



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

*Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones*



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



2012



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
Z232	Vacunación Antituberculosa (BCG)	Y588	Efectos Adversos DPT
Z246	Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)	Y589	Efectos Adversos a la Vacuna Haemophilus Influenzae B
Z240	Vacunación Antipoliomielítica	Y5906	Efectos Adversos a la Vacuna DT
Z276	Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	Y5901	Efectos Adversos a la Vacuna Antipoliomielítica
Z2781	Vacunación Diftotetánica (dT)	Y5903	Efectos Adversos a la Vacuna Antihepatitis Viral B
Z251	Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	Y5905	Efectos Adversos a la Vacuna Antihepatitis Viral B
Z268	Vacunación contra Rotavirus	Y5907	Efectos Adversos vacuna Anti Sarampión Rubéola
Z238	Vacunación Antineumocócica	Y5908	Efectos Adversos vacuna Anti Sarampión Paperas
Z2511	Vacunación contra la Influenza (estacional)		Rubéola
Z274	Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	Y598	Efectos Adversos vacuna Pentavalente
Z243	Vacunación Antihepatitis A (AMA)	U0009	Actividad de ESN Inmunizaciones
Z271	Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	U721	Plan Familiar de Alto Riesgo
Z258	Vacunación contra el Virus Papiloma Humano (VPH)	U722	Plan Familiar de Mediano Riesgo
Z275	Vacunación Anti Sarampión-Rubéola (SR)	U723	Plan Familiar de Bajo Riesgo
Z289	Inmunización no realizada por razones no especificadas	U124	Capacitación
R761	Reacción Anormal a la Prueba de Tuberculina	U0009	Actividades de Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.
Y580	Efectos Adversos a la Vacuna BCG		
Y584	Efectos Adversos a la Vacuna contra el Tétanos		

CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN - ESNI - MINS

Vacuna	Recién Nacido	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses	1 Año	15 Meses	18 Meses	4 Años	5 a 11 Años	10 Años	MEF Gestante	Grupos de Riesgo	Varones en Riesgo	Mayores de 60 Años
BCG																		
Hvb																		
APQ																		
PENTAVALENTE																		
NEUMOCOCCO																		
INFLUENZA																		
ROTAVIRUS																		
SPR																		
AMA																		
DPT (Ref)																		
DPT (Ref)																		
dT																		
VPH																		





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES**

Desarrolla tres (2) tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promocionales (APP).

Como caso excepcional se hará uso de la hoja HIS en el servicio de hospitalización donde aplican la vacuna al recién nacido (BCG y HVB).

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, documento de identidad, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en los aspectos generales del presente Documento Técnico.

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

Los ítems Diagnóstico Motivo de Consulta, Tipo de Diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote claramente el biológico por separado identificando el tipo de vacuna.

En el caso de que existan más de tres diagnósticos continúe en el siguiente registro, trace una línea oblicua entre los ítems del Día y Servicio.

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

En el ítem: Lab anote:

- El número de dosis (1, 2, 3...) según el tipo de vacuna.
- En aquellas vacunas que son dosis ÚNICAS deje en BLANCO.

Todas las dosis de vacuna se registran con Tipo de Diagnóstico Definitivo (D)

VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Según esquema vigente corresponden a esta edad:

Vacunación Antituberculosa (BCG) y Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)

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

- En el 1º casillero Vacunación Antituberculosa (BCG) Z232
- En el 2º casillero Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB) Z246

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

En el ítem: **Lab DEJAR EN BLANCO** Cuando la vacunación se haya realizado dentro de las 24 horas de nacido.

FORMULARIO DE REGISTRO DE LAS DESAR EN BLANCO Cuando la vacunación se haya realizado dentro de las 24 horas de nacido.													
DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
17	97565	2	80	San Martín de Porres	1D	M	X	X	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	X	R	Z232
	89526224					C	C	2. Vacunación Antihepatitis Viral B	P	X	R	Z246	
						R	R	3.	P	D	R		





Vacunación Antituberculosa (BCG) después de las 24 horas de nacido

En el ítem Lab registrar 1

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	5551	2	80	Puente Piedra	26D	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z232
	54100545					<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2.	P D R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P D R		

Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB) después de las 24 y hasta las 48 horas de nacido.

