



## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ADOLESCENTE 12 A 17 AÑOS - VARÓN

### 1ª SESIÓN



2	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													
20	Enero	CS El Tambo			302304 Servicio Diferenciado para Adolescentes			DNI	42032813			Med/Obsta/Ps/Odont/Enf/Tec Enf									
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	ESTAB- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R	P	D	R						
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Diego Espinoza Alvarado</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: <b>29/01/05</b>																					
03	73032700	2	El Tambo	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	45kg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Plan de atención Integral de salud			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002		
	73032700	58			M	F	Pab	TALLA	1.55	C	C	2. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z003		
						D			Hb		R	R	3. Dosaje de Hemoglobina			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403		
					M			TALLA		C	C	2. Normal			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	Z006		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Normal			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TE	Z006		
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación PAB			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	U8170		
					M			TALLA		C	C	2. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.03		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401		
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Morbilidad identificada según CIE 10, con morbilidad			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
					M			TALLA		C	C	2. Examen de oídos y de la audición			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z011		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Examen de ojos y de la visión			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z010		
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Determinación de la agudeza visual			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	99173		
					M			TALLA		C	C	2. _____			P	D	R	25			
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. _____			P	D	R				
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
					A	M	PC	PESO		N	N	1. _____			P	D	R				
					M			TALLA		C	C	2. _____			P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. _____			P	D	R				
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					
1	73032713	2	El Tambo	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	45kg	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen Estomatológico			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D020		
	73032713	58			M			TALLA	1.55	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Instrucción de Higiene Oral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D1330		
						D	F	Pab	Hb		R	R	3. Asesoría nutricional para control de enfermedades dentales			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D1310	
8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: _____																					

1ª  
SESIÓN

CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA