MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA CONSULTA EXTERNA

PROMOCIÓN DE LA SALUD - 2020

EL PERÚ PRIMERO

PERÚ Ministerio de Salud

“Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de Promoción de la Salud”
Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- Promoción de la Salud.

Equipo de Trabajo:

Nut. Beatriz Quispe Quille – Responsable PP. PAN – DPROM
Lic. Gladys Esther Cusiatado Santiago - Responsable PP. Materno Neonatal – DPROM
Lic. Tania Angelica Cervera Villalobos - Responsable PP. TBC – VIH/ SIDA – DPROM
Lic. Sonia Loarte Céspedes - Responsable PP. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis – DPROM
Lic. Edgar Bellido Riquelme - Responsable PP. Enfermedades no transmisibles – DPROM
Psic. Nestor Jesus Rejas Tataje - Responsable PP. Prevención y Control de Cáncer – DPROM
Lic. Doris Caceres Ramirez De Maldonado - Responsable PP. Prevención y Control en Salud Mental – DPROM
Dr. Rogger Eduardo Torres Lao, Equipo técnico – DPROM
Lic. Laura Veramendi Benites, Equipo técnico – DPROM
Lic. Maria Luz Sotomayor Garnica, Equipo técnico – DPROM

Revisión y validación

Lic. Alexandro Daniel Saco Valdivia – Director Ejecutivo de Promoción de la Salud
CD. Joel Collazos Carhuay – Jefe de Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud
CD. Andrea Vilca Najarro – Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud
Ing. Luis Valeriano Arteaga, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.

Diseño y Diagramación

Roberto Gutiérrez Pérez

María Elizabeth Hinostroza Pereyra
Ministra de Salud

Gustavo Martin Rosell de Almeida
Viceministro de Salud Pública

Óscar Alfredo Broggi Angulo
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Rosario Esther Tapia Flores
Secretaria General

Ángel Alberto Gonzales Vivanco
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

César Vílchez Inga
Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información

PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES

	ACTIVIDADES	Pág.
1	Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	**4**
2	Familias con niños (as) menores de 24 meses reciben consejería a través de visita domiciliaria.	**8**
3	Grupos de apoyo comunal para promover el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	**13**
4	Comités Multisectoriales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito.	**18**
5	Actores sociales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades.	**22**
6	Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI.	**27**
	Actividades realizadas con gobierno local:	
7	Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años.	**29**
8	Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal.	**30**
9	Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud.	**34**
10	Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada)	**36**

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS PAN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0012	Actividades de Articulado Nutricional
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal
	CONSEJERIA
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
99401.10	Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma.
C0011	Visita Familiar Integral
	PARA NIÑOS (AS)
Z762	Consulta para Atención y Supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos
	PARA GESTANTES
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo
	GESTIÓN
C0001	Reunión en Municipios
C0002	Reunión en Instituciones educativas
C0003	Reunión en Comunidad
C0004	Taller en Municipios
C7004	Asistencia técnica
C7001	Reunión de monitoreo
C7003	Reunión de Evaluación

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	APP
APP101	Actividad con Municipios
APP108	Actividades con la Comunidad
APP93	Actividad con Instituciones educativas
APP96	Actividad con Comité Multisectorial
APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
APP144	Actividad con Docentes Ciclo I
APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)
APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
	CAMPO LAB
LME	Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
ALI	Preparación de alimentos
FCO	Fase de Concertación
DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia
SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.
AA	Alimentación responsiva
COO	Coordinación
FSE	Reunión de incidencia
FO	Reunión de Organización
PP	Fase de Planificación participativa
FEV	Fase de Evaluación
VCO	Vigilancia Comunitaria
AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
GL	Actividad promovida por el Gobierno Local
PNO	Padrón Nominal
ENM	Estímulos no monetarios a los ACS
FIS	Ferias integrales de salud y nutrición
TA	Termino de Actividad

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES RECIBEN SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (3325104)

Definición. -Es una actividad educativa de **"aprender haciendo",** en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes y con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, con prioridad en niños de 6 a 8 meses y gestantes, en el cual 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 que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin.

En familias con niñas y niños menores de 36 meses:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
  - **ALI:** Preparación de alimentos

Registro N°1

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	12535481		Camaná	6	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión demostrativa	P	~~D~~	R	ALI	C0010
					~~M~~				TALLA		~~C~~	~~C~~	2.	P	D	R		
		58				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Temas a enfatizar, según grupo de edad:

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**
  Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**
  Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.

En gestantes:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero Trimestre de gestación, según corresponda

- En el 2º casillero Tema de la sesión demostrativa, según corresponda
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
  - **ALI:** Preparación de alimentos

Registro N°2

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____		
	45366704		Combapata	28	A	M	PC		PESO		N	N	1.Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	Z359
		58			M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Temas a enfatizar, según trimestre de gestación:

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**
  Gestantes (I, II o III trimestre)
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**
  Gestantes (III trimestre)

Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
Para **Familias con Niños**:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes**:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque "**AE**"

Niños menores de 03 años

Registro N°3

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____		
	12535481		Camaná	6	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
		57			M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R	AE	
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Gestantes

Registro N°4

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Córdova Sánchez														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	45366704		Combapata	28	A	M	PC		PESO		N	N	1.Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	Z359
					M				TALLA		C	C	2. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
		40				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	AE	

Cuando la sesión demostrativa sea promovida por el Gobierno Local:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña

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

Para **Familias con Niños**:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes**:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque "**GL**"

Niños menores de 03 años

Registro N°5

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	12535481		Camaná	6	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R	GL	
						F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Registro N°6

Gestantes

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: María Córdova Miranda											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	45366704		Combapata	28	A	M	PC		PESO		N	N	1.Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	Z359
					M				TALLA		C	C	2. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
						F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	GL	

Algunas precisiones:

1. Generalmente las sesiones demostrativas son actividades extramurales, donde es difícil tener disponible el número de Historia Clínica, por lo tanto, es suficiente registrar el número de DNI en la Hoja HIS y el digitador podrá ingresarlo con su N° de Historia clínica autoguardado en el sistema o duplicar el N° de DNI del niño (a) ó gestante.

2. Según la metodología establecida para cada actividad, solo se podrá registrar un máximo de hasta **2 sesiones demostrativas** por niño (a) ó gestante al día:

3. En el caso que sea realizado por diferente personal de salud deberán registrar individualmente con las UPSS que le corresponde.

4. Para aquellas sesiones demostrativas en niños, niñas y gestantes que NO cuenten DNI:

   - Escribir "S/D", para especificar que no tiene Documento de Identidad.
   - En el campo de Historia Clínica dejar en blanco, y el digitador duplicará el código autogenerado por el sistema en el Documento de Identidad.

Registro N°7

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Valle											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	S/D		Camaná	6	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R		
		57				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA (3325107)

Definición. -Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 12 meses con la finalidad de brindar **consejería integral** para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con hierro (Jarabe o gotas de hierro)**.**
Complementa y refuerza las consejerías brindadas en el servicio de salud y durante las sesiones Demostrativas.

- **Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):**

  En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

  En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
  - En el 1º y 2°[1]casillero Consejería en…., según corresponda
    - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
    - Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
    - Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
    - Consejería en Identificación de signos de alarma.

  - En el 3° casillero Visita familiar integral

  En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre **"D"**

  En el ítem Lab se registrará:
  - En el 3º casillero Número de visita domiciliaria que corresponda.

  Código CIE/CPT:
  - En la 1° y 2° Fila:
    - **99401.03:** Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
    - **99401.04:** Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
    - **99401.10:** Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
    - **99401.08:** Consejería de identificación de signos de alarma.

  - En la 3° Fila: C0011

Registro N°8

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84751247		Comas	6	A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.	P	D	R		99401.03
		58			M				TALLA		C	C	2. Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.	P	D	R		99401.04
					D	F	Pab		Hb		R	R	3. Visita familiar integral	P	D	R	1	C0011

Practicas saludables a reforzar al menos dentro de los primeros 7 días: Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos, signos de alarma y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

[1]Según la metodología establecida de la Consejería integral, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 consejerías por recién nacido al día.

- **Visita domiciliaria a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

  En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

  En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
  - En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso
  - En el 2º casillero Visita familiar integral

  En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre **"D"**

  En el ítem Lab se registrará:
  - En el 2º casillero Número de visita que corresponda (2 ó 3).

  Código CIE/CPT:
  - En la 1° Fila: Z298
  - En la 2° Fila: C0011

Registro N°9-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Luna Mattos										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	78754651		Lince	4	A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	✗ D	R		Z298
					✗ M				TALLA		✗ C	✗ C	2. Visita familiar integral	P	✗ D	R	2	C0011
		56				✗ F	Pab											
					D				Hb		R	R		P	D	R		

Registro N°9-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Luna Mattos										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	78754651		Lince	5	A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	✗ D	R		Z298
					✗ M				TALLA		✗ C	✗ C	2. Visita familiar integral	P	✗ D	R	3	C0011
		56				✗ F	Pab											
					D				Hb		R	R		P	D	R		

Practicas saludables a reforzar durante los 4 y 5 meses de edad: Consumo del suplemento de hierro, lactancia materna exclusiva, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

Importante:
- La 2da VD (4 meses), se realizará dentro delos 7 días de haber iniciado la suplementación con Sulfato Ferroso.
- La 3ra VD (5 meses), se realizará a partir de los 40 días posteriores a la 1ra visita domiciliaria.

- **Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
En el 1º casillero Administración con Sulfato Ferroso
En el 2º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 2º casillero continuar el número de visita que corresponda (4,5 ó 6)

Código CIE/CPT:
- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: C0011

Registro N°10

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Delia Pillaca Pillaca																FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	78589625		Lince	6	A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	X D	R		Z298
					X M				TALLA		X C	X C	2. Visita familiar integral	P	X D	R	4	C0011
		58				X F	Pab										
					D				Hb		R	R		P	D	R		

Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad: Consumo del suplemento de hierro, alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

Importante:
- La 4ta VD, se realizará a los 30 días de iniciada la suplementación con hierro.
- La 5ta VD, se realizará a los 90 días de iniciada la suplementación con hierro.
- La 6ta VD, se realizará a los 180 días de iniciada la suplementación con hierro.

- **Visita domiciliaria a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información del niño o niña.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
  - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
  - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
  - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
  - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado

- En el 2º casillero Administración de Hierro Polimaltosado
- En el 3º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque **"R"**

- Para las demás actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero Tipo de Anemia
  - **LEV:** Anemia Leve
  - **MOD:** Anemia Moderada
  - **SEV:** Anemia Severa
- En el 3º casillero Número de visita que corresponda (4,5 ó 6)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: C0011

Registro N°11

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alicia Ugarte Zapata											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	78754651		Lampa	6	A	M	PC		PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro.	P	D	R	LEV	D509
					M				TALLA		C	C	2. Administración de Sulfato ferroso	P	D	R		U310
		56				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3. Visita familiar integral	P	D	R	4	C0011

Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad con Dx. Anemia: Consumo del tratamiento de hierro, Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

Importante:

- La 4ta VD, se realizará dentro del primer mes de iniciado el tratamiento con hierro.
- La 5ta VD, se realizará a los 60 días de iniciado el tratamiento con hierro.
- La 6ta VD, se realizará a los 90 días de iniciado el tratamiento con hierro.

Algunas precisiones:

Cuando se haga la entrega de Suplemento con hierro durante la visita domiciliaria, se registrará SF o Polimaltosado según corresponda.

Registro N°12

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	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		
		ETNIA	**CENTRO POBLADO (*)**												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Luna Mattos										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	78754651		Lince	4	A	M	PC		PESO		N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso.	P	~~D~~	R	SF2	Z298
					~~M~~				TALLA		~~C~~	~~C~~	2. Visita familiar integral	P	~~D~~	R	2	C0011
		56				~~F~~	Pab											
					D				Hb		R	R		P	D	R		

GRUPOS DE APOYO COMUNAL PARA PROMOVER EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (3325109)

Definición. -Esta actividad está dirigida a familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes. Consiste en el desarrollo de sesiones de grupos de apoyo para promover prácticas de lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil según su necesidad; con énfasis en las familias con niños (as) menores de 12 meses de edad; las cuales son conducidas por madres guías en el local comunal u otro que considere pertinente. El grupo de apoyo es una estrategia de educación de pares en espacios comunales, en el que las madres desarrollan sus capacidades para compartir con otras madres sus dificultades, así como sus vivencias exitosas durante la lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

Reunión

01 reunión de coordinación entre el personal de salud encargado y actores claves de la comunidad para promover la implementación/reactivación (continuidad) de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 Actividades con la Comunidad**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión de coordinación comunal
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1° casillero registrar el número de participantes.
- En el 2° casillero registrar según corresponda:
  - **1:** Implementación de grupos de apoyo.
  - **2:** Reactivación o continuidad de grupos de apoyo.
- En el 3° casillero la sigla **"COO"**, referido a reunión de coordinación.

Registro N°13

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en comunidad	P	D	R	5	C0003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	2	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R	COO	

Algunas precisiones:
- **Implementación:** Se considera implementación cuando es la primera vez que se conforman estos grupos de apoyo en la comunidad.
- **Reactivación o continuidad:** Se considera reactivación cuando se da continuidad con los grupos de apoyo; es decir, cuando años anteriores ya se ha implementado los grupos de apoyo en la comunidad y durante un nuevo año se renuevan los compromisos de continuar con las acciones que se realizan dentro de los grupos de apoyo.

Talleres de capacitación

01 Taller de capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna, alimentación y nutrición infantil.
Consiste en el desarrollo de capacidades y potencialidades que faciliten el funcionamiento de los grupos de apoyo, esta actividad está dirigida a las madres guía seleccionada de manera participativa con la comunidad; será realizado por el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Sesiones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre **"D"** para ambas

En el ítem: Lab, anote:
- En el 1º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 2º casillero el número de sesión según corresponda
  Lactancia materna:
  - **Sesión 1:** Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo
  - **Sesión 2:** Lactancia materna y embarazo
  - **Sesión 3:** Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses
  - **Sesión 4:** Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses.

  Alimentación, nutrición y cuidado infantil:
  - **Sesión 1:** Alimentación complementaria
  - **Sesión 2:** Anemia y suplementación con hierro
  - **Sesión 3:** Desnutrición crónica, cuidado infantil, entre otros temas de prioridad.

- En el 3º casillero registre **"LME"** o **"ALI"**, para indicar temática.

Cuando inicie la sesión:

Registro N°14-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP151		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones educativas	P	D	R	15	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	1	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	LME	

Temas a desarrollar, según grupo de edad:
- **LACTANCIA MATERNA, incluye:**
  Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.
  Familias con niños (as) entre los 6 y 23 meses.
  Gestantes (I, II o III trimestre).
- **ALIMENTACION, NUTRICIÓN Y CUIDADO INFANTIL, incluye:**
  Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
  Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

Cuando culmine la sesión:

Registro N°14-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP151		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesiones educativas	P	D	R	15	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	4	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	LME	

Asistencia técnica

Consiste en el acompañamiento del personal de salud, encargado de la implementación de los grupos de apoyo, a las "Madres Guías", durante o después de las sesiones de grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1 ó 2, según corresponda
- En el 2º casillero el número de "**Madres Guía**" en la asistencia técnica
- En el 3º casillero registre **"LME"** o **"ALI"**, según corresponda

Registro N°15

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
28	APP151		Curahuasi	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	15	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	ALI	

Se considerará dos asistencias técnicas para cada uno de los grupos de apoyo conformados.

Funcionamiento de los Grupos de apoyo

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de grupo de ayuda mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de familias integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de sesión 1, 2,3…, según corresponda
- En el 3º casillero temática de la sesión de grupo de apoyo, según corresponda.
  - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
  - **ALI:** Alimentación, nutrición y cuidado infantil

Registro N°16

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	TIPO DE DIAGNÓSTICO D	TIPO DE DIAGNÓSTICO R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
28	APP151		Capelo	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión de grupos de ayuda mutua	P	~~D~~	R	15	C0012
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	3	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	LME	

Se considera producto entregado cuando se cumple con la Sesión 4 (Para el caso de grupo de apoyo comunal para promover y proteger la Lactancia Materna) y Sesión 3 (Para el caso de los grupos de apoyo a madres de niños menores de 36 meses en alimentación, nutrición y cuidado infantil.