En el ítem Lab registrar 1

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	45452	2	80	Puente Piedra	2D	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacunación Antihepatitis Viral B	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z246
	62248952					<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2.	P D R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P D R		

VACUNACIÓN DEL MENOR DE UN AÑO

Vacuna Antipoliomielítica, Pentavalente, Neumococo y Rotavirus.

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

- En el 1º casillero Vacunación Antipoliomielítica Z240
- En el 2º casillero Vacunación contra DPT - HvB - HiB (Pentavalente) Z276
- En el 3º casillero Vacunación Antineumocócica Z238
- En el 4º casillero Vacunación contra Rotavirus Z268

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
24	65656	2	80	Calleria	2M	M	<input checked="" type="checkbox"/>	N	1. Vacunación Antipoliomielítica	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z240
	23497610					F	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2. Vacunación contra DPT - HvB - HiB (Pentavalente)	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z276
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación Antineumocócica	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z238
						M	<input checked="" type="checkbox"/>	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P <input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z268
						<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2.	P D R		
						F	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	P D R		





Cuando se presenten Reacciones Adversas a Pentavalente

Se realiza la aplicación de las vacunas componentes de la Pentavalente de manera separada. En este caso registre:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica Z2781
- En el 2º casillero Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB) Z246
- En el 3º casillero Vacunación Haemophilus Influenzae B (HiB) Z251

En el ítem Lab el número de dosis 2 ó 3... según corresponda

En el mismo Lab el número de dosis 2 o 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24	32544	2	80	Camaná	4M	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z246		
	66504662					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z251

No se debe colocar en el ítem Lab 1 porque la 1ª dosis ya se colocó y generó la reacción adversa

Vacunación con Vacuna anti Poliomielítica Inactivada (IPV)

Solo para Población en Riesgo: Hijos de Madre Infectada con VIH. En el caso de vacunarse con esta vacuna el registro debe de realizarse de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero Vacunación Antipoliomielítica Z240
- En el 2º casillero Hijo de Madre Infectada con VIH Z2061

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

En el rem Lab el número de dosis 1, 2o 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	95423	2	80	Chorrillos	4M	M	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z240
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hijo de Madre Infectada con VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z2061		
	65656154					<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	P	D	R			

Siempre que se vacune con IPV debe registrarse el Z2061 para hacer la distinción que es población de riesgo, así mismo para la 2ª y 3ª dosis.

Vacunación contra la Influenza (Estacional)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511

En el ítem Lab el número de dosis 1 ó 2... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT						
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R								
24	32544	2	80	Pampas Chico	7M	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2511						
									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									
									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									
	66504662					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R								
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R								

La vacunación contra la Influenza se registra con 1 ó 2 solo en menores de un año en todas las demás edades se registra con el campo Lab en BLANCO por ser dosis única para la edad





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 01 AÑO****Vacunación anti SPR, Neumococo e Influenza (Estacional)**

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el 3º casillero Vacunación contra la Influenza Estacional

Z274

Z238

Z2511

En el ítem Lab registre:

- En 1º y 3º casillero se deja en BLANCO (por ser dosis única para la edad)
- En el 2º casillero el número de dosis **3** (son los que recibieron 2 dosis cuando fueron menores de 1 año)

● En el 2º casillero el número de dosis 3 (son los que recibieron 2 dosis cuando fueron menores de 1 año)														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	12475	2	80	San Luis	1A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z274
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z238		
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3. Vacunación contra la Influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z2511	

Vacunación Anti Neumococo (Niños y Niñas que iniciaron vacunación después de 01 año)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el 3º casillero Vacunación contra la Influenza estacional

Z274

Z238

Z2511

En el ítem Lab registre:

- En 1º y 3º casillero se deja en BLANCO (por ser dosis única para la edad)
- En el 2º casillero el número de dosis **1 ó 2** según corresponda (son los que **NO** recibieron 2 dosis de menor de 1 año)

En 1º y 3º casillero se deja en blanco el número de la vacuna.													
• En el 2º casillero el número de dosis 1 ó 2 según corresponda (son los que NO recibieron 2 dosis de menor de 1 año)													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
24	12475	2	80	Pacucha	1 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z274
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z238
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3. Vacunación contra la Influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 15 MESES**Vacunación Antiamarílica**

