Comas                   | 8   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 8    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | X                                     | X                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF3  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 3    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/10   | 78754693       | 1       | Comas                   | 9   | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 9    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF4  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 4    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/11   | 78754693       | 1       | Comas                   | 10  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 10   | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF5  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 5    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 30/12   | 78754693       | 1       | Comas                   | 11  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 11   | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF6  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 6    | 99403            |
| SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES - NIÑOS DE 12 A 18 MESES (Se entrega 2 cajas en cada control de CRED).                             |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/01/2019                                    |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 1-Ene   | 78754693       | 1       | Comas                   | 12  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 1    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Dosaje de Hemoglobina                              | P  | X  | R                   | 2    | 85018            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | 12                                    | R                  | 3. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF7  | Z298             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 7    | 99403            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2.  | P  | D  | R                   |      |                  |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3.  | P  | D  | R                   |      |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 2-Mar   | 78754693       | 1       | Comas                   | 14  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 2    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF8  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 8    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 3-May   | 78754693       | 1       | Comas                   | 16  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 3    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | SF9  | Z298             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 9    | 99403            |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 04/07/2019                                    |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
| 4-Jul   | 78754693       | 1       | Comas                   | 18  | M    | PC                                    | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Control de Crecimiento y Desarrollo                | P  | X  | R                   | 4    | Z001             |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2. Dosaje de Hemoglobina                              | P  | X  | R                   | 3    | 85018            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | 12                                    | R                  | 3. Administración de Sulfato Ferroso                  | P  | X  | R                   | TA   | Z298             |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /   |                |         |                         |   |      |                                       |   |                                       |                    |   |    |    |                     |      |                  |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Peso                                    | N                                     | N                  | 1. Consejería Nutricional                             | P  | X  | R                   | 10   | 99403            |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Talla                                   | C                                     | C                  | 2.  | P  | D  | R                   |      |                  |
|   |                |         |                         |   |      |                                       | Hb                                      | R                                     | R                  | 3.  | P  | D  | R                   |      |                  |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General de Tecnologías  
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo  
y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro*



PERÚ

Ministerio de Salud

**Ministerio de Salud**

Oficina General de Tecnologías de la Información

Av. Salaverry 801 Jesús María Lima / Perú

Central Telefónica (51-1) 315-6600