Monitoreo

Con el fin de valorar las metas de las acciones realizadas, orientar o reprogramar actividades de los grupos de apoyo de madres de niños menores de 3 años de edad, se debe de realizar la supervisión y monitoreo de los grupos de apoyo, actividad a cargo del personal encargado.

02 Reuniones anuales de monitoreo a las madres organizadas en grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de Grupo de Ayuda Mutua
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número madres integrantes de los grupos de apoyo
- En el 2º casillero el número de visita de monitoreo 1 ó 2 según corresponda.

Registro N°17

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
28	APP151		Sechura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	4	C7001
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	2	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

COMITES MULTISECTORIALESCAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO. (3325101)

Definición. - Esta actividad está dirigida a Alcalde, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad e integrantes del comité multisectorial quienes están informados, motivados y capacitados para implementar políticas públicas y planes de intervención en promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

Reunión de coordinación con la Municipalidad

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2° casillero la sigla **"COO"**, referido a reunión de coordinación

Registro N°18

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Piura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en municipios	P	D	R	10	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	COO	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Reunión técnica con la Municipalidad para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividad con Municipios**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso "**FO**" para indicar Reunión de Organización

Registro N°19

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Piura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Municipios	P	~~D~~	R	15	C0001
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	FO	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de socialización de la información para el análisis de la situación de Anemia y DCI en el distrito.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla "**FSE**" para indicar la reunión de incidencia.

Registro N°20

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Chilca	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Municipios	P	~~D~~	R	25	C0001
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	FSE	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

Taller de planificación para la elaboración del plan de trabajo multisectorial para contribuir en la reducción de la Anemia y DCI en el distrito.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla "**PP**" para indicar taller de planificación.

Registro N°21

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Corani	A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para Municipios	P	~~D~~	R	18	C0004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	PP	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas públicas o planes de intervención

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica 1, 2,3 o 4 , según corresponda
  - **1:** Implementación de la sala situacional municipal
  - **2:** Implementación de políticas públicas (Ordenanzas municipales)
  - **3:** Implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición infantil.
  - **4:** Programación multianual y formulación anual del presupuesto en PAN
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N°22

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
28	APP96		Huaral	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	15	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de Monitoreo

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2, según corresponda

Registro N°23

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
28	APP96	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	~~D~~	R	1	C7001
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R		U0012
				D			Hb	R	R		P	D	R		

Reunión de Evaluación

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.

Registro N°24

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
28	APP96	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Evaluación	P	~~D~~	R	10	C7003
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R		U0012
				D			Hb	R	R		P	D	R		

ACTORES SOCIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO. (3325102)

Definición.- Esta actividad está dirigida a actores sociales (Agentes Comunitarios de Salud, autoridades, líderes comunales, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

Reunión de coordinación con la Comunidad

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 de Actividad con Comunidad**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión en comunidad
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2° casillero la sigla **"COO"**, referido a reunión de coordinación.

Registro N°25

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Cusco	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en comunidad	P	~~D~~	R	8	C0003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	COO	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Talleres de capacitación

01 Taller de capacitación a los actores sociales en protocolo de visitas domiciliarias para la prevención y control de la anemia infantil.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero, la temática del taller de capacitación, según corresponda

- Para la **Primera Capacitación:** Se registrará la sigla **"TA"**
- Para la **Segunda Capacitación** (*reforzamiento*): Se registrará según corresponda:

DXA: Diagnóstico, tratamiento y prevención de anemia:
Sesión 1: Protocolo de la Visita domiciliaria
Sesión 2: Anemia prevención y tratamiento
LME: Lactancia Materna Exclusiva o Prolongada:
Sesión 1: Lactancia Materna
Sesión 2: Lavado de manos y consumo de agua segura
ALI: Alimentación, nutrición y cuidado infantil
Sesión 1: Alimentación complementaria en el niño de 6-11 meses
Sesión 2: Desarrollo emocional del niño/a
SBS: Importancia de los servicios básicos de salud
Sesión 1: Importancia de las vacunas y calendario del menor de un año
Sesión 2: Control del Crecimiento y Desarrollo

Cuando es la primera capacitación:

Registro N°26-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
03	APP138		Checacupe	34	A / M / D	M / F	PC / Pab		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	~~D~~	R	25	C0009
									TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	TA	U0012
									Hb		R	R		P	D	R		

Recuerde: Durante la 1° capacitación se abordarán todos los temas, es decir: **DXA, LME, ALI y SBS.** Esta se traduce en el registro de la sigla **"TA"** en el LAB 2 (ver ejemplo).

Cuando es la segunda capacitación (reforzamiento):

Registro N°26-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
5	APP138		Wanchaq		A / M / D	M / F	PC / Pab		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	~~D~~	R	25	C0009
									TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	SBS	U0012
									Hb		R	R	3.	P	D	R		

Recuerde: Durante la 2° capacitación se deberá registrar en el LAB 2 el tema que se está reforzando (ver ejemplo).

01 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Vigilancia Comunitaria

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales,** según corresponda.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número del participante
- En el 2º casillero la temática del taller **"VCO"** para indicar Vigilancia Comunitaria.

Registro N°27

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
03	APP138		Checacupe	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	~~D~~	R	18	C0009
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	VCO	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

01 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Sesiones demostrativas de preparación de alimentos

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales,** según corresponda.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Sesión demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la temática del taller **"ALI"** para indicar sesión demostrativa de preparación de alimentos.

Registro N°28

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
10	APP150		Checacupe	A	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	15	C0010
				M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	ALI	U0012
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

Asistencia técnica

Consiste en las acciones de acompañamiento del personal de salud a las visitas domiciliarias realizadas por el actor social al niño menor de un año, después que se ejecutan estas visitas domiciliarias, y contribuyen a validar la ejecución de las mismas.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 de Actividad con Agentes Comunitarios de Salud**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero, número de fichas validadas VD/AS, que corresponde a cada mes.
- En el 2º casillero, número de fichas verificadas de VD/AS, que corresponda a cada mes.

Registro N°29

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
15	APP138		Imaza	A	M	PC	PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	50	C7004
				M			TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	35	U0012
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

El personal de salud desarrolla tres tipos de asistencia técnica en VD/AS:

1. La validación de los formatos físicos de visita domiciliaria aplicados por el actor social, revisando el buen llenado del mismo, y luego quedarse con una copia del mismo e ingresarlo a la HC del niño/a, esto lo registra una sola vez al mes.
2. La verificación de las visitas domiciliarias realizadas por cada actor social (sea telefónica o presencial), a partir del muestreo brindado por el aplicativo de visitas domiciliarias, esto lo registra una sola vez al mes.
3. **Recuerde: Se verificará mensualmente como mínimo el 10% de las fichas de VD/AS (sea telefónica o presencial).**

Monitoreo

Con el fin de fortalecer la calidad de las visitas domiciliarias por actores sociales, se debe realizar la supervisión y monitoreo de las mismas.

02 Visitas Mensuales de monitoreo a los actores sociales durante el desarrollo de una visita domiciliaria

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 de Actividad con Agentes Comunitarios de Salud.**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de actor de social monitoreado
- En el 2º casillero el número de visita de monitoreo 1 ó 2 según corresponda

Registro N°30

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
28	APP138		Chucuito	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	3	C7001
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	2	U0012
				D			Hb	R	R		P	D	R		

El personal de salud programa dos visitas de monitoreo anuales por cada Actor Social.
Dependiendo del número de actores sociales, el personal programa sus visitas de monitoreo cada mes.

PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES A FAMILIAS DEL PRONOEI. (3325108)

Definición. - Esta actividad está dirigida a Docentes coordinadores, docentes de aula, auxiliares y promotores educativos del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

Reunión de coordinación con la Red Educativa/Institución Educativa

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Instituciones Educativas**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla "**COO**" para indicar la reunión de coordinación.

Registro N°31

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Piura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	D	R	10	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C		2.Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	COO	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de concertación con la Red Educativa/Institución Educativa

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Instituciones Educativas**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión de coordinación
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **"FCO"** para indicar la reunión de concertación.

Registro N°32

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP93		Piura	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	D	R	10	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C		2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	FCO	U0012
				D				Hb		R	R		P	D	R		

3 Talleres de capacitación a los promotores educativos

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la temática del taller:
  - **SBS:** Importancia de los servicios básicos de salud.
  - **ALI:** Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
  - **AA:** Alimentación responsiva.

Registro N°33

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Acora	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	D	R	18	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades del Articulado Nutricional	P	D	R	SBS	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

ACCIONES DE MUNICIPIOS EN ARTICULADO NUTRICIONAL

ACTUALIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE PADRÓN NOMINAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE 6 AÑOS

Definición. - El Padrón Nominal es una lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el Padrón nominal.**

  En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

  En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
  - En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

  En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

  En el ítem Lab se registrará:
  - En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **"PNO"** para indicar Padrón Nominal.

Registro N°34

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				
	APP101		Kimbiri	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	PNO	U0012
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO

Definición.- Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la implementación y funcionamiento del CPVC.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **"AE"**

Registro N°35

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		San Miguel	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	X	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	AE	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Principales actividades para el funcionamiento del CPVC:

A. Educación en Salud:

a) En Sesiones Demostrativas: (Ver Pág. 5)

b) En Sesiones Educativas para el cuidado de la madre y el niño:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Sesión educativa
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1 º casillero registrar el número participantes de la sesión.

Registro N°36

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP165	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	X	R	12	C0009
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R		U0012
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

c) Sesiones educativas en importancia del juego y afecto:

Actividad dirigida a los padres, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 36 meses, a realizarse en el CPVC, que constituye una forma organizada para facilitar una secuencia de información sobre la importancia del juego y afecto, permitiendo la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva como bases fundamentales del proceso de aprendizaje con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes en los padres y/o cuidadores que contribuyan en el aprendizaje, interrelación, seguridad e independencia de la niña y niño, desde los primeros años de su vida.

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

- En el 1° casillero Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto
- En el 2° casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero anote el número "1" cuando corresponde a la 1ra sesión educativa realizada; "2" para la 2da sesión.
- En el 2° casillero registrar el número participantes de la sesión.

Registro N°37

Sub-código C0009.01 para "Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto"

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP165	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto.	P	X	R	1	C0009.01
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	18	U0012
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

B. Vigilancia comunal

a) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños Gestantes.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1 º casillero registrar según corresponda: **"G"**
- En el 2° Casillero registrar el número de gestantes vigiladas

Registro N°38

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP165		San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1.Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	X	R	G	U1291
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	15	U0012
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

b) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños (as).

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1 º casillero registrar **"N"** para indicar que el registro comunal es de niños
- En el 2° casillero registrar el número de niños/as vigilados.

Registro N°39

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____								
	APP165		San Miguel	28	A	M	PC	PESO	N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	X	R	N	U1291
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	12	U0012
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

Para esta actividad por convención utilizaremos el U1291 Producción de material educativo para la actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas

C. Toma de decisiones:

Reuniones de análisis, reflexión y toma de decisiones para la intervención; participan autoridades de la junta comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias, entre otros, para conocer los resultados de la vigilancia comunal analizar las causas y motivos para planear acciones o intervenciones a ser realizados por uno o varios actores sociales para el cuidado de la salud de la madre, niñas y niños.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión que se realiza durante el año 1, 2… según corresponda.
- En el 2º casillero el número de personas asistentes a la reunión.

Registro N°40

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP165		San Miguel	28	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en comunidad	P	X	R	1	C0003
					M				TALLA		X	X	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	10	U0012
						X	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

ESTÍMULOS NO MONETARIOS A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Definición. - Conjunto de acciones de fortalecer y reconocer la laborar voluntaria de personas de la comunidad (ACS) y permite el desarrollo de sus actividades en la comunidad.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **"ENM"** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**

Registro N°41

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP101		Combapata	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	ENM	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

01 Monitoreo por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1° casillero registra el número de agentes comunitarios adscritos a la municipalidad que están siendo reconocidos por la municipalidad.
- En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **"ENM"** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**
- En el 3° casillero, según corresponda:
  1= Entrega de Kit básico
  2= Entrega de Materiales educativos

3= Entrega de Kit básico y Entrega de Materiales educativos

Registro N°42

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Combapata	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	~~D~~	R	20	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	~~D~~	R	ENM	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	3	

REALIZAR FERIAS INTEGRALES DE SALUD Y NUTRICIÓN (DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA, DESPARASITACIÓN MASIVA, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ALIMENTACIÓN ADECUADA)

Definición. - Conjunto de acciones que desarrolla la municipalidad con el propósito de prestar algunos servicios claves que requieren la población orientado a mejorar el acceso a los servicios de salud; tales como: Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación, vacunación, entre otros. Así mismo en las ferias integrales pueden incluir servicios como: Sesiones demostrativas de lavado de manos, sesiones demostrativas y exposiciones gastronómicas que promuevan prácticas de alimentación saludable (con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro), entre otros.
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la realización de las ferias integrales de salud y nutrición.**

  En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

  En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
  - En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el 2º casillero Actividades del Articulado Nutricional

  En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

  En el ítem Lab se registrará:
  - En el 1º casillero registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el 2º casillero la temática de la asistencia técnica **"FIS"** para indicar la organización de las **Ferias integrales de salud y nutrición** (Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada).

Registro N°43

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP101		Combapata	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	X	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	X	R	FIS	U0012
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

- **Ejecución de ferias integrales de salud y nutrición realizadas por la Municipalidad:**

  En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP101 de Actividades con Municipio.**

  En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
  - En el 1º casillero Actividades del Articulado Nutricional

  En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

  En el ítem Lab se registrará:
  - En el 1º casillero registras **"FIS"** para indicar la **Feria integrales de salud y nutrición**.
  - En el 2º casillero registrar **"FE"** para indicar la Fase de Ejecución

Registro N°44

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Combapata	A	M	PC		PESO		N	N	1. Actividades de Articulado Nutricional	P	D	R	FIS	U0012
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R	FE	
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)

	ACTIVIDADES	Pág.
	PROMOCIÓN DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984)	
1	Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover practicas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205)	**40**
2	Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientaciones a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341202)	**43**
3	Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral (3341203)	**46**
	CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985)	
4	Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la intuición educativa (3341204)	**47**
5	Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva (3341205)	**50**

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS –SALUD MATERNO NEONATAL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
Z349	Supervisión de Embarazo no especifico
99501	Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
U0031	Actividades de Materno Neonatal
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud.
	CONSEJERIA
99401	Consejería Integral
C0011	Visita familiar integral
	ORIENTACIONES
C2062	Orientación familiar
C3061	Constitución del Comité Multisectorial.
	GESTIÓN
C7004	Asistencia Técnica
C7001	Reunión de monitoreo
C7003	Reunión de evaluación
C3071	Movilización social
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C3071	Movilización social
C0006	Taller para Comunidad
C0004	Taller para Gobierno Local
C0001	Reunión en Municipio
C0002	Reunión en Instituciones Educativas

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	APP
APP136	Familia y Vivienda
APP108	Actividades con la Comunidad
APP101	Consejo Municipal
APP93	Actividad con Instituciones Educativas
APP144	Actividad con Docentes
APP138	Actividad con Agentes Comunitarios en Salud
APP96	Actividad con Comité Multisectorial
RSA	Zona de riesgo
UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
IE	Institución Educativa
TP	Taller a docentes de IE del nivel primario
TS	Taller a docentes de IE del nivel secundaria
CM	Documento técnico/ cartilla Gestión Local de Casa Materna.
FE	Fase de ejecución
CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
PEC	Programas Educativos Comunicacionales.
RF	Referencia Comunal

CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita familiar integral a través de la estrategia de visita domiciliaria. Estas acciones son realizadas **por el personal de salud capacitado**, según el siguiente detalle:

Consejería durante el periodo gestacional:

- ✓ **Primera visita domiciliaria, 1° consejería:** entre la 14 y 27 semanas (segundo trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del embarazo.
  - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- ✓ **Segunda visita domiciliaria, 2° consejería:** entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del embarazo.
  - Reforzar signos de alarma del embarazo.
  - Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Planificación familiar.
  - Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

RECUERDE:
→ Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia donde se asume compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento del compromiso en la 2°visita.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario.
El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal no especifico.
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el campo Lab se registrará:
- En el 1º casillero el trimestre de gestación 1°, 2° o 3° según corresponda.
- En el 2º casillero el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).