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

- En el 1º casillero Vacunación Antiamarílica (AMA) Z243

En el ítem Lab se deja en BLANCO por ser dosis ÚNICA para la edad

En el ítem Lab se deja en BLANCO por ser dosis ÚNICA para la edad													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P			
24	32544	2	80	Huayllo	1A	M	N	N	1. Vacunación Antiamarílica (AMA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z243
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R		

La Vacunación Antiamarílica en todas las edades se registra con el campo Lab en BLANCO por ser dosis única para la edad

Sistema de Información de Consulta Externa - HIS





VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 18 MESES

Refuerzo vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)

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

- En el 1º casillero Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT) Z271

En el ítem Lab se registra "DA"

En este Lab se registra DA														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	32544	2	80	Santa Rosa	1A	M	N	N	1. Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	Z271
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Como se sabe, en el formulario HIS se registran edades puntuales por lo que el registro de los niños vacunados a los 15 y 18 meses se registrará con 1 año.

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 02 AÑOS

Vacunación contra Influenza (Estacional)

Vacunación contra Neumococo (Sin condición médica asociada)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica Z238

En el ítem Lab se deja en BLANCO

En este Lab se deja en BLANCO													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
5	9570-03	2	80	Turpay	2A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z238	
	65241775					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Vacunación contra Influenza (Estacional) (Con morbilidad asociada)

Vacunación contra Neumococo (Con condición médica asociada)

Para identificar que el vacunado cuenta con alguna morbilidad o condición médica asociada se deberá registrar el diagnóstico con tipo de diagnóstico "R" (repetido), nunca en "D" (definitivo) ya que se duplicaría el caso.

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Diagnóstico de la morbilidad asociada

En el ítem Lab se deja en BLANCO en ambos casos

El presente es de dejar en BLANCO en ambos casos													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
5	19652	2	80	Aplao	2A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Síndrome de Down	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Q909	
	65241775					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	





PERÚ Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

Formulario de Registro de Pacientes													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R		
5	19652	2	80	Aplao	2A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Otras Anemias Hemolíticas Hereditarias Especificadas	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	D588	
	65241775						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R

Para el registro de la Vacunación con morbilidad y/o condición médica asociada SIEMPRE se deberá acompañar el registro de la vacuna con el diagnóstico de la morbilidad con tipo de diagnóstico "R"

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 03 AÑOS

Vacunación contra Influenza (Estacional)

Vacunación contra Neumococo (Sin condición médica asociada)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica Z238

En el ítem Lab se deja en BLANCO

En el ítem Lab se deja en BLANCO													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
25	64455	2	80	Huari	3A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	87524159								2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z238
										3.	P	D	R

Vacunación contra Influenza (Estacional) (Con morbilidad asociada)

Vacunación contra Neumococo (Con condición médica asociada)

Para identificar que el vacunado cuenta con alguna morbilidad o condición médica asociada se deberá registrar el diagnóstico CON TIPO DE DIAGNÓSTICO "R" (REPETIDO), NUNCA EN "D" (DEFINITIVO) YA QUE SE DUPLICARÍA EL CASO.

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Diagnóstico de la morbilidad asociada

En el ítem Lab se deja en BLANCO en ambos casos

En el ítem Lab se deja en BLANCO en ambos casos													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R		
18	15296	2	80	Camaná	3A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Síndrome de Down	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Q909	
	65241775						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R





Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
13	87451	2	80	Tarapoto	3A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Otras Anemias Hemolíticas Hereditarias Especificadas	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	D588	
	75276415						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R

Para el registro de la Vacunación con morbilidad y/o condición médica asociada SIEMPRE se deberá acompañar el registro de la vacuna con el diagnóstico de la morbilidad con tipo de diagnóstico "R"

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 04 AÑOS

2º Refuerzo vacunación anti DPT y 1º Refuerzo anti SPR

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT) Z271
- En el 2º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR) Z274

En el ítem Lab se registra "DA"

Formulario de Registro - DA														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	32544	2	80	Malvas	4A	M	N	N	1. Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	Z271
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	Z274	
	66504662						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Solo se registra en Lab "DA", ya no se indica el número de dosis

Vacunación contra Influenza (Estacional)

Vacunación contra Neumococo (Sin condición médica asociada)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica Z238

En el ítem Lab se deja en BLANCO

El presente formulario se deja en BLANCO													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
25	45645	2	80	San Martín de Porres	4A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z238	
	52481579						<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	P	D	R	





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**Vacunación contra Influenza (Estacional) (Con morbilidad asociada)****Vacunación contra Neumococo (Con condición médica asociada)**

Para identificar que el vacunado cuenta con alguna morbilidad o condición médica asociada se deberá registrar el diagnóstico CON TIPO DE DIAGNÓSTICO "R" (REPETIDO), NUNCA EN "D" (DEFINITIVO) YA QUE SE DUPLICARÍA EL CASO.

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511
- En el 2º casillero Diagnóstico de la morbilidad asociada

En el ítem Lab se deja en BLANCO en ambos casos

En el ítem Lab se deja en BLANCO en ambos casos													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
18	95126	2	80	Huánuco	4A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Síndrome de Down	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Q909	
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	P	D	R	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
13	51874	2	80	Loreto	4A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Otras Anemias Hemolíticas Hereditarias Especificadas	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	D588		
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R		

Para el registro de la Vacunación con morbilidad y/o condición médica asociada SIEMPRE se deberá acompañar el registro de la vacuna con el diagnóstico de la morbilidad con tipo de diagnóstico "R"

Vacunación SR

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR) Z275

En el ítem Lab se deja en BLANCO (por ser dosis única para la edad)

En el ítem Lab se deja en BLANCO (por ser dosis única para la edad)														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	65640	2	80	Chepén	3A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z275
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R			





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**Vacunación de Niños y Niñas de 05 a 11 años****Vacunación Anti Hepatitis B (HVB)**

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Hepatitis B (HVB) Z246

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

En el ítem 14 el número de dosis 1, 2 o 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	98542	2	80	Ocos	5A	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z246
									2.	P	D	R		
	36255415									3.	P	D	R	

Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (SOLO NIÑAS DE 10 AÑOS)

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

- En el 1º casillero Vacunación contra Virus Papiloma Humano (VPH) Z258

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

En el em Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	35441	2	80	Nueva Requena	10A	M	N	N	1. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z258
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	42571369						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

NIÑOS QUE NO FUERON VACUNADOS OPORTUNAMENTE PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO

Cuando la vacunación se realice en niños que no han sido vacunados oportunamente se registra de LA MISMA MANERA COMO LOS VACUNADOS OPORTUNAMENTE, la diferenciación para el tema de oportunidad será identificada a través de la edad del vacunado.

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

- En el 1º casillero Vacunación Antipoliomielítica (VOP) Z240
- En el 2º casillero Vacunación contra DPT - HvB - HiB (Pentavalente) Z276

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
24	58368	2	80	San Antonio de Putina	3A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (VOP)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z240
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z276		
	55791642					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			





VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ADULTOS Y OTROS GRUPOS

Vacunación con vacuna dT Adulto en Mujeres de 10 a 49 años: NO GESTANTES

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT) Z2781

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
5	84521	2	80	Chipao	13A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R			

Vacunación con vacuna dT Adulto en Mujeres de 10 a 49 años: GESTANTES

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT) Z2781

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda
- En el 2º casillero "G" para indicar si es Gestante o "P" para indicar si es Puerpera.

En el 1º casillero el número de cédula de identidad														
• En el 2º casillero “G” para indicar si es Gestante o “P” para indicar si es Puerpera.														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	35441	2	80	Copani	28A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R	G					
	<input checked="" type="checkbox"/>		R	R		3.	P	D	R					

En el reporte la desagregación de las vacunadas será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años y 30 a 49 años) y agrupado en gestantes y no gestantes

Vacunación con vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT) Z2781

En el ítem Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

En el ítem Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
5	41354	2	80	Cochas	36A	<input checked="" type="checkbox"/> M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	F					R	R	3.	P	D	R			

En el reporte la desagregación de los vacunados será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años, 30 a 59 años y 60 a más años)





Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo (Mayores de 10 años)

Para identificar que el vacunado de grupos de Riesgo como Mayores de 60 años, Personal de Salud, Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Bomberos, Defensa Civil o Estudiantes de Ciencias de la Salud **NO SERÁ NECESARIO REGISTRAR LA MORBILIDAD, SOLO IDENTIFICAR EL GRUPO DE RIESGO AL QUE PERTENECE.**

Para estos casos el registro es el siguiente:

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza Z2511

En el ítem Lab anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:

- [Dejar Lab en blanco]** = Mayores de 60 años
- ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- PNP** = Policía Nacional
- M** = Fuerzas Armadas
- BOM** = Bomberos
- DCI** = Defensa Civil
- EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

III - Fuerzas Armadas													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
5	9652	2	13	Andoa	61 A	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z2511
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		
	65241775					F	R	R		P	D	R	

El registro de Mayores de 60 años no necesita identificador en Lab ya que son diferenciados por el registro del campo edad

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
5	9652	2	80	San Juan de Miraflores	34 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	Z2511	
	65241775									2.	P	D	R		
											3.	P	D	R	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	9652	2	81	Chincha	40 A	<div><div></div><div>M</div><div></div></div>	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<div><div></div><div>B</div><div></div></div>	R	DCI	Z2511
	65241775					<div><div></div><div>E</div><div></div></div>	<div><div></div><div>E</div><div></div></div>	2.	P	<div><div></div><div>D</div><div></div></div>	R			
							<div><div></div><div>R</div><div></div></div>	<div><div></div><div>R</div><div></div></div>	3.	P	<div><div></div><div>D</div><div></div></div>	R		





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB) en Población de 12 a 59 años**

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

- En el 1º casillero Vacunación Antihepatitis B (HVB) Z246

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.
- En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:

- **TS** = Trabajador Sexual
- **HSB** = Hombre que tiene sexo con Hombre
- **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- **PNP** = Policía Nacional

- **M** = Fuerzas Armadas
- **BOM** = Bomberos
- **DCI** = Defensa Civil
- **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

PNP = Póliza Nacional														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
5	35441	2	80	Chorrillos	25 A	<div><div>M</div><div></div><div>F</div></div>	N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	<div><div>B</div><div></div><div></div></div>	R	2	Z246
								2.	P	<div><div>D</div><div></div><div></div></div>	R	HSH		
	36255415							3.	P	<div><div>D</div><div></div><div></div></div>	R			

Para el reporte Analítico todos los vacunados por Grupos de Riesgo se consolidan en un solo grupo, según lo requerido por la Estrategia de Inmunizaciones pero el registro si diferenciará cada uno de ellos.

EFFECTOS ADVERSOS A LA VACUNACIÓN

Para las reacciones adversas atribuidas a la vacunación registre:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico, síntoma y/o signo
- En el 2º casillero el antígeno a quien se que le atribuye el efecto adverso

En el 2º casillero el antígeno a quien se le atribuye el efecto adverso

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
17	97565	2	80	San Martín de Porres	1D	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Linfadenitis aguda del miembro superior	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		L042
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	2. Efectos Adversos a la Vacuna BCG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y580	
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R			

B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)**Visita Familiar Integral (99344)**

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento al niño que no acude a recibir la dosis de vacuna correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

Plan Familiar

Definición Operacional: Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.



Sistema de Información de Consulta Externa – HIS





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

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

Elaboración del Plan Familiar (Cuando se realiza la visita por primera vez):

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

- En el 1º casillero el Motivo de Visita
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral 99344
- En el 3º casillero Plan Familiar de acuerdo al riesgo (alto, mediano o bajo)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab, anote:

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

ENCUESTA CASERO 1 cuando se elabora el Plan Familiar													
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
13	84526	2	80	Huánuco	1 A	M	N	N	1. Inmunización no realizada por razones no especificadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z289
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U721

Cuando se hace Seguimiento al Plan Familiar

En el ítem Lab, anote:

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

Para el seguimiento el Plan Familiar el valor del ítem 19 Lab para la actividad de "Visita Familiar Integral" inicia desde 2 ya que en la 1ª visita se elaboró el Plan Familiar.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD												
21	84526	2	80	Huánuco	1A	M	N	N	1. Inmunización no realizada por razones no especificadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z289
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	50452537					<input checked="" type="checkbox"/>	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U721

Cuando se termina con el Plan Familiar

En el ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita
- En el 3º casillero "TA" cuando se termina con todas las actividades consideradas en el plan familiar.

