



## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD JOVEN 18 A 29 AÑOS - VARÓN Y MUJER 3° SESIÓN



|   |  |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|---|--|------------------|---------|-------------------------|---|-------------------------------------|------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| 2 | AÑO  | 3                | MES     | 4                       | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) |                                     |      |                                     | 5                                     | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)     |          |   |                                     | 6                                   | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   | 2020   |                  | Marzo   |                         | CS Chilca                                   |                                     |      |                                     |                                       | 302304 Servicio Diferenciado para Jovenes |          |   |                                     |                                     | Med/Obsta/Ps/Odont/Enf/Tec Enf...     |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   | 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 | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL      | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC                                  | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO                 | LAB.                                | CÓDIGO CIE / CPT                      |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   |  | HISTORIA CLINICA | ETNIA   | CENTRO POBLADO (*)      |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       | P                                   | D                                   | R                                   |       |       |       |
| 1 | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arleth Ortiz Berrios |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____       |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   | FECHA DE NACIMIENTO: 15/10/93                      |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
|   | 3  | 41515511         | 2       | Chilca                  | 20  | <input checked="" type="checkbox"/> | M    | PC                                  |                                       | PESO                                      | 45kg     | N   | N                                   | 1. Plan de atención de salud        | P                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | TA                                  | C8002 |       |       |
|   |  |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   | TALLA    | 1.60cm  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Consejería Integral                | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R                                   | TA    | 99401 |       |
|   |  | 41515511         | 58      |                         |   |                                     |      | <input checked="" type="checkbox"/> | F                                     | Pab                                       | 83cm     |   |                                     |                                     |                                       | 3. Consejería Nutricional           | P                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | R     | 3     | 99403 |
|   |  |                  |         |                         |   |                                     |      |                                     |                                       |   |          | Hb  | 14                                  | R                                   | R                                     |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
| 2 | 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                                   |                                     |       |       |       |
|   |  |                  |         |                         |   | F                                   | Pab  |                                     |                                       | Hb  |          | R   | R                                   | 3.                                  | P                                     | D                                   | R                                   |                                     |       |       |       |
|   |  |                  |         |                         |   | D                                   |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |
| 3 | 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                                   |                                     |       |       |       |
|   |  |                  |         |                         |   | F                                   | Pab  |                                     |                                       | Hb  |          | R   | R                                   | 3.                                  | P                                     | D                                   | R                                   |                                     |       |       |       |
|   |  |                  |         |                         |   | D                                   |      |                                     |                                       |   |          |   |                                     |                                     |                                       |                                     |                                     |                                     |       |       |       |

3°  
SESIÓN