Registro N°45

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		ETNIA	**CENTRO POBLADO (*)**											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____					
	84751247		Sechura	38	A	M	PC	X	PESO		N	N	1.Supervisión de embarazo no especifico	P	X D	R	3	Z349
					M				TALLA		X C	X C	2.Consejería integral	P	X D	R	2	99401
	91121				D	F	Pab	X	Hb	X	R	R	3.Visita familiar integral	P	X D	R		C0011

RECUERDE:
El ***trazador*** para esta actividad es la **segunda (2°) consejería integral en gestante** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) visita familiar.

Consejería durante el periodo post natal

- ✓ **Primera visita domiciliaria, 1° Consejería durante el periodo de puerperio:** en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del puerperio.
  - Signos de alarma en el RN.
  - Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
  - Planificación familiar.

  Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario.

- ✓ **Segunda visita domiciliaria, 2° consejería:** entre los 28 y 30 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del RN.
  - Reforzar cuidados del RN.
  - Incidir en planificación familiar.

RECUERDE:
→ Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia donde se asume compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento del compromiso en la 2°visita.

<u>El registro se realizará de la siguiente manera:</u>

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

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

- En el 1º casillero visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar:
  - "1" si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
  - "2" si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
  - "3" Si la consejería se realiza en otro momento diferente
- En el 2º casillero el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco).

Registro N°46

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Truyenque Apaza											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84751247		Sechura	40	A X	M	PC	X	PESO		N	N	1.Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	P	D X	R	2	99501
					M				TALLA		C X	C X	2.Consejería integral	P	D X	R	2	99401
	91121	40			D	F	Pab	X	Hb	X	R	R	3.Visita familiar integral	P	D X	R		C0011

Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 2da consejería en puérpera.

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un local comunal u otro que la considere necesario, según el siguiente detalle:

Orientación durante el periodo gestacional:

- ✓ **Primera visita domiciliaria**, 1° orientación: entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de **45 minutos de duración**, se realizará en los siguientes temas:
    - Pautas generales para el cuidado del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
    - Signos de alarma del embarazo.
    - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
    - Pautas generales de planificación familiar.
    - Pautas para el cuidado del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria y la referencia comunal proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá realizar la referencia comunal al EE. SS los hallazgos de la actividad realizada.
De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la gestante al EE. SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal no especifico.
- En el 2º casillero Orientación Familiar
- En el 3º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el campo Lab se registrará:
- En el 1º casillero la sigla: **“PDS”** de Promotor de Salud /Agente Comunitario de Salud.
- En el 2º casillero el número de orientación

Registro N°47

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____		
	84751247		Sechura	32	A	M	PC	X	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo no especifico	P	X D	R	PDS	Z349
					M				TALLA		X C	X C	2. Orientación Familiar	P	X D	R	1	C2062
	91121				D	F	Pab	X	Hb		R	R	3. Visita Familiar Integral	P	X D	R		C0011

RECUERDE:
Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 1era orientación en gestante, realizada por el Agente Comunitario de Salud.

Orientación durante el periodo post natal

✓ **Segunda visita domiciliaria, 2° orientación:** en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Pautas generales para el cuidado del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del puerperio.
- Signos de alarma en el RN.
- Pautas generales para el cuidado del RN: importancia de la lactancia materna exclusiva, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Pautas generales de planificación familiar.

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al EE. SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la puérpera y/o RN al EE. SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
- En el 2º casillero Orientación Familiar
- En el 3º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el campo Lab registrar:
- En el 1º casillero la sigla “PDS” de Promotor de Salud / Agente Comunitario
- En el 2º casillero el número de orientación.

Registro N°48

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cáceres Limpe											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84751247		Sechura	32	A	M	PC	X	PESO		N	N	1. visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	P	D	R	PDS	99501
					M				TALLA		C	C	2. Orientación Familiar	P	D	R	2	C2062
	91121					F	Pab	X										
					D				Hb		R	R	3. Visita Familiar Integral	P	D	R		C0011

Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud en Salud Sexual y Reproductiva

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código **APP138 de Agentes Comunitarios.**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2 ó 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3ºcasillero el tipo de temática desarrollado:

→ **1 =** Para indicar Vigilancia Comunitaria
→ **2 =** Para prácticas saludables
→ **3 =** Módulo para el ACS sobre prácticas saludables para niño menor de 5 años
→ **4 =** Módulo para el ACS sobre sobre prácticas saludables para Adolescencia
→ **5 =** Módulo para el ACS sobre sobre prácticas saludables para Adulto
→ **6 =** Módulo para el ACS sobre sobre prácticas saludables para Adulto Mayor
→ **7 =** Módulo para el ACS sobre Primeros Auxilios
→ **8 =** Referencia Comunal

Registro N°49

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	D	R	3	C3151
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	D	R	12	U0031
						F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	1	

El Agente Comunitario de Salud requiere una Capacitación de 16 horas al año como mínimo.

Referencia comunitaria realizadas por Agente Comunitario de Salud:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Actividad con Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Orientación Familiar
- En el 2º casillero Actividad de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de referencias comunitarias realizadas por el ACS durante el mes.
- En el 2º casillero se coloca
  - → **RF = Referencia comunal**

Registro N°50

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/___	
	APP138		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Orientación familiar	P	~~D~~	R	8	C2062
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	RF	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral

Actividad dirigida a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas para promover la salud sexual integral, estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal, en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente, u otro que la considere necesario.
La metodología a usar es la del Material educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 6 horas de duración, una de ellas siempre será la 7ma. Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- Sesión 1: Sexualidad.
- Sesión 2: Identidad.
- Sesión 3: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- Sesión 4: Igualdad de género.
- Sesión 5: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- Sesión 6: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- Sesión 7: Planificando el futuro.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP146 Actividades con Padres.**
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número del eje temático al que corresponde la sesión educativa: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
- En el 2º casillero el número de participantes (N° Familias de adolescentes).

Registro N°51

El trazador es la 7ma sesión educativa a familias de adolescentes.

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/___					
	APP146		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	7	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	D	R	12	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (3341204).

Actividad dirigida a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, que consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.

Luego de concluidas las sesiones educativas, el personal de salud medirá el resultado de la capacitación (subproducto), a corto plazo, a través del desarrollo de sesiones de aprendizaje realizadas por el docente en el aula.

La metodología a usar es la del Módulo educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud para el trabajo en las instituciones educativas que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 8 horas de duración, una de ellas siempre será la ***6ta para el caso de primaria y la 7ma para el caso de secundaria***.
Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente.
Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- 1er eje temático: Sexualidad.
- 2do eje temático: Identidad.
- 3er eje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- 4to eje temático: Igualdad de género.
- 5to eje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- 6to eje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- 7to eje temático: Planificando el futuro.

Para ello realizará:

⇒ **Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local–UGEL** Para presentación de la información sobre la situación de la salud relacionada la salud del adolescente con la finalidad de programar de manera conjunta la ruta de capacitación anual a directivos y docentes (01 reunión de 1 hora de duración).

⇒ **Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas** Para incorporar en el Plan Anual de Trabajo acciones relacionadas a la promoción de la salud sexual integral a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 1 hora de duración).

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2ºcasillero, colocar Actividades de Materno Neonatal.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el ítem Lab. Se registrará:
- En 1º casillero el número de reunión.
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero colocar las siguientes siglas:
  - **UGL**=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - I**E**=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE

Registro N°52

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	~~D~~	R	1	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	12	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	UGL	

⇒ **Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas** del nivel de educación primaria y secundaria.

Actividad dirigida a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, que consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.

Luego de concluidas las sesiones educativas, el personal de salud medirá el resultado de la capacitación (subproducto), a corto plazo, a través del desarrollo de sesiones de aprendizaje realizadas por el docente en el aula.

La metodología a usar es la del Módulo educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud para el trabajo en las instituciones educativas que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 8 horas de duración, una de ellas siempre será la 6ta para el caso de primaria y la 7ma para el caso de secundaria.

Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente.
Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- 1er eje temático: Sexualidad.
- 2doeje temático: Identidad.
- 3ereje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- 4toeje temático: Igualdad de género.
- 5toeje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- 6toeje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- 7toeje temático: Planificando el futuro.

Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente.
Las sesiones educativas son los siguientes:

El registro se realizará de la siguiente manera:
En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP144 Actividades con Docentes**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Taller para instituciones educativas.
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:
- En el 1º casillero el número del eje temático al que corresponda el taller educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero, si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:

  – **TP** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
  – **TS** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria

*El trazador es el **6° taller en docentes de IE del nivel Primaria.***
*El trazador es el **7° taller en docentes de IE del nivel Secundaria.***

Registro N°53

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	D	R	7	C0005
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	D	R	15	U0031
				D			Hb	R	R	3.	D	R		TS	

<u>Docentes capacitados que realizan sesiones de aprendizaje de salud sexual integral a los adolescentes</u>

Esta información se recogerá de la observación directa o de la información sustentatoria que muestre el docente al momento que el personal de salud realice la evaluación.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número del taller 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda al eje temático en que **fue capacitado el docente y en el cual está realizando su sesión de aprendizaje a los alumnos.**
- En el 2º casillero el número de alumnos que recibieron la sesión de aprendizaje.
- En el 3º casillero si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:
  - **TP** que corresponde a taller a Docente de IE del nivel Primaría.
  - **TS** que corresponde a taller a Docente de IE del nivel Secundario.

Registro N°54

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de evaluación	P	~~D~~	R	7	C7003
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	20	U0031
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	TS	

FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial, y que consiste en brindar asesoramiento por parte de personal de salud para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes. Los espacios a gestionar serán los siguientes:

- ✓ Implementación y funcionamiento de la Casa Materna.
- ✓ Implementación y funcionamiento de Centros de Desarrollo Juvenil.
- ✓ Programas educativos comunicacionales.

Las acciones de incidencia y asesoramiento, realizadas por el personal de salud, también son dirigidas al comité multisectorial, liderado por la municipalidad **(4 reuniones de 01 hora de duración, cada una, en promedio)** y se realizan en el local de la municipalidad u otro que se considere pertinente.

Este subproducto será medido por el personal de salud a través de recursos financieros asignados por el municipio a una o más de las actividades precitadas.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP101 actividades con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión con gobierno local
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

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

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero el número de participantes de la reunión.
- En el 3º casillero colocar el tema de la reunión:
  - **CM =** Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
  - **CDJ =** Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
  - **PEC =** Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.

Registro N°55

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Municipio	P	~~D~~	R	2	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	5	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	CM	

✓ <u>Capacitación a Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud</u>.

Actividad dirigida a Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud, que consiste en brindar pautas para la implementación de Casa Materna a un corto plazo, Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ) y Programas educativos comunicacionales en salud sexual o reproductiva. (Mínimamente una)

La metodología a usar es la cartilla de Gestión Local Para la Implementación de la Casa Materna, dirigido a Gobierno Local para el trabajo en la Promoción de la Salud Materna Neonatal, se realizará en el local de la municipalidad u otro que se considere pertinente.

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 101 actividades con Municipios**

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

- En el 1º casillero Constitución de Comités Multisectorial
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En el 2º casillero colocar el tema de la reunión:
  - **CM =** Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
  - **CDJ =** Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
  - **PEC =** Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.

Registro N°56

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Constitución de Comité multisectorial	~~P~~	~~D~~	~~R~~	2	C3061
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	CM	U0031
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

<u>Reunión de Monitoreo con Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud</u>

Acompañamiento a Funcionarios/Comité de Gestión Local de Implementación de espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva a través de acciones de monitoreo (01 reunión de 30 minutos de duración).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 96 actividades con Comité Multisectorial.**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión en Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión
- En el 2º casillero colocar el tema de monitoreo:
  - **CM =**Implementación de la Casa Materna.
  - **CDJ =**Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - **PEC =**Implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.

Registro N°57

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	~~1.~~ Reunión de Monitoreo	~~P~~	~~D~~	R	1	C7001
					M				TALLA		C	C	2. Actividad de Materno Neonatal	P	~~D~~	R	CM	U0031
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	~~D~~	R		

✓ <u>Reunión de Evaluación con Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud</u>

Acompañamiento a Funcionarios/Comité de Gestión Local para el funcionamiento de espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva a través de una acción de evaluación (01 reunión de 30 minutos de duración).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 96 Actividades con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"

En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero registrar según corresponda:
  - **1=** Si durante la evaluación la Casa Materna/ Centro de Desarrollo Juvenil/Programas Educativos se encuentra en funcionamiento.
  - **2=** Si durante la evaluación no se encuentra en funcionamiento.
- En el 2º casillero, si se registra 1 en el Lab1 se debe colocar el número de personas que hacen uso de estos espacios, si se registra 2 en el Lab1 se dejara en blanco.
- En el 3º casillero colocar el tema de la evaluación:
  - **CM =**Implementación de la Casa Materna.
  - **CDJ =**Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - **PEC =**Implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.

Registro N°58

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	~~1.~~ Reunión de Evaluación	P	D	R	1	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividad de Materno Neonatal	P	D	R	9	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	CM	

PP 0016TBC-VIH/SIDA

PRODUCTO: FAMILIACON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSI (3043952)

	ACTIVIDADES	Pág.
	PROMOVER EN LAS FAMILIAS PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS.	
1	Familias que reciben consejería a través de visitas domiciliarias para promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de la Tuberculosis y VIH/SIDA (4395201)	**56**
2	Familias que reciben sesión educativa y demostrativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la disminución de la tuberculosis y VIH/SIDA (4395202)	**58**
	CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCION DE TUBERCULOSIS, VIH/SIDA.(5005987)	
3	Docentes de Instituciones educativas desarrollan acciones para la promoción de prácticas saludables y la prevención de la tuberculosis, VIH/SIDA. (4395203)	**60**
4	Comunidades con líderes capacitados desarrollan vigilancia comunitaria en favor de entornos y prácticas saludables y la prevención de la Tuberculosis, VIH/SIDA. (4395204)	**66**
5	Municipios implementan acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de Tuberculosis, VIH/SIDA según distritos/ provincias priorizados.(4395205)	**74**

.

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS TBC-VIH/SIDA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0008	Actividad de Tuberculosis
U0064	Actividades de VIH/SIDA
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud
	CONSEJERIA
99401	Consejería integral
C0011	Visita Familiar Integral
	PARA FAMILIAS
Z108	Otros controles generales de salud de rutina
	GESTIÓN
C7004	Asistencia técnica
C7001	Reunión de monitoreo
C7003	Reunión de evaluación
C0021	Visita comunitaria integral
C0005	Taller para instituciones educativas
C0006	Taller para la comunidad
C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C3071	Movilización social

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	APP
APP136	Familia y vivienda
APP108	Actividades en Comunidad
APP101	Consejo municipal
APP93	Actividades con Instituciones educativas
APP144	Actividad con docentes
APP138	Actividad con Agentes Comunitarios en Salud
APP96	Actividad con Comité Multisectorial
	CAMPO LAB
RSA	Zona de riesgo
UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
IE	Institución Educativa
TP	Taller a docentes de IE del nivel Primaria
TS	Taller a docentes de IE del nivel Secundaria
SR	Módulo Educativo de Salud Respiratoria
HIG	Módulo/ Cartilla Educativo(a) de Higiene y Cuidado del Ambiente.
VIH	Cartilla Educativa de VIH/SIDA.
VCO	Vigilancia comunitaria
PSA	Practicas Saludables
FE	Fase de ejecución
FP	Planificación Participativa

FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS (3043952)

Definición. - Se refiere a aquellas familias de sectores priorizados de los distritos/provincias con población en riesgo de transmisión de VIH/SIDA y tuberculosis que reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de VIH/SIDA y tuberculosis promovida por el personal de salud en articulación con diversos actores sociales presentes en el territorio.

Dicha actividad se desarrolla en la vivienda de la familia, local comunal, local municipal, institución educativa u otro que se considere necesario.

Para el desarrollo de estas actividades, el personal de salud debidamente capacitado, deberá:

- Identificar y diagnosticar familias priorizadas según ficha familiar.
- Realizar el mapeo de los actores sociales involucrados con acciones de prevención y control del VIH/SIDA y tuberculosis, entre ellos: gobierno local, líderes comunales, instituciones educativas, programas sociales y actores de la sociedad civil; entre otros.
- Realizar acciones de incidencia y abogacía a nivel multisectorial e intergubernamental para la generación de entornos saludables.
- Socializar con los actores sociales, el análisis de las necesidades educativas de las familias priorizadas en población en riesgo de transmisión de VIH/SIDA y tuberculosis, y/o con algún miembro del hogar con factor de riesgo.
- Consensuar y unificar contenidos educativos con los actores locales que facilitarán la educación familiar y comunitaria.
- Realizar seguimiento y evaluación de las actividades educativas para la mejora de las prácticas y del entorno familiar.

FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (4395201)

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben consejería en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, en la vivienda durante la visita domiciliaria. La consejería se realizará de la siguiente manera:

Para registro de Tuberculosis (TBC):

Esta actividad se realizará por medio de (02) dos visitas domiciliarias al año, y será de la siguiente manera:

- **Primera visita domiciliaria (1°):** En esta primera visita domiciliaria se desarrolla la Consejería Integral en *Prácticas Saludables*. Con una duración de **45 minutos**

  ⇒ **La consejería Integral en Practicas Saludables** involucra tocar los siguientes temas: Alimentación saludable, higiene de la vivienda con iluminación y ventilación natural, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar.

- **Segunda visita domiciliaria (2°):** Se desarrolla una Consejería Integral en *Medidas Preventivas*, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera visita. Con una duración de **45 minutos**

  ⇒ **La consejería Integral en Medidas Preventivas** involucra tocar los siguientes temas: Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.

RECUERDE:

→ La 2° visita domiciliaria se realiza al mes siguiente de la 1° visita domiciliaria.

→ Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia asuma compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento de este compromiso en la 2°visita.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero registrar Consejería Integral
- En el 2° casillero registrar Visita familiar integral
- En el 3° casillero registrar Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero, si se registra 1 en el Lab1 se deja en blanco
  Si se registra 2 en el Lab1 colocar:
  - **1=** Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
  - **2=** Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

Registro N°59

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Cáceres Limpe											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	84751247		Sechura	38	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	2	99401
		40			M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R	1	C0011
					D				Hb		R	R	3.Actividad de Tuberculosis	P	D	R		U0008

RECUERDE:
El ***trazador*** para esta actividad es la **segunda (2°) consejería integral** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) visita familiar.

Para registro de VIH-SIDA:

Esta actividad se realizará por medio de dos (02) visitas domiciliarias al año, y será de la siguiente manera:

- **(1°) Primera visita domiciliaria:** En esta primera visita domiciliaria se desarrolla la Consejería Integral en *Habilidades Sociales*. Con una duración de **45 minutos**

  ⇒ **La consejería Integral en Habilidades Sociales** involucra tocar los siguientes temas: comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida.

- **(2°) Segunda visita domiciliaria:** Se desarrolla una Consejería Integral *para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas.* Con una duración de **45 minutos**

  ⇒ **La consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas** involucra tocar los siguientes temas: Retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

RECUERDE:
→ La 2° visita domiciliaria se realiza **como mínimo al mes siguiente** de la 1° visita domiciliaria.

→ Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en Habilidades Sociales la familia asuma compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento de este compromiso en la 2°visita.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero registrar Consejería Integral
- En el 2° casillero registrar Visita familiar integral
- En el 3° casillero registrar Actividades de VIH/ SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero registrar el número de consejería integral (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero, si se registra 1 en el Lab1 se deja en blanco
  S**i se registra 2 en el Lab1 colocar:**
  - **1=** Si la familia pone en práctica al menos un compromiso.
  - **2=** Si la familia aún no pone en práctica los compromisos.

Registro N°60

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rudy Nalvarte castro														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____		
	84751248		Sechura	39	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	2	99401
		60			M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R	2	C0011
					D				Hb		R	R	3.Actividades de VIH/SIDA	P	D	R		U0064

RECUERDE:
El ***trazador*** para esta actividad es la **segunda (2°) consejería integral** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) visita familiar.

FAMILIAS QUE RECIBEN SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (4395201)

Familias que residen en zonas de mayor incidencia según distritos priorizados (ver mapeo de casos), reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA por parte del personal de salud, en el local comunal, local municipal, u otro que se considere necesario.

Para registro de Tuberculosis (TBC):

Para ello desarrollará por lo menos dos (2) sesiones educativas y demostrativas, para fines de registro se iniciará registrando la sesión educativa. A continuación se detalla los contenidos de las sesiones:

- **Primera sesión educativa y demostrativa (1°):** En esta primera sesión educativa y demostrativa se abordarán temas referentes a la Alimentación saludable, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, higiene de la vivienda con iluminación y ventilación natural, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos**.

- **Segunda sesión educativa y demostrativa (2°):** Para la segunda sesión educativa y demostrativa se tendrá en cuenta los temas referentes a evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, limpieza de la vivienda con trapos húmedos, reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos.**

RECUERDE:
→ La 2° sesión educativa y demostrativa se realizan como **mínimo al mes siguiente** de la 1° sesión educativa y demostrativa.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero registrar Sesión educativa
- En el 2° casillero registrar Sesión demostrativa
- En el 3° casillero registrar Actividad de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de sesión educativa (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar el número de sesión demostrativa (1, 2) según corresponda
- En el 3° casillero registra el número de familias participantes

Registro N°61

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP136		Sechura	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	2	C0009
				M				TALLA		C	C	2.Sesión demostrativa	P	D	R	2	C0010
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividades de Tuberculosis	P	D	R	10	U0008

RECUERDE:
El ***trazador*** para esta actividad es la **segunda (2°) sesión educativa y demostrativa,** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) sesión educativa y demostrativa.

Para registro de VIH-SIDA:

Para ello desarrollará por lo menos dos (2) sesiones educativas y dos (2) sesiones demostrativas, de la siguiente manera:

- **(1°) Primera sesión educativa y demostrativa**: De acuerdo a las necesidades identificadas en la comunidad se establecerá el tema abordar durante la sesión educativa y demostrativa, pudiendo ser ***uno o más temas***, según criterio del personal de salud y necesidad de los participantes (familias).

  ⇒ **TEMAS:** habilidades sociales comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida, en orientación para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos**.

- **(2°) Segunda sesión educativa y demostrativa: Para este segunda sesión educativa y demostrativa s**e considera los mismos criterios de aplicabilidad que en el caso anterior (según criterio y necesidad de los participantes)

  ⇒ **TEMAS:** Identificación de situaciones de riesgo, y refuerzo de la primera sesión. Con una duración de **90 minutos.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero registrar Sesión educativa
- En el 2° casillero registrar Sesión demostrativa
- En el 3° casillero registrar Actividad de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de sesión educativa (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar el número de sesión demostrativa (1, 2) según corresponda
- En el 3° casillero registra el número de familias participantes

Registro N°62

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP136		Sechura		A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	2	C0009
					M				TALLA		C	C	2.Sesión demostrativa	P	D	R	2	C0010
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividades de VIH/SIDA	P	D	R	15	U0064

RECUERDE:
El ***trazador*** para esta actividad es la **segunda (2°) sesión educativa y demostrativa,** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) sesión educativa y demostrativa.

DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA (4395203)

Docentes de instituciones educativas de educación básica regular, del nivel de educación primaria, y secundaria, priorizadas según distrito de riesgo, reciben capacitación sobre la situación de la tuberculosis y VIH/SIDA en su distrito, en prácticas y entonos saludables para prevenir la Tuberculosis y el VIH/SIDA y lo trasladen a los estudiantes a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Esta actividad es realizada por el personal de salud en el local de la institución educativa, local comunal o en otro lugar que se considere necesario. Se desarrolla a través de reuniones de asistencia técnica desarrolladas por el personal de salud de la Red/MR/EESS de salud según corresponda, quien realizará:

Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL):

Para presentación de la información sobre la situación de la salud relacionada con la tuberculosis y el VIH/SIDA con la finalidad de programar de manera conjunta la ruta de capacitación anual a directivos y docentes que incluya temas de promoción de prácticas saludables y prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA **(01 reunión de 60 minutos de duración).**

Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas:

Para incorporar en el Plan Anual de Trabajo acciones relacionadas a la promoción de prácticas y prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje **(01 reunión de 60 minutos de duración).**

Para registro de Tuberculosis (TBC):

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 Actividades con Colegios/ Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero registrar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de reunión
- En el 2° casillero registrar el número de participantes
- En el 3° casillero registra la siguiente sigla, según corresponda:
  - **UGL:** Si la reunión se está realizando con la UGEL
  - **IE:** Si la reunión se realiza con los directivos de la Institución Educativa

Registro N°63

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en Instituciones Educativas	P	X D	R	1	C0002
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de tuberculosis	P	X D	R	4	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	UGL	

Para registro de VIH/SIDA:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 93 Actividades con Colegios/ Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero registrar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de reunión
- En el 2° casillero registrar el número de participantes
- En el 3° casillero registra la siguiente sigla, según corresponda:
  - **UGL:** Si la reunión se está realizando con la UGEL
  - **IE:** Si la reunión se realiza con los directivos de la Institución Educativa

Registro N°64

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en Instituciones Educativas	P	D	R	1	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	D	R	4	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	UGL	

Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas:

Se desarrolla en instituciones educativas del nivel primario y secundario de educación, donde el personal de salud brindara capacitación en prácticas y entornos saludables para la prevención y control de la tuberculosis y VIH/SIDA teniendo como herramienta el Modulo de Promoción de la Salud Respiratoria y Prevención de la Tuberculosis y Cartilla educativa para el VIH/SIDA en la Institución Educativa **(01 Taller de 02 horas de duración).**

Para registro de Tuberculosis (TBC):

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero registrar Taller para Instituciones Educativas
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el nivel de la Institución educativa, según detalle:
  - **TP:** Que corresponde al módulo terminado en la I.E del nivel Primario.
  - **TS:** Que corresponde al módulo terminado en la I.E del nivel Secundario
- En el 2° casillero registrar el número de participantes
- En el 3° casillero registra las siglas de la cartilla en el cual se capacito, por ejemplo:
  - **SR:** Módulo Educativo de Salud Respiratoria y Prevención de la Tuberculosis
  - **HIG:** Módulo/Cartilla Educativa de Higiene y Cuidado del Ambiente.

Registro N°65

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones educativas	P	D	R	TP	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	D	R	20	U0008
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	SR	

Para registro de VIH/SIDA:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con Docentes.**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero registrar Taller para Instituciones Educativas
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el nivel de la Institución educativa, según detalle:
  - **TP:** Que corresponde al módulo terminado en la I.E del nivel Primario.
  - **TS:** Que corresponde al módulo terminado en la I.E del nivel Secundario
- En el 2° casillero registrar el número de participantes
- En el 3° casillero registra las siglas de la cartilla en el cual se capacito, por ejemplo:
  - **VIH:** Cartilla de VIH-SIDA

Registro N°66

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones educativas	P	X D	R	TP	C0005
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R	20	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	VIH	

Acompañamiento al docente en la implementación de proyectos y/o sesiones de aprendizaje

Acompañamiento al docente para el desarrollo de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje; con 2 asistencias técnicas al año, primera asistencia técnica al 2º trimestre y la 2da asistencia técnica al 3º trimestre. (02reunionesde30minutosdeduración).

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Asistencia Técnica
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero el número de reunión: 1 ,2.
- En el 2º casillero colocar el número de docentes a quienes se les brinda el acompañamiento.
- En el 3° casillero registrar:
  - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
  - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria

Registro N°67

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	2	C7004
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	3	U0008
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	TS	

Para registro de VIH/SIDA:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Asistencia Técnica
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero el número de reunión: 1 ,2.
- En el 2º casillero colocar el número de docentes a quienes se les brinda el acompañamiento.
- En el 3° casillero registrar:
  - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
  - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria

Registro N°68

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	2	C7004
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de VIH/SIDA	P	X D	R	3	U0064
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	TS	

Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos de y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 30 minutos de duración). Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje.

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Asistencia Técnica
- En el 2° casillero registrar Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de participantes

- En el 2° casillero registrar de acuerdo al siguiente detalle:
  - **TP:** Si la institución educativa es de primaria
  - **TS:** Si la institución educativa es de secundaria

Registro N°69

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	3	C7004
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	TP	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para registro de VIH/SIDA:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Asistencia Técnica
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar el número de participantes
- En el 2° casillero registrar de acuerdo al siguiente detalle:
  - **TP:** Si la institución educativa es de primaria
  - **TS:** Si la institución educativa es de secundaria

Registro N°70

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____															
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	3	C7004
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH/SIDA	P	X D	R	TS	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

COMUNIDADES CON LIDERES CAPACITADOS DESARROLLAN VIGILANCIA COMUNITARIA EN FAVOR DE ENTORNOS Y PRACTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA. (4395204)

Comunidades priorizadas según distrito de riesgo representada por el comité de vigilancia comunitaria (que incluye a los agentes comunitarios de salud) esta sensibilizado, informado y capacitado para promover prácticas y entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunitaria que contribuyan a la disminución de la tuberculosis, y VIH/SIDA.

Estas acciones son realizadas por el personal de salud de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda, en coordinación con el gobierno local (Gerencia de Participación vecinal o la que haga sus veces) y organizaciones comunitarias, en el establecimiento de salud, local comunal, local municipal u otro que considere adecuado.

Acciones a desarrollar por el Personal de salud de los establecimientos de salud presentes en el territorio (municipio)

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

Fase 1: PLANIFICACIÓN

Para registro de Tuberculosis:

Incluye las siguientes acciones:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Identificación y selección de comunidades en riesgo y organizaciones comunitarias con base en el gobierno local (incluyendo a los ACS) para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.
3. Selección de contenidos claves, instrumentos y metodología para vigilar.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividades en la comunidad**

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

- En el 1º casillero registrar Visita Comunitaria Integral
- En el 2° casillero registrar Actividades de tuberculosis 1, 2 o 3

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar de acuerdo al siguiente el número del 1 al 3 según la acción que corresponda
- En el 2° casillero solo se usará para colocar el número de comunidades seleccionadas para la VC, cuando seleccionen la actividad número 2 en el 1° casillero, de lo contrario para la actividad 1 o 3 dejar en blanco.
- En el 3º casillero la sigla "**FP**" para indicar Planificación participativa.

Registro N°71

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita comunitaria integral	P	X D	R	2	C0021
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	5	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FP	

Para registro de VIH/SIDA

Incluye las siguientes acciones:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Identificación y selección de comunidades en riesgo y organizaciones comunitarias con base en el gobierno local (incluyendo a los ACS) para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.
3. Selección de contenidos claves, instrumentos y metodología para vigilar

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividades en la comunidad**

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

- En el 1º casillero registrar Visita Comunitaria Integral
- En el 2° casillero registrar Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
Para todas las actividades marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará

- En el 1º casillero registrar la acción que corresponda: 1, 2 o 3.
- En el 2° casillero, al registrar 2 en Lab1 se debe colocar el número de comunidades priorizadas Si el registro es 1 o 3 se debe dejar en blanco.
- En el 3º casillero la sigla "**FP**" para indicar Planificación participativa.