EN EL CASERO TA cuando se termina con todas las actividades consideradas en el plan familiar.														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
6	84526	2	80	Huánuco	1 A	M	N	N	1. Inmunización no realizada por razones no especificadas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z289
	50452537								2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99344
									3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U721





Sesión Demostrativa (C0010)

Definición Operacional: Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida. Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa C0010
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones U0009

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

En el ítem Lab anote:

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	P									<input checked="" type="checkbox"/>	R			
28	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0010
							C	C	2. Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
							F	R	3.	P	D	R		

Sesión Educativa (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa C0009
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones U0009

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

En el ítem Lab anote:

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

• En el 1º casillero El número de Personas que para...														
• En el 2º casillero deje en BLANCO.														
DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
28	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	B	R	18	C0009
						C	C	C	2. Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	B	R		U0009
						F	R	R	3.	P	D	R		





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones**Capacitación (U124)****Definición Operacional:** Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

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

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

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

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

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

- En el 1º casillero Capacitación U124
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones U0009

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
28	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Capacitación	P	<div></div>	R	28	U124
	C						C	2. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<div></div>	R		U0009	
	R						R	3.	P	D	R			

Cuando la Capacitación sea realizada para otro personal que no sea de salud utilice el **código U124** y registre de la misma manera como se muestra en el ejemplo anterior; en el ítem 8: Historia Clínica debe identificar el APP que corresponda al grupo poblacional al que va dirigida la capacitación. (Revise el capítulo de Generalidades para conocer el listado de APP).

Taller para Personal de Salud (C0008)**Definición Operacional:** Es la actividad que vincula la teoría con la práctica, donde los participantes contribuyen al análisis de un tema específico. Es el dirigido al personal de salud.

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

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

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

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

- En el 1º casillero Taller en Salud
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que concluyen el taller
- En el 2º casillero deje en BLANCO.





PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaManual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

C														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			R
28	APP100			Ancón		M	N	N	1. Taller para Personal de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C0008
							C	C	2. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
							F	R	3.	P	D	R		

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

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

Anotaciones Finales

- Las personas mayores de 10 años vacunadas contra influenza y que tienen condiciones médicas crónicas se registran de la misma forma que los niños, registrando el diagnóstico de morbilidad con el tipo de diagnóstico en "R" (repetido), la diferenciación para el reporte lo da el campo edad; el campo Lab siempre va en blanco por ser dosis única para la edad.
- Las personas vacunadas contra la Fiebre Amarilla (Población no Vacunada y Persona que viaja a zonas endémicas) se registran de la misma forma que los niños, la diferenciación se realiza en la edad y el distrito de procedencia; el campo Lab siempre va en blanco por ser dosis única para la edad.
- Las dosis aplicadas en ESSALUD y otros prestadores deberán ser registradas bajo las mismas características descritas en el presente documento técnico a fin de ser ingresadas en el aplicativo informático; debiendo ser asignadas al establecimiento de salud NO MINSA al que corresponda (dado que en Registro Nacional de Establecimientos de Salud – RENAES cuenta con el registro de establecimientos de otros subsectores, en el aplicativo HIS deberá estar actualizado el archivo ESTABLEC.DBF a fin de poder tener disponible el listado completo de establecimientos de salud para el procesamiento).
- Cualquier cambio y/o modificación en el registro debido al cambio del esquema de vacunación será actualizada a través de una adenda al presente documento técnico, las regiones NO DEBERÁN IMPLEMENTAR NINGUNA FORMA DIFERENTE DE REGISTRO PARA TRATAR DE ADECUAR ALGUNA SITUACIÓN ESPECÍFICA, POR EL CONTRARIO, DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PODERLE DARLE UNA FORMA DE REGISTRO HOMOGÉNEA PARA TODO EL PAÍS.

EL RESPONSABLE DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN EN EL FORMULARIO HIS ES EL PERSONAL DE SALUD, DE ACUERDO A COMO SE INDICA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CUALQUIER VARIACIÓN EN EL CORRECTO REGISTRO REPERCUTE DIRECTAMENTE EN EL CORRECTO REPORTE DE LOS DATOS, LOS CUALES PUEDEN SER OMITIDOS Y/O DISTORSIONADOS SI NO HAN SIDO REGISTRADOS CORRECTAMENTE, PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y POR ENDE LAS DECISIONES TOMADAS A PARTIR DE ELLA.