Registro N° 72

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita comunitaria integral	P	D	R	2	C0021
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	D	R	5	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FP	

Capacitación en vigilancia comunitaria y prácticas y entornos saludables a agentes comunitarios y organizaciones comunitarias

Se desarrollará las reuniones en número de tres por año:

- **1ra reunión =** al 1er trimestre, se desarrollará el tema de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención de la tuberculosis o VIH según sea el caso. (01 reunión de 2 horas de duración).
- **2da reunión =** al mes de la 1ra reunión, se desarrollará el tema de vigilancia comunitaria. (01 reunión de 2 horas de duración).
- **3ra reunión =** al mes de la segunda reunión, se desarrollará reforzamiento de las primeras reuniones y se hará seguimiento al avance de acciones de vigilancia comunitaria (01 reunión de 2 horas de duración). **El cumplimiento de esta reunión, indicará que la actividad ha sido cumplida satisfactoriamente.**

Para registro de Tuberculosis:

❖ Para agentes comunitarios de salud (ACS):

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reuniones: 1°, 2°, **3° *(Trazador)***
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes
- En el 3º casillero el tipo de temática desarrollado:
  - → **VCO =** Para indicar Vigilancia Comunitaria
  - → **PSA =** Para prácticas saludables

Registro N° 73

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salu	P	X D	R	3	C3151
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	12	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	VCO	

RECUERDE:

- El ***trazador*** para esta actividad es la tercera **(3°) sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud,** esta se colocará siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) y segunda (2°) sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud.
- Recuerda indicar el tema desarrollado, tal como se indica en el ejemplo anterior **(VCO)**

❖ Para organizaciones comunitarias:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reuniones: 1°, 2°, **3° *(Trazador)***
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes
- En el 3º casillero el tipo de temática desarrollado:
  - → **VCO =** Para indicar Vigilancia Comunitaria
  - → **PSA =** Para prácticas saludables

Registro N° 74

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller en comunidad	P	X D	R	3	C0006
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	12	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	PSA	

Para registro de VIH-SIDA

❖ Para agentes comunitarios de salud (ACS):

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 de Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
- En el 2º casillero Actividades VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de talleres: 1°, 2°, ***3° (Trazador)***
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes
- En el 3º casillero el tipo de temática desarrollado:
  - → **VCO =** Para indicar Vigilancia Comunitaria
  - → **PSA =** Para prácticas saludables.

Registro N° 75

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP138		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión en entrenamiento agentes comunitarios en salu	P	D	R	3	C3151
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	D	R	12	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	PSA	

RECUERDE:

- El ***trazador*** para esta actividad es la tercera **(3°) sesión de entrenamiento a ACS,** esta se colocará siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) y segundo (2°) sesión de entrenamiento.
- Recuerda indicar el tema desarrollado, tal como se indica en el *ejemplo anterior* **(PSA)**

❖ Para organizaciones comunitarias:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Taller en comunidad
- En el 2º casillero Actividades VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reuniones: 1°, 2°, ***3° (Trazador)***
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes
- En el 3º casillero el tipo de temática desarrollado:
  - → **VCO =** Para indicar Vigilancia Comunitaria
  - → **PSA =** Para prácticas saludables

Registro N° 76

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller en comunidad	P	X D	R	2	C0006
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R	12	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	PSA	

Fase 2: EJECUCIÓN

Incluye las siguientes acciones:

- **Aplicación de la vigilancia comunitaria**

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero Actividades de tuberculosis
- En el 3°casillero Fase de Ejecución

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de intervención (**mínimo 02**) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de zonas de riesgo.
- En el 2º casillero el número de participantes (registrar un participante por familia)
- En el 3º casillero **FE:** Fase de Ejecución

Registro N° 77

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	X D	R	1	C0021
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	10	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FE	

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de intervención (mínimo 02) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de zonas de riesgo.
- En el 2º casillero el número de participantes (registrar un participante por familia)
- En el 3º casillero **FE:** Fase de Ejecución

Registro N° 78

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	X D	R	2	C0021
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R	10	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FE	

FASE 3: ACOMPAÑAMIENTOO ASISTENCIA TÈCNICA

Esta fase se realiza a partir del acompañamiento a las acciones comunitarias de la vigilancia y educación de pares para la reducción de riesgos y asociados a la tuberculosis y el VIH/SIDA. Se desarrollarán **02 acompañamientos** durante el año **(1 por semestre),** la duración para cada acompañamiento será de 60 minutos cada una.

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de Asistencia Técnica
- En el 2º casillero el número de organizaciones y/o instituciones que participan en la Asistencia Técnica

Registro N° 79

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	2	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	10	U0008
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Agentes Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Acciones de Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de Asistencia Técnica
- En el 2º casillero el número de organizaciones y/o instituciones que participan en la Asistencia Técnica.

Registro N° 80

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	2	C7004
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R	10	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Fase 4: MONITOREO

Esta actividad está referida a informar por medio de reportes periódicos los avances que se tengan en la implementación de la Vigilancia Comunitaria, permitiendo la identificación de logros, dificultades o nudos críticos. Se desarrollará como mínimo **01 una reunión de monitoreo** al año **(último trimestre del año),** con una duración de **60 minutos.**

Para registro de Tuberculosis:

⇒ **Para Agentes Comunitarios de Salud**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 81

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	X D	R	10	C7001
			SECTOR 1		M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R		U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

⇒ **Para organizaciones comunitarias**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 82

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	X D	R	10	C7001
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R		U0008
			SECTOR 2		D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para registro de VIH-SIDA

⇒ **Para Agentes Comunitarios de Salud**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 83

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP138		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	X D	R	10	C7001
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R		U0064
			SECTOR 3		D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

⇒ **Para organizaciones comunitarias**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en Comunidad**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 84

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	X D	R	1	C7001
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH-SIDA	P	X D	R	10	U0064
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

MUNICIPIOS IMPLEMENTAN ACCIONES PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO PARA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA SEGÚN DISTRITOS/ PROVINCIAS PRIORIZADOS (4395205)

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial de distritos priorizados para tuberculosis y VIH/SIDA, que consiste en realizar incidencia y abogacía, así como asesoramiento para la orientación de recursos en acciones que promuevan prácticas y entornos saludables para la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA.

La modalidad de entrega de la actividad es a través de reuniones de trabajo en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación participativa, realizados por el personal de salud capacitado de la Diresa/Geresa/Diris/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumpliendo un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria.

Dichas actividades se realizan en el local municipal u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.

Para ello se deben de realizar las siguientes actividades:

FASE 1: PLANIFICACIÓN

Durante la fase de Planificación el personal de salud capacitado desarrollara las siguientes acciones:

1. Reunión con equipo de gestión de Red/Microred para integrar la información relacionada a la situación de la tuberculosis y el VIH/SIDA.
2. Reunión para sectorización y priorización territorial homologada entre Salud y el gobierno local, tomando como referencia el catastro municipal.
3. Reunión de socialización periódica de información integrada, con el gobierno local, actores sociales públicos y privados en el comité multisectorial o la que hagan sus veces.

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Actividad con Municipio**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión 1, 2 o 3
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3° casillero la sigla **FP** de fase de planificación

Registro N° 85

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión con Municipio	P	D	R	1	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	D	R	10	U0008
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FP	

RECUERDE:

- El tiempo destinado para cada reunión es de 2 horas por reunión en promedio.

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Actividad con Municipio**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
- En el 2º casillero Actividades de VIH-SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión 1, 2 o 3
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3° casillero la sigla **FP** de fase de planificación

Registro N° 86

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión con Municipio	P	D	R	1	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VHI-Sida	P	D	R	15	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	PP	

RECUERDE:

- Las acciones A, B y C podrán realizarse en **una sola reunión de ser posible (1),** también se podrá realizar cada actividad por separado en distintas reuniones (2 o 3). El tiempo destinado para cada reunión es de 2 horas por reunión en promedio.

FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA

Durante la fase de Asistencia Técnica el personal de salud capacitado desarrollara las siguientes acciones:

A. Asistencia técnica para elaboración del plan de acción multisectorial.
B. Asistencia técnica para la programación presupuestal para gobiernos locales en el marco de la articulación territorial

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de la siguiente manera:
  - → **1=** Plan de acción
  - → **2=** Programación presupuestal
  - → **3=** Para los casos que se haya elaborado el Plan de acción y la Programación presupuestal durante la asistencia técnica. ***(Trazador)***
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 87

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	X D	R	3	C7004
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	X D	R	10	U0008
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de la siguiente manera:
  - → 1= Plan de acción
  - → 2= Programación presupuestal
  - → 3= Para los casos que se haya elaborado el Plan de acción y la Programación presupuestal durante la asistencia técnica. ***(Trazador)***
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 88

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP96		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	D	R	3	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH/Sida	P	D	R	15	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

FASE 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN

Acompañamiento al gobierno local en el monitoreo y evaluación del **Plan Local** articulado para la prevención y control de la tuberculosis y el VIH/SIDA, priorizadas en el territorio (municipio), que incluye las acciones educativas (del personal de salud, los proyectos de aprendizajes en las instituciones educativas, y las realizadas por otros actores sociales y las acciones que realizan los sectores competentes para mejorar y mitigar los riesgos del entorno.

❖ MONITOREO:

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión *(mínimo 02 reuniones)*
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 89

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	D	R	2	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	D	R	8	U0008
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
Que para esta actividad el número de monitoreo es **02 como mínimo**, como se muestra en el ejemplo anterior. El tiempo destinado para cada reunión de monitoreo es de 2 horas por reunión en promedio. De preferencia realizar el primer monitoreo al finalizar el (**2°) segundo trimestre** y el segundo monitoreo al **finalizar del (3°) tercer** trimestre.

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión *(mínimo 02 reuniones)*
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 90

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Monitoreo	P	D	R	2	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH/SIDA	P	D	R	8	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

❖ EVALUACIÓN

Para registro de Tuberculosis:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Tuberculosis

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participante.
- En el 2° casillero registre según corresponda:
  - **1=** Si cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis ***(Trazador).***
  - **2=** Si cumplió menos del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis.

Registro N° 91

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Evaluación	P	D	R	8	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Tuberculosis	P	D	R	1	U0008
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
Se realizará **01 reunión** de evaluación al año, con una duración de 90 minutos aproximadamente. De preferencia se realizará la evaluación en el **(4°) cuarto trimestre.**

Para registro de VIH-SIDA

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 101 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "**D**" En el ítem Lab se registrará:

- **1=** Si cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH-SIDA ***(Trazador).***
- **2=** Si cumplió menos del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH-SIDA

Registro N° 92

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de Evaluación	P	X D	R	8	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de VIH/SIDA	P	X D	R	1	U0064
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Durante la reunión de evaluación: Cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis

Y/O

Durante la reunión de evaluación: Cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH-SIDA

=

Municipio implementa acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de tuberculosis y VIH/SIDA.

PP 0017 METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS

FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÒN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS (3043977)

	ACTIVIDADES	Pág.
	PROMOCIÒN DE PRÀCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÒN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO. (5000087)	
1	Familias que reciben sesiones demostrativas desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas. (4397701)	**82**
2	Familias que reciben sesiones educativas desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades zoonóticas. (4397702)	**84**
	VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS. (5005989)	
3	Comunidades priorizadas en el distrito que están implementando la vigilancia comunitaria asociada a enfermedades metaxénicas y zoonóticas. (4397703)	**85**
4	Municipios (Comité Multisectorial) capacitado y articulado para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénica o zoonótica. (4397704)	**89**
5	Docentes, Directivos y Padres de familia, capacitados y comprometidos a desarrollar acciones para la promoción de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénica y zoonóticas. (4397705)	**91**

PRINCIPALES CODIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0074	Actividad de Malaria
U0075	Actividad de Chikungunya
C0076	Actividad de Zika
C0088	Actividad de Zoonosis (Rabia)
U0089	Actividades de Dengue
U0090	Actividades de Bartonelosis
U0091	Actividad de fiebre Amarilla
U0092	Actividades de Chagas
U0093	Actividades de Leishmaniasis
U0094	Actividades de Peste
U0095	Actividad de Leptospirosis
U0096	Actividad de Tifus
U0114	Actividades de Equinococosis
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud
	GESTIÓN
C0001	Reunión en Municipio
C0002	Reunión en IE
C0021	Visita comunitaria integral
C0005	Taller para IE
C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de inservibles
C7001	Reunión de Monitoreo

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
C7004	Asistencia técnica
U408	Vigilancia Sanitaria de la Limpieza de Vías y Espacios Públicos
C3071	Movilización social
	APP
APP136	Familia y vivienda
APP108	Actividades en Comunidad
APP101	Actividades en Municipios
APP93	Actividad con IE
APP96	Actividades con Comité Multisectorial
APP144	Actividad con docentes
	CAMPO LAB
VCO	Vigilancia comunitaria
PDS	Promotor de salud / Agente comunitario de la salud
FE	Fase de ejecución
FSE	Fase de sensibilización
FP	Planificación Participativa
IN	IE del nivel Inicial
TP	IE del nivel Primario
TS	IE del nivel Secundaria

FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS (3043977)

Reciben el producto las familias que viven en distritos con elevado riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénicas y zoonóticas (EMZ), que son priorizadas para acciones de prevención y control, a través de:

- **A1:** Actividades educativas
- **A2:** Vigilancia comunitaria
- **A3:** Acciones de mejora o mitigación de las condiciones del entorno comunitario que, entregadas simultáneamente, disminuyen el riesgo de estos daños.

Son realizadas en un ambiente municipal, local comunal, centro de salud, centro educativo, iglesia, e incluso vivienda familiar u otro ambiente que se considere conveniente y entregadas por personal de salud capacitado.

FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS. (4397701)

Esta actividad se desarrolla a través de 02 sesión educativa y 02 sesiones demostrativas, con 15 familias participantes. La duración de cada sesión será de 45 minutos cada una.

❖ **Para las sesiones educativas:**

Contenidos para las sesiones educativas:

- **1° Sesión Educativa:** Almacenamiento y mantenimiento adecuado de agua (recipiente con tapa), limpieza y escobillado de recipientes que conservan agua, identifica y elimina potenciales criaderos del vector (inservibles), limpieza y refacción de viviendas.

- **2° Sesión Educativa:** Implementación de medidas preventivas (uso de mosquiteros, uso de ropa apropiada y repelente e identificación de señales de peligro), conservación adecuada del larvicida dentro del recipiente de agua, y el uso adecuado de otra tecnología dispuesta para la vigilancia vectorial, entre otros temas priorizados de las metaxénicas prevalentes en la zona.([2])

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Metaxénicas (indicar el tipo de enfermedad metaxénica)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda

[2] Otras enfermedades metaxénicas según sea el caso, considerar: lavado de manos, higiene de la vivienda, tapado de grietas en las paredes, limpieza peri-domiciliaria del huerto, corte de maleza 100 metros a la redonda de la vivienda, tapado de charcos, no exposición en lugares y horas donde circula el vector. En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño al que están expuestos.

Registro N° 93

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Michael Vidal Torres														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____		
	8475124		Tarapoto	19	A	M	PC		PESO	68	N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	2	C0009
					M				TALLA	1.65	C	C	2.Actividades de Malaria	P	D	R		U0074
		58				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

❖ **<u>Para una sesión demostrativa:</u>**

Contenidos para las sesiones demostrativas:

- **1° Sesión Demostrativa:** Almacenamiento adecuado de agua, limpieza y mantenimiento de recipientes que almacenan agua.
- **2° Sesión Demostrativa**: Uso de arena húmeda en floreros en lugar de agua identificación de criaderos, limpieza y refacción de viviendas y uso de repelente. ***(Actividad Trazadora)***

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Metaxénicas (indicar el tipo de enfermedad metaxénica)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.

Registro N° 94

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Michael Vidal Torres														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____		
	8475124		Tarapoto	19	A	M	PC		PESO	68	N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	2	C0010
					M				TALLA	1.65	C	C	2.Actividades de Malaria	P	D	R		U0074
		58				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ZOONOTICAS. (4397702)

La actividad se ejecuta en el local comunal o la que haga sus veces, haciendo uso del material educativo comunicacional de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxenicas y zoonoticas.
Esta actividad se desarrolla a través de 02 sesión educativa y 02 sesiones demostrativas, con 15 familias participantes. La duración de cada sesión educativa será de 45 minutos cada una y 3 horas de duración cuando hay sesión demostrativa.

Las prácticas saludables a promover dependerán de la zoonosis priorizada y se consideran las siguientes:

❖ **Para las sesiones educativas:**

Contenidos para las sesiones educativas:

- **1° Sesión Educativa:** Lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño, y después de manipular/acariciar a sus animales, aseo del baño o letrina una vez al día, Almacenamiento de la basura dentro de la vivienda antes de botarla en un recipiente o contenedor cubierto. Utiliza Equipo de Protección Personal (EPP) en actividades agropecuarias (botas y guantes). No se baña en aguas estancadas. Coloca mallas en las ventanas de su vivienda y tiene espacios limpios y exclusivos para la crianza de animales menores y mayores. Cuida responsablemente a sus mascotas: (alimento, higiene, salud: lo vacuna y lo desparasita periódicamente).

- **2° Sesión Educativa:** No manipula animales con muerte súbita. Avisa sobre epizootias (animales muertos sin causa conocida) No da vísceras infectadas al perro después de faenear /beneficiar a su ganado. Toma o bebe agua hervida y no clorada en zonas endémicas para zoonosis parasitarias, y evita consumir leche y derivados lácteos de dudosa procedencia, así como vegetales de tallo corto regados con agua contaminada. En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño al que están expuestos. .***(Actividad Trazadora)***

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Zoonosis (según zoonosis priorizada)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.

Registro N° 95

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Michael Vidal Torres												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	8475124		Tarapoto	19	A	M	PC		PESO	68	N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	2	C0009
		58			M				TALLA	1.65	C	C	2. Actividades de zoonosis (peste)	P	D	R		U0094
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

❖ **Para las sesiones demostrativas:**

Contenidos para las sesiones demostrativas:

- **1° Sesión Demostrativa:** Lavado de manos, disposición adecuada de residuos sólidos en la vivienda, almacenamiento adecuado de granos, higiene personal e higiene de los alimentos, protección del agua para beber y disposición adecuada de alimentos, disposición de residuos sólidos, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración.

- **2° Sesión Demostrativa:** Limpieza y refacción de viviendas medidas preventivas en el uso de mosquiteros, tenencia responsable de animales, control de roedores e identificación de situaciones de riesgo y notificación de animales enfermos y muertos.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Zoonosis (según zoonosis priorizada)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 según corresponda.

Registro N° 96

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)									P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Michael Vidal Torres															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	8475124		Tarapoto	19	A	M	PC		PESO	68	N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	2	C0010
		58			M				TALLA	1.65	C	C	2. Actividades de zoonosis (peste)	P	D	R		U0094
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTÁN IMPLEMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS. (4397703).

Acción educativa y de acompañamiento realizada por personal de salud, a líderes de organizaciones comunitarias adscritas al Gobierno Local que cuenten o no con Agentes Comunitarios de la Salud y/o voluntarios, para la promoción de prácticas saludables y la implementación vigilancia Comunitario, se realizara las siguientes acciones:

Los aspectos sujetos a la vigilancia comunitaria según enfermedad metaxénica y zoonóticas son:

⇒ **Enfermedades Metaxénicas:** Se vigilará en el entorno de la comunidad presencia de montículos de residuos sólidos (potenciales criaderos de zancudo Aedes aegypti), zonas inundadas o con aguas estancadas, áreas de reciclaje al aire libre, llanterías o vulcanizadoras en inadecuadas condiciones. Maleza crecida alrededor de viviendas, uso de floreros con agua en cementerios grutas, iglesias, zonas industriales o de producción con potenciales criaderos de zancudos, fuentes de agua, tuberías o caños malogrados que gotean agua, grietas en las paredes y techos de las viviendas

⇒ **Enfermedades zoonóticas**: Los aspectos sujetos de la vigilancia comunitaria dependen del tipo de zoonosis priorizadas y son: Presencia de epizootias (muerte de animales), incremento de animales (canes vagabundos, murciélagos hematófagos, roedores y pulgas,

caracoles), presencia montículos de basura, aguas estancadas, charcos y pantanos. Uso del campo abierto para eliminar excretas humanas, zonas de faenamiento o beneficio clandestino de ganado.

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Selección de comunidades a vigilar.
3. Elección de instrumentos y metodología para vigilar.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero Actividades según Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se indicará el número del 1, 2 y 3 según la acción que corresponda.
- En el 2º casillero cuando Lab1 es 2, se registra el número de comunidades a vigilar Cuando Lab1 es 1 o 3 se deja en blanco.
- En el 3º casillero Fase de planificación participativa: **FP**

Registro N° 97

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	X	R	2	C0021
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	X	R	5	U0091
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	X	R	FP	

Taller de capacitación a líderes comunitarios (LC) y agentes comunitarias de salud (ACS)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Taller en comunidad
- En el 2º casillero Actividades según Enfermedad Metaxénica priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar **PDS** cuando participantes son solamente agentes comunitarios de salud si queda en blanco se considerará que son líderes comunitarios.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero la sigla de vigilancia comunitaria "**VCO"**

Registro N° 98

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Taller en comunidad	P	X	R	PDS	C0006
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	X	R	12	U0091
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R	VCO	

Vigilancia comunitaria de puntos Críticos Identificados **(PCI)**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero Actividad acorde a la EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se registra el número de intervenciones (mínimo 06) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de Puntos críticos.
- En el 2º casillero número de comunidades vigiladas
- En el 3º casillero registre la sigla **"FE"** de Fase de Ejecución

Registro N° 99

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	X	R	1	C0021
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	X	R	5	U0091
				D			Hb	R	R	3.	P	X	R	FE	

Acciones de movilización comunitaria

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunitaria**

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

- En el 1º casillero Acciones de la movilización social
- En el 2º casillero Escribir según corresponda o dejar en blanco:
  - **C6091=** Ejecución de campaña de recojo y eliminación de inservibles
  - **U408 =** Vigilancia Sanitaria de la Limpieza de Vías y Espacios Públicos
- En el 3º casillero Actividad acorde a la Enfermedad MZ priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se registra el número de acciones de movilización comunitaria.
- En el 2º casillero el número de organización y/o institución que participan.
- En el 3º casillero la Fase de Ejecución **"FE".**

Registro N° 100

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP108	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1.Movilización social	P	X	R	4	C3071
			Tarapoto	M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	X	R	5	C6091
				D			Hb	R	R	3. Actividades de dengue	P	X	R	FE	U0089

Acompañamiento y evaluación de la vigilancia (Mínimo 04 o máximo 12)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
- En el 2º casillero Monitoreo
- En el 3º casillero Actividad acorde a la EMZ priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de acompañamiento que realiza, mínimo 4.
- En el 2º casillero colocar el número de participantes en la reunión de monitoreo

Registro N° 101

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____															
	APP108	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	X	R	4	C0021
			Tarapoto	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Reunión de monitoreo	P	X	R	12	C7001
				D			Hb	R	R	3. Actividad de fiebre amarilla	P	X	R		U0091

MUNICIPIOS (COMITÉ MULTISECTORIAL) CAPACITADO Y ARTICULADO PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO DE ENFERMAR O MORIR POR ALGUNA ENFERMEDAD METAXENICA O ZOONOTICA (4397704).

Asistencia técnica brindada al gobierno local en distritos que son priorizados según EMZ endémica o brote, con la finalidad de que ejecute acciones dirigidas a mejorar o mitigar riesgos en el entorno comunitario y favorecer prácticas saludables según sus competencias. El personal de salud previamente capacitado de la DIRESA/GERESA/Red/Microred de Salud, según corresponda, facilitará en el marco de La Gestión Territorial: 1) La acción intersectorial, 2) la participación ciudadana y 3) Educación para la salud; teniendo como horizonte de tiempo los cuatro años para los que han sido elegidos las autoridades locales, para lo cual facilitará periódicamente información del daño priorizado y de los determinantes sociales asociados a este. Según EMZ priorizada en el territorio (municipio), la labor del personal de salud respecto a esta actividad registrará de la siguiente manera:

Incluye las siguientes acciones:

1. **Integración de información sanitaria (Sala Municipal de Salud)**
2. **Incidencia y abogacía al gobierno local**
3. **Sectorización y homologación territorial salud – gobierno local**
4. **Mapeo de actores sociales (actividades y recursos según actor social)**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP101 Actividad con Municipio**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividad según EMZ que corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero colocar el número de la acción que corresponda: 1, 2, 3 o 4.
- En el 2º casillero colocar el número de reunión (máximo 03).
- En el 3° casillero el número de municipios participantes

Registro N° 102

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____					
	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en Municipio	P	D	R	4	C0001
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	D	R	2	C0091
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	3	

CONFORMACIÓN Y REUNIONES DEL COMITÉ MULTISECTORIAL.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el 1º casillero Constitución de Comité Multisectorial
- En el 2º casillero según corresponda:
  Códigos de Enfermedades: según EMZ priorizada en el territorio (municipio)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero colocar el número de reuniones con el CMS: mínimo 04 – máximo 06 reuniones.
- En el 2º casillero la fase de sensibilización **"FSE.**

Registro N° 103

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1. Constitución de Comités Multisectoriales	P	D	R	4	C3061
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	D	R	FSE	C0091
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

<u>Incluye las siguientes acciones:</u>

1. **Asistencia técnica para elaboración del plan multisectorial.**
2. **Asistencia técnica para la apertura de programas presupuestales para gobiernos locales.**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero según corresponda: **EMZ** priorizada en el territorio (municipio)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se indicará el número de acciones según corresponda 1 (Plan) o 2 (PPR)
- En el 2º casillero la fase de planeamiento **"FP"**

Registro N° 104

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	D	R	1	C7004
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	D	R	FP	C0091
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

<u>Incluye las siguientes acciones:</u>

1. **Monitoreo (acompañamiento) de la acciones multisectoriales y municipal.**
2. **Evaluación de la actividad multisectoriales y municipal.**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

<u>MONITOREO</u>

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

- En el 1º casillero **Monitoreo**
- En el 2º casillero Actividad acorde a la enfermedad metaxénicas o zoonóticas a abordarse

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de reuniones de acompañamiento que realiza Mínimo 4, máximo 6.

Registro N° 105

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP96	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de monitoreo	P	X	R	4	C7001
			Tarapoto	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	X	R		C0091
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º **Evaluación**
- En el 2º casillero: Actividad acorde a la enfermedad metaxénicas o zoonóticas a abordarse

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de reuniones de evaluación que realiza (máximo 02 al año).

Registro N° 106

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP96	10	12	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	X	R	2	C7003
			Tarapoto	M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividades de fiebre amarilla	P	X	R		C0091
				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

DOCENTES, DIRECTIVOS Y PADRES DE FAMILIA, CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS A DESARROLLAR ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICA Y ZOONÓTICAS. (4397705)

Acción educativa y de acompañamiento a los docentes y padres de familia de la institución pública de educación básica regular del nivel inicial, primaria y secundaria que desarrolla acciones educativas, proyectos de aprendizaje y acciones participativas en relación a las prácticas saludables para la prevención y control de las enfermedades metaxenicas y zoonóticas.
Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en el local de la institución educativa, local comunal u otros que se considere pertinente.
El personal de salud capacitado realiza las siguientes acciones:

Taller Educativo dirigido a docentes

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas frente a las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad. Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2° casillero Actividad según corresponda:
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2… según corresponda y cuando se haya concluido las sesiones registrar de la siguiente manera:
  - **IN** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Inicial
  - **TP** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - **TE** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 107-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	D	R	2	C0005
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividad de Dengue	P	D	R	16	U0089
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Cuando concluye el módulo:

Registro N° 107-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	D	R	TS	C0005
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividad de Dengue	P	D	R	16	U0089
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Cuando el docente capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje relacionados a la prevención de las enfermedades Metaxénica y Zoonóticas se registrará:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Visita de evaluación
- En el 2° casillero Actividad según corresponda:
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: número de reunión
- En el 2º casillero el número de alumnos participantes del proyecto o sesión educativa

Registro N° 108

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita de evaluación	P	D	R	2	C7003
					M		Pab		TALLA		C	C	2. Actividad de Zoonosis (peste	P	D	R	16	U0094
					D	F			Hb		R	R	3.)	P	D	R		

Concurso Interescolar para la prevención de las Enfermedades Metaxénicas

Es aquella intervención que se realiza en las Instituciones Educativas ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que consiste en participar en el concurso de recojo y eliminación de criaderos de zancudos predominantes en esa zona. En un concurso la DREL/UGL invita a participar a un número de instituciones educativas de esa zona en coordinación con salud y gobierno local.
La lógica del concurso es que no solo se recoge los criaderos de la institución educativa, sino que los alumnos y padres recojan y traigan de sus casas los criaderos predominantes de la zona a la institución educativa el día señalado del concurso. El ganador es la institución educativa que más peso per cápita de criaderos de zancudo recoge y elimina.
Como mínimo dos concursos interescolares al año en el distrito de riesgo, previos al periodo de lluvias.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Institución Educativa.**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2° casillero Campaña de Recolección y Eliminación de criaderos
- En el 3º casillero Conforme al problema identificado en el territorio
  - **U0089:** Actividades de **Dengue**
  - **U0075:** Actividades de **Chikungunya**
  - **U0076:** Actividades de **Zika**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de instituciones educativas participantes en el concurso.
- En el 2º casillero colocar el número de concurso interescolar realizado en el distrito (2 al año).
- En el 3º casillero indicar el total de toneladas de criaderos recogidas en el concurso.

Registro N° 109

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de evaluación	P	X	R	4	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	X	R	1	C6091
				D				Hb		R	R	3.Actividades de dengue	P	D	R	24	U0089

Reunión con la UGEL:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el1º casillero colocar Reunión en institución educativa/UGEL
- En el 2º casillero Actividad según corresponda:

  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registre según corresponda:
  - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero la sigla "**UGL**"

Registro N° 110

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	X	R	TP	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de Dengue	P	X	R	16	U0089
				D				Hb		R	R		P	D	R	UGL	

Capacitación con Docentes, Tutores y Directivos:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el1º casillero colocar Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividad según corresponda:
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D

En el ítem Lab se registrará:

- En 1° casillero el número del Taller.
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 111

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones Educativas	P	~~D~~	R	1	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de Dengue	P	~~D~~	R	13	U0089
				D				Hb		R	R		P	D	R	TP	

Incidencia a Directivos y Docentes:

Esta actividad está a cargo del personal del Establecimiento de Salud, quien hará Incidencia a los directivos y docentes capacitados por la Micro Red de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. **Se desarrollará Una reunión de 30 minutos**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP93** Actividades con instituciones educativas.

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas.
- En el 2º casillero Actividad según corresponda:
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - → **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - → **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - → **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 112

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	X	R	1	C0002
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividad de Dengue	P	X	R	13	U0089
				D			Hb	R	R		P	D	R	TP	

Acompañamiento al directivo:

Se desarrollará en el monitoreo pedagógico, a través de una reunión de 60 minutos. Cada institución educativa se acompañará al menos a dos (2) tutores (incluye las instituciones unidocente). Por Cada I.E. se desarrollarán 01 acompañamiento

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividad con Docentes**

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

- En el 1º casillero Monitoreo
- En el 2º casillero Actividad según corresponda:
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika y según otros códigos de Metaxénicas o Zoonosis.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se coloca el número de tutores.
- En 2° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - → **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial
  - → **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria
  - → **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 113

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de monitoreo	P	X	R	1	C7001
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.Actividad de Dengue	P	X	R	TS	U0089
				D			Hb	R	R		P	D	R		

PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

ACTIVIDADES **Pág.**

FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (3043988)

1 Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398801) **99**

CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (5005996)

2 Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398802) **101**

3 Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal (4398803) **106**

4 Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos (4398804) **112**

PRINCIPALES CODIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS ENT

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0099	Actividades de Daños no transmisibles
U0010	Actividades de Metales Pesados
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
	GESTIÓN
C0001	Reunión en Municipio
C0002	Reunión en Institución Educativa
C6121	Vigilancia en metales pesados
C7001	Reunión de monitoreo
C7003	Reunión o visita de evaluación
C7004	Asistencia Técnica
	TALLERES
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C0004	Taller para Municipios
	APP
APP136	Familia y vivienda
APP101	Actividad con Municipio
APP144	Actividades con Docentes
APP108	Actividad en Comunidad

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	CAMPO LAB
ALI	Alimentación saludable /Módulo educativo
AF	Actividad Física /Módulo educativo
SBU	Salud Bucal/ Módulo educativo
IE	Institución educativa
UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
PAT	Plan aprobado
IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
TP	Módulo terminado en IE nivel primario
TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
TE	Módulo terminado en IE nivel especial
LMA	Módulo Educativo de Lavado de Manos
SO	Módulo Educativo de Salud Ocular
SVI	Módulo Educativo de Seguridad Vial
FO	Fase de organización
CMP	Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados
TA	Termino de Actividad

FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (3043988)

Esta actividad está dirigida a las familias de los distritos priorizados con población en riesgo por enfermedades no trasmisibles como la **Caries dental, Hipertensión, Diabetes Mellitus y Malnutrición (Sobre peso y Obesidad)**. Esta actividad consiste en realizar **03 sesiones educativas** y demostrativas a un grupo máximo de **15 representantes de familias** en las cuales se les brinda conocimiento sobre las prácticas saludables relacionadas a **alimentación y nutrición saludable, actividad física e higiene oral**.

Es desarrollada por el personal de salud capacitado y lo realiza en el local comunal u otro que se considere pertinente.

Acciones a desarrollar por el personal de salud del establecimiento de salud capacitado:

RECUERDE: Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 12 horas por año como mínimo.

⇒ **FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (4398801)**

Su registro deberá realizarse de manera individual de cada uno de los participantes (representantes de familia). La duración de cada sesión será de **45 minutos** cada una.
Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia.**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Sesión Educativa o Sesión Demostrativa según corresponda
- En el 2º casillero Actividades de daños no transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero la temática según corresponda **(ALI, AF o SBU)**

  - **Sesión educativa y demostrativa en Alimentación Saludable (ALI):** Se desarrollarán contenidos relacionados a prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, así como la demostración en la preparación de alimentos saludables.

  - **Sesión educativa y demostrativa en actividad física (AF):** Se desarrollarán contenidos sobre la importancia para la salud de la práctica regular de la actividad física, realizando las rutinas de ejercicios según metodología propuesta.

  - **Sesión educativa y demostrativa en salud bucal (SBU):** En alimentos no cariogénicos y medidas preventivas en salud bucal. Seguido de la Demostración de la técnica del cepillado dental y uso del hilo dental, seguidamente las familias realizarán la demostración de lo aprendido.

- En el 2º casillero registre la **sigla "TA",** cuando se cumpla con el siguiente criterio:

  → **SOLO** cuando se haya realizado la sesión educativa y demostrativa en las tres temáticas **(ALI, AF y SBU).**

Para las sesiones educativas se registrará de la siguiente manera:

Registro N° 114

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maria Castro Torres											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____				
	09865765		Tarapoto	50	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión Educativa	P	D	R	AF	C0009
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	D	R		U0099
	1528	8			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

RECUERDE:

- → El ***trazador*** para esta actividad es la sigla **"TA",** indicando que se ha realizado la sesión educativa en: Alimentación Saludable **(ALI)**, Salud Bucal**(SBU)** y Actividad Física **(AF).**
- → En el ejemplo anterior al solo haber brindado la segunda sesión educativa <u>no se coloca la sigla "TA".</u>

Para las sesiones demostrativas se registrará de la siguiente manera:

Registro N° 115

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maria Castro Torres										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____					
	09865765		Tarapoto	50	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión Demostrativa	P	D	R	AF	C0010
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	D	R	TA	U0099
	1528	8			D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

RECUERDE:

- → El ***trazador*** para esta actividad es la sigla **"TA",** indicando que se ha realizado la sesión demostrativa en: Alimentación Saludable **(ALI)**, Salud Bucal **(SBU)** y Actividad Física**(AF), tal como se muestra en el ejemplo.**
- → La duración para cada una de las sesiones demostrativas será de **45 minutos aproximadamente.**

Sesión educativa y demostrativa en Alimentación Saludable. + **Sesión educativa y demostrativa en Actividad Física.** + **Sesión educativa y demostrativa en Salud Bucal.** = ***Familia con prácticas saludables frente a las enfermedades no transmisibles.***

CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (5005996)

Los actores sociales (Funcionario municipal, docente deinstitución educativa pública de básica regular y las organizaciones comunitarias adscritas al gobierno local) reciben información relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, a fin de cada actor social desarrolle acciones dirigidas a mejorar las prácticas saludables y las condiciones que la favorezcan.

⇒ **FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACION DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES. (4398802)**

El concejo municipal provincial o distrital (o Comité Multisectorial) que recibe información mensual relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, para el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones que favorezcan las prácticas saludables como implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión relacionados a los determinantes sociales de la salud en el distrito. A través de reuniones de trabajo con el gobierno local, el personal de salud previamente capacitado de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumple un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria según problema sanitario priorizado.

Dichas tareas se realizarán en el local de la municipalidad u otro espacio que se considere Conveniente.

Para ello se debe desarrollar las siguientes acciones:

FASE 1: PLANIFICACIÓN

En esta fase se realizará reuniones con el equipo de Gestión de Salud para:

A. **Sistematizar** los indicadores de salud relacionada a las diferentes enfermedades no transmisibles según nivel (regional / local).
B. **Socializar** al Consejo Municipal de los indicadores de salud priorizados.

Esta actividad se realizará a través de **(02) dos reuniones anuales** (de preferencia durante el 1° trimestre), con una duración de **60 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Reunión en Municipio
- Enel2ºcasillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero número de reunión
- En el 2ºcasillero el número de participantes

Registro N° 116

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
15	APP101		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en Municipio	P	~~D~~	R	2	C0001
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	10	U0099
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE: El número de reuniones en Municipio será hasta **02 reuniones al año**, es importante que desarrolle la sistematización y la socialización (A y B).

FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA

Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan de implementación de la política local en salud que incluya:

→ Acciones de promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la disminución de las enfermedades no transmisibles que incluyan a otros sectores que tienen competencias en el tema priorizado y con la participación de sus comunidades (o la que haga sus veces) e instituciones educativas de su territorio.

Estas acciones pueden ser: agua y saneamiento, espacios públicos para promoción de la actividad física, quioscos y comedores saludables, limpieza y ordenamiento de la vivienda, educación en salud de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.

RECUERDE:
Estas acciones incluyen las relacionadas a la asignación presupuestal en el **PP Enfermedades no trasmisibles por el gobierno local.**

Esta actividad se realizará a través de **(02) Asistencias Técnicas**, con una duración de **60 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Asistencia Técnica
- Enel2ºcasillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero número de reunión
- En el 2ºcasillero el número de participantes

Registro N° 117

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	~~D~~	R	2	C7004
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	10	U0099
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

FASE 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN

Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas para la promoción de prácticas y generación de entornos saludables para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

❖ Monitoreo:

Esta actividad se realizará a través de **(02) Reuniones de Monitoreo**, con una duración de **60 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisible

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero el número de reunión.
- En el 2ºcasillero el número de participantes

Registro N° 118

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	2	C7001
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	10	U0099
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
Se recomienda que las acciones de monitoreo de programen una al inicio del **2° trimestre** y la otra al inicio del **3° trimestre.**

Evaluación:

Esta actividad se realizará a través de **(01) Reuniones de Evaluación**, con una duración de **60 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código**APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Reunión de evaluación según corresponda.
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero el número de participantes

Registro N° 119

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de evaluación	P	~~D~~	R	10	C7003
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R		U0099
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
Se recomienda que las acciones de monitoreo se programe durante el **4° trimestre del año.**

❖ OTRAS ACCIONES:

Cuando el municipio al que se ha realizado las acciones de incidencia y abogacía ha acompañado o participado en el proceso de evaluación y reconocimiento de las **instituciones educativas que cuentan con quioscos escolares saludables/destacados** de su jurisdicción, se deberá registrar:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código**APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Visita de evaluación conjunta de IE
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero se registra la sigla **"IE"**
- En el 2ºcasillero el número de participantes

Registro N° 120

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita de evaluación conjunta de IE	P	D	R	IE	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de daños no transmisibles	P	D	R	8	U0099
				D				Hb		R	R		P	D	R		

⇒ DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL. (4398803)

Son acciones que se realizan en la Institución educativa pública de educación básica regular nivel inicial, primario y secundario que desarrolla proyectos de aprendizaje sobre alimentación saludable, actividad física, salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión, diabetes y la exposición a metales pesados (en zonas priorizadas). La red/microred de salud, según corresponda, realizará las gestiones con la Unidad de Gestión Local – UGL para que se incluya los temas de salud en la capacitación anual dirigida a directivos y docentes.

Las acciones desarrolladas se registrarán de la siguiente manera:

FASE 1: INCIDENCIA

Esta Fase involucra acciones a desarrollar en la Institución Educativa Básica Regular por el personal de salud capacitado. Se desarrollará las siguientes acciones:

A. Informarse sobre la situación de salud de la localidad.

B. Incidencia con directivos de la institución educativa considerando la situación de salud de la localidad para incorporar intervenciones relacionadas a la prioridad sanitaria local en el **Plan Anual de Trabajo**.

Esta actividad se realizará como mínimo a través de **(01) reunión** (de preferencia durante el **1° trimestre**), con una duración de **60 minutos**.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP93 Actividades con Institución Educativa.**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero, colocar Actividades de Daños No Trasmisibles

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero colocar las siguientes siglas:

→ **UGL=** Si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
→ **IE=** Si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

Registro N° 121

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	D	R	10	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	D	R	UGL	U0099
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
→ El número de reunión es de**01 al año**, es importante que durante esta reunión se realice las acciones que se indica en el contenido **A y B**.
→ Registre la **sigla según corresponda,** en el ejemplo mostrado la sigla **"UGL"** indica que la reunión se está realizando con la UGEL**.**

Tener en cuenta que:

- ✓ Si el Plan Anual de Trabajo Aprobado de la IE ha incorporado acciones de salud deberá colocar **"PAT"** (Plan Aprobado) en el 1º casillero del campo Lab.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código**APP93Actividades con Institución Educativa.**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero se registrará la sigla **"PAT" (Plan Aprobado)**

Registro N° 122

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	X	R	PAT	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	X	R		U0099
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

FASE 2: CAPACITACIÓN

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas para el cuidado de la salud. Esta actividad es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad.

<u>Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:</u>

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2º casillero colocar Daños no transmisibles (U0099)

  *Si es un taller relacionada a exposición a metales pesados se colocará: Actividades de Metales Pesados (U0010)

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número taller que se desarrolla (1, 2 o 3); al **<u>concluirse</u>** el módulo/ cartilla educativa registrar de la siguiente manera:
  - **IN** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Inicial
  - **TP** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - **TE** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial

- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del módulo educativo en el cual se capacito, por ejemplo:
  - **ALI =**Módulo Educativo de Alimentación Saludable
  - **LMA=**Módulo Educativo de Lavado de Manos
  - **SBU =**Módulo Educativo de Salud Bucal
  - **SO =**Módulo Educativo de Salud Ocular
  - **AF =**Módulo Educativo de Actividad Física
  - **SVI =**Módulo Educativo de Seguridad Vial
  - **CMP =** Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados. (Cartilla Educativa de promoción de prácticas saludables y factores protectores frente a la exposición a metales pesados para docentes)

Registro N° 123 **EJEMPLO 1:**

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	D	R	2	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	D	R	25	U0099
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	SVI	

RECUERDE: El número de talleres desarrollados dependerá de los talleres que se requiera para el término del módulo, *por ejemplo:* Si para concluir con un módulo educativo el personal de salud considera necesario realizar 03 talleres, SOLO cuando termine de realizar el tercer (3°) taller registrará la sigla correspondiente **(IN/TP/TS/TE)** indicando el nivel de la institución educativa, antes de ello solo registrará el número del taller tal como lo indica el **ejemplo 1**. La duración de esta actividad es de **45 minutos por cada taller**.

Registro N° 124 EJEMPLO 2: **CAPACITACIÓN EN METALES PESADOS**

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / **CENTRO POBLADO (*)**	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	D	R	TP	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Metales pesados	P	D	R	25	U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	CMP	

En el ejemplo 2: Identifica que el taller se realizó referente al tema de **Metales Pesados** utilizando la "Cartilla Educativa de promoción de prácticas saludables y factores protectores frente a la exposición a metales pesados para docentes", en el ejemplo se registra las siglas **"TP"** que indica el término de la cartilla educativa en IE del nivel Primaria. La duración de esta actividad es de **45 minutos por cada taller**.

Registro N° 125

EJEMPLO 3:

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	~~D~~	R	TP	C0005
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	25	U0099
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	SVI	

En el **ejemplo 3**: Se registra la sigla **"TP",** indicando que se concluyó con la capacitación del módulo educativo en IE del nivel Primaria.

RECUERDE: Registrar la sigla correspondiente al Módulo educativo del cual se realizó la capacitación, tal como se observa en el ejemplo 1 y el ejemplo 3, donde en ambos casos indica que se capacito en el Módulo Educativo de seguridad vial **(SVI).** La duración de esta actividad es de **45 minutos por cada taller**.

FASE 3: ASISTENCIA TÉCNICA

Esta fase consiste en brindar asistencia técnica a los docentes en los temas de salud priorizados para la implementación de los proyectos/sesiones de aprendizaje que contribuyan a la disminución de las enfermedades no trasmisibles.

Esta actividad se realizará a través de **(02) Asistencias Técnicas al año**, con una duración de **60 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP144 Actividades con Docentes**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1ºcasillero Asistencia Técnica
- Enel2ºcasillero Actividades de Daños No Transmisibles

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1ºcasillero número de Asistencia Técnica
- En el 2ºcasillero el número de participantes
- En el 3ºcasillero el Módulo educativo en el cual se brindó la asistencia técnica:
  - **ALI =**Módulo Educativo de Alimentación Saludable
  - **LMA=**Módulo Educativo de Lavado de Manos
  - **SBU =**Módulo Educativo de Salud Bucal
  - **SO =**Módulo Educativo de Salud Ocular
  - **AF =**Módulo Educativo de Actividad Física
  - **SVI =**Módulo Educativo de Seguridad Vial
  - **CMP =** Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados.(Cartilla Educativa de promoción de prácticas saludables y factores protectores frente a la exposición a metales pesados para docentes)

Registro N° 126

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	~~D~~	R	2	C7004
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	10	U0099
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	SVI	

FASE 4: EVALUACIÓN

Durante esta Fase de evaluación el personal de salud encargado realizara la evaluación de la implementación de los proyectos de aprendizaje.Esta actividad se realizara a través de **(01) reunión de evaluación al año** (de preferencia durante el último trimestre) con una duración de **60 minutos**.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el**APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero: Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero: Actividades de daños no transmisibles

  *Si es una sesión relacionada a la exposición a metales pesado se colocará: Actividades de Metales Pesados **= U0010**

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: Se registrará la sigla que corresponda a la temática de del proyecto de aprendizaje.

  → **ALI =**Alimentación Saludable
  → **LMA=** Lavado de manos
  → **SBU =** Salud Bucal
  → **SO =** Salud Ocular
  → **AF =** Actividad Física
  → **SVI =** Seguridad Vial
  → **CMP =** Exposición a Metales Pesados

- En el 2º casillero registrar según corresponda:

  → **1=** Cuando el proyecto de aprendizaje logro ser implementado.
  → **2=** Cuando el proyecto de aprendizaje no logro ser implementado.

Registro N° 127

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de evaluación	P	~~D~~	R	SVI	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de daños no transmisibles	P	~~D~~	R	1	U0099
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:

→ El número de reuniones de evaluación será de **01 reunión al año durante el (4°) cuarto trimestre.**

→ El ***TRAZADOR*** para esta actividad es el **número dos (1)**, el cual indica que **se logró la implementación de proyectos de aprendizaje**. En el caso que durante la fase de evaluación no se logró implementar el proyecto de aprendizaje se colocara el **número**

⇒ ORGANIZACIONES COMUNITARIAS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCION DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS (4398804)

Son las organizaciones comunitarias adscritas al Gobierno Local que cuenten o no con Agentes Comunitarios de la Salud y/o voluntarios, capacitado sobre las consecuencias en la salud de la población expuesta a la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos en el territorio (municipio) para el desarrollo de la vigilancia comunitaria, dirigidas a mejorar las condiciones del entorno.

La modalidad de entrega de este servicio es a través de:

→ Reuniones con el Gobierno Local.
→ Talleres de capacitación.
→ Seguimiento a las acciones de vigilancia comunitaria.

Dichas actividades se realizan en locales comunales, salas municipales u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.

FASE 1: PLANIFICACIÓN

Esta Fase de planificación se desarrolla a través de mínimamente 04 **reuniones al año**, con una duración de **60 minutos cada una** a cargo del personal de salud capacitado. Se realizará las siguientes acciones:

1. Identificación y priorización de comunidades en riesgo para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.
2. Socialización con el gobierno local sobre zonas de riesgo y el impacto en la salud por exposición a la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión
- En el 2º casillero el número de comunidades priorizadas, si es que corresponde.

Registro N° 128

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en municipios	P	X	R	3	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de metales pesados	P	X	R	1	U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE: Esta actividad requiere mínimamente de **cuatro (04) reuniones al año**, el número de reuniones podrá ser **más de cuatro (4)** de acuerdo al criterio que considere necesario el personal de salud para el cumplimiento del objetivo. La duración de cada reunión será de **aproximadamente 60 minutos.**

FASE 2: ORGANIZACIÓN

Esta Fase de organización se desarrolla a través de un mínimo de **03 reuniones al año**, con una duración de **60 minutos cada una** a cargo del personal de salud capacitado. Se realizará la siguiente actividad:

A. Identificación de organizaciones comunitarias con base en el padrón del gobierno local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de Salud considerando las zonas de riesgo detectadas.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código**APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Reunión en Municipios
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:
- En el 1° casillero el número de reuniones
- En el 2º casillero el número de organizaciones participantes
- En el 3º casillero la fase del proceso **"FO"** para indicar **Fase de organización**

Registro N° 129

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión en municipios	P	~~D~~	R	3	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de metales pesados	P	~~D~~	R	5	U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FO	

RECUERDE:
⇒ Esta actividad requiere un mínimo de **tres (03) reuniones al año**, el número de reuniones podrá ser **más de tres (3)** siempre y cuando considere necesario el personal de salud para el cumplimiento del objetivo. La duración de cada reunión será de **aproximadamente 60 minutos cada una.**
⇒ Registrar la fase del proceso, así como se indica en el ejemplo **(FO).**

FASE 3: ASISTENCIA TÉCNICA

Durante esta Fase se coordinará con el gobierno local el proceso de asistencia técnica y acompañamiento en la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria (contenidos claves, instrumentos y metodologías). De ser el caso, la Red/MR articulará las acciones con el establecimiento de salud de la zona.

Esta actividad se realizará a través de **(02) Asistencias Técnicas al año**, con una duración de **45 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código**APP108 Actividad en comunidad**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
- En el 2º casillero Vigilancia de metales pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de asistencia técnica
- En el 1º casillero el número de organizaciones participantes

Registro N° 130

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia Técnica	P	X	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Vigilancia en metales pesados	P	X	R	5	C6121
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
Para el tema de metales pesados se ha considerado el **APP108** para registrar el taller de municipios dirigido a juntas vecinales, organizaciones comunitarias y agentes comunitarias en salud. Esta actividad puede realizarse a través de **un (02) asistencias técnicas**, con una duración de **45 minutos cada una.**

FASE 4: MONITOREO

Esta Fase involucra el **Reporte trimestral** de la vigilancia comunitaria a la municipalidad y Red/MR. Se realizará a través de **(04) reuniones de monitoreo al año**, con una duración de **45 minutos** cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código**APP108 Actividad en comunidad**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1, 2, 3, 4 Según corresponda

Registro N° 131

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de monitoreo	P	X	R	4	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de metales pesados	P	X	R		U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
→ El número de reuniones de monitoreo podrán ser hasta un número de **04 reuniones** de monitoreo al año. La duración de esta actividad es de **45 minutos cada monitoreo.**
→ De preferencia se realizará un monitoreo en **cada trimestre del año.**

Se realizará a través de **(01) reuniones de evaluación al año**, con una duración de **60 minutos**.

Cuando se haya entregado el informe final al gobierno local se deberá incluir:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código**APP108 Actividad en comunidad**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Metales Pesados

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número 1, **que representa entrega del informe**, en caso no se entrega se deja en blanco

Registro N° 132

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de evaluación	P	~~D~~	R	1	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de metales pesados	P	~~D~~	R		U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE: En el caso de la **REUNIÓN DE EVALUACION** se realizará únicamente **una (01) reunión**, esta se realizará siempre y cuando previamente se haya realizado acciones previamente establecidas. La duración de esta reunión será de **aproximadamente 60 minutos.**

PP 024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS. (3000361)

	ACTIVIDADES	Pág.
	CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CANCER EN FAMILIAS (5005998).	
1	Funcionarios municipales sensibilizados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	**118**
2	Docentes capacitados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	**122**

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS CÁNCER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0086	Actividades de prevención del cáncer
	SESIONES
C0009	Sesión educativa
C0010	Sesión demostrativa
	GESTIÓN
C0001	Reunión en Municipio
C7001	Reunión de monitoreo
C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C7003	Reunión o visita de evaluación
C7004	Asistencia Técnica
	TALLERES
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C0004	Taller con Municipios

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	APP
APP101	Actividad con Municipios
APP96	Actividades con Comité Multisectorial
APP136	Familia y vivienda
APP93	Actividad con Institución Educativa
APP144	Actividad con Docentes
APP146	Actividad con Padres de Familia
	CAMPO LAB
PP	Planificación participativa
COO	Reunión de Coordinación
TA	Tabaco y alcohol/ Módulo educativo
HIG	Higiene y cuidado ambiente/ Módulo educativo
SSI	Salud sexual y reproductiva
UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
IE	Institución Educativa

FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS (3000361).

Definición. -Se refiere a aquellas familias ubicadas en distritos priorizados que reciben sesiones educativas en prácticas saludables que contribuyan al bienestar de sus miembros y a la prevención de cáncer; motivo por el cual el personal de salud realiza acciones de incidencia y asistencia técnica a actores sociales, funcionarios municipales, así como a directivos y docentes de instituciones educativas, con quienes establecen acuerdos para implementar diversas acciones, entre ellas que los actores sociales convoquen a las familias que recibirán las sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud. Las sesiones educativas se realizan en locales comunitarios, locales municipales, en instituciones educativas u otros, que se determinen de manera conjunta con los actores sociales comprometidos. Para su desarrollo la DIRESA/GERESA define distritos priorizados en reunión de consenso, realizada con representantes de Epidemiología, Promoción de la Salud y Control y Prevención del Cáncer o quienes hagan sus veces. Luego el personal de Promoción de la Salud coordina con los funcionarios de las municipalidades priorizadas para elaboración de un plan conjunto para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuya a la prevención del cáncer; asimismo realiza incidencia ante el personal directivo y docentes para que, desde las instituciones educativas se desarrollen acciones que contribuyan a la protección de la salud y a la reducción del cáncer; en ambos casos se consideran los siguientes temas:

1. Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco)
2. Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol)
3. Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos)
4. Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata)

El plan en mención contiene el desarrollo de capacitaciones a actores sociales priorizados para este tema: funcionarios municipales y docentes de instituciones educativas; además de actividades concertadas con la municipalidad acorde al tipo de cáncer de mayor frecuencia en el distrito.

FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (0215071).

FASE 1: COORDINACIÓN

El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificados y logra compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer y la asignación presupuestal al PP 024.

Se desarrollarán al **menos 02 reuniones de coordinación durante el año** (La primera reunión se desarrollará en el 1° trimestre), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el ítem Actividad de salud:

- En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios
- En el 2° casillero colocar Actividades de prevención del cáncer

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3° casillero la sigla **“COO”** para indicar la reunión de coordinación.

Registro N° 133

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en municipios	P	~~D~~	R	1	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	~~D~~	R	15	U0086
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	COO	

RECUERDE:
Registrar la sigla **"COO"**, esta indica que se está en la **fase de coordinación**, tal como se muestra en el ejemplo.

FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA

Se brindará asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrolla con el comité multisectorial instalado por la municipalidad e incluye:

- ⇒ 1°Sectorización del distrito.
- ⇒ 2°Mapeo de las organizaciones sociales de base e instituciones educativas.
- ⇒ 3°Desarrollo de políticas públicas o intervenciones dirigidas a reducir el consumo de tabaco, consumo de alcohol, exposición solar, infección por el VPH.
- ⇒ 4°Programación de la capacitación de las organizaciones sociales de base adscritas al municipio.

Se desarrollarán al **menos 02 asistencias técnicas** durante el año, la duración para cada asistencia técnica será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Actividad de salud:

- En el 1° casillero colocar Asistencia Técnica
- En el 2° casillero colocar Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller 1 o 2
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 134

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12														
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia Técnica	P	D	R	2	C7004
					M				TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	D	R	13	U0086
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

FASE 3: SESIONES EDUCATIVAS

Sesiones educativas dirigidas a familias (representadas por un miembro o más) de los comités de vasos de leche y/o comedores populares) convocados por la municipalidad y desarrollados por el personal de salud. Cada sesión educativa tiene una duración de **40 minutos cada una** y participan **hasta 30 personas**. Las familias pueden recibir hasta cuatro (4) sesiones considerando los siguientes temas **(el orden de las sesiones es referencial):**

- ⇒ 1° Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco); y reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).
- ⇒ 2° Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- ⇒ 3° Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia.**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de prevención del cáncer

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero, las siglas del tema a trabajar
  - **TA**= Tabaco y alcohol.
  - **HIG**= Higiene y cuidado del ambiente (exposición solar, desinfección de agua y alimentos).
  - **SSI**= Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama).

Registro N° 135

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maria Castro Torres										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	09865765		Tarapoto	50	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	TA	C0009
								TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	D	R		U0086
	1528	49			F	Pab											
					D			Hb		R	R	3.	P	D	R		

RECUERDE:
→ Se registrará en el HIS el DNI de un representante por familia.

Sesión educativa en Tabaco y alcohol. Ó **Sesión educativa en Higiene y cuidado del ambiente** Ó **Sesión educativa en Salud sexual y reproductiva** Ó **Sesión educativa en Organización Comunitaria** = ***Familia Participante***

Sesión educativa en Tabaco y alcohol. + **Sesión educativa en Higiene y cuidado del ambiente** + **Sesión educativa en Salud sexual y reproductiva** + **Sesión educativa en Organización Comunitaria** = ***Familia Capacitada***

FASE 4: MONITOREO

Se monitoriza las acciones del plan de promoción de prácticas y generación de entornos saludables frente al cáncer. Se desarrollan dos reuniones (una semestral y otra anual) y participan los funcionarios de la municipalidad en coordinación con el personal de la red o microred de salud y representantes de las instituciones involucradas en el comité multisectorial.

Se desarrollarán al **menos 02 reuniones de monitoreo** durante el año, la duración para cada monitoreo será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial.**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D".
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero escribir reunión de monitoreo y su código.
- En el 2º casillero Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión de monitoreo 1 o 2.

Registro N° 136

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP96		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de monitoreo	P	X	R	2	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	X	R		U0086
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (0215072).

FASE 1: COORDINACIÓN Y/O CONCERTACIÓN

Los representantes de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud según corresponda, en reunión con autoridades y/o funcionarios de la Dirección Regional de Educación y/o UGL, socializan la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificado y logran compromisos de asistencia técnica a docentes para el acompañamiento en la inclusión de contenidos sobre el cáncer en el Plan Anual de Trabajo y el desarrollo de sesiones educativas y/o proyectos de aprendizaje.
Se desarrollarán al **menos 02 reuniones de coordinación** durante el año (preferentemente durante el 1° trimestre), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Institución Educativa.**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero colocar: Reunión en Instituciones Educativas y su código.
- En el 2º casillero colocar: Actividades de prevención del cáncer y su código.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:
- En el 1º casillero colocar el número de reunión.
- En el 2° casillero escribir el número de participantes.
- En el 3º casillero colocar con quien se realiza la reunión:

- **UGL**= Si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
- **IE**= Si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE.

Registro N° 137

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	X	R	1	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	X	R	3	U0086
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	IE	

RECUERDE: Registrar las "UGL" o "IE" para indicar con quien se realiza la reunión, tal como se muestra en el ejemplo anterior.

FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA

Se realizará la asistencia técnica a docentes para la implementación de los proyectos de aprendizaje que contribuyan a la disminución del **cáncer (al menos 02 talleres de dos horas de duración cada una)**, pudiendo elegir entre los siguientes temas

- → Consumo y exposición al tabaco y alcohol.
- → Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos)
- → Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).
- → Riesgos a cáncer ocupacional.

<u>Para registrar los talleres dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:</u>

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el Código **APP144 Actividades con Docentes.**

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

- En el 1º casillero: Taller para Instituciones Educativas y su código.
- En el 2º casillero: Actividades de Prevención del Cáncer y su código.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller, 1 o 2 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3° casillero las siglas del módulo/cartilla educativa en el cual se capacitó, por ejemplo:
  - **TA=** Control de tabaco y alcohol.
  - **HIG=** Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
  - **SSI=** Salud sexual y reproductiva (VPH, mamas y próstata).

Registro N° 138

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	~~D~~	R	1	C0005
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	~~D~~	R	23	U0086
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	HIG	

RECUERDE: Registrar la sigla correspondiente al tema a trabajar, como se observa en el ejemplo anterior donde la sigla "**HIG**" indica que se trabajó el tema de Higiene y cuidado del ambiente.

FASE 3: SESIONES EDUCATIVAS A PADRES DE FAMILIA DE APAFA

Convocados por docentes de instituciones educativas priorizadas en articulación con el personal de salud. Cada sesión educativa presenta una **duración de 40 minutos** y pueden participar **hasta 30 personas**. Las familias pueden recibir hasta tres (3) sesiones educativas considerando los siguientes temas (el orden de las sesiones es referencial):

- Consumo de Tabaco y alcohol.
- Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP146 Actividades con Padres.**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero: Sesión educativa
- En el 2º casillero: Actividades de prevención del cáncer

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de sesión educativa 1, 2, 3
- En el 2º casillero registre número familias participantes
- En el 3º casillero registre según corresponda
  - **TA=** Tabaco y alcohol.
  - **HIG=** Higiene y cuidados del ambiente (exposición solar y desinfección de agua y alimentos).
  - **SSI=** Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama)

Registro N° 139-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____															
15	APP146		Tarapoto	A	M	PC	PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	X	R	1	C0009
				M	F	Pab	TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	X	R	5	U0086
				D			Hb		R	R	3.	P	D	R	TA	

Registro N° 139-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____															
22	APP146		Tarapoto	A	M	PC	PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	X	R	2	C0009
				M	F	Pab	TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	X	R	5	U0086
				D			Hb		R	R	3.	P	D	R	HIG	

FASE 4: EVALUACIÓN

En esta fase se desarrollará la reunión de evaluación a la implementación del Plan Anual de Trabajo de la institución educativa. Se brindará una **(1) reunión de evaluación al año**, con una duración de **60 minutos (preferentemente programar la reunión de evaluación para el último trimestre del año)**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el CÓDIGO **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero: Reunión de evaluación
- En el 2º casillero: Actividades de prevención del cáncer

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero: el número de alumnos participantes del proyecto o sesión educativa.
- En el 2° casillero: las siglas del módulo/cartilla educativa en el cual se capacitó:
  - **TA=** Tabaco y alcohol.
  - **HIG=** Higiene y ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
  - **SSI=** Salud sexual y reproductiva (VPH – Mama y próstata)

Registro N° 140

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de evaluación	P	X	R	20	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de prevención del Cáncer	P	X	R	SSI	U0086
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)

	ACTIVIDADES	Pág.
	ACTIVIDAD 1: PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CON GESTANTES, PUERPERAS Y/O CON MENORES DE 5 AÑOS (5006070)	
1	Visitas domiciliarias a familias para promover prácticas de convivencia saludable. (0070601)	**128**
	ACTIVIDAD 2: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE. (5006071)	
2	Consejo Municipal y Comité Multisectorial capacitados promueven la implementación del sistema de vigilancia ciudadana y los grupos de apoyo a víctimas de violencia física causada por la pareja. (0070602)	**134**
3	Mujeres de organizaciones sociales capacitadas realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja. (0070603)	**136**
4	Docentes y Padres de Familia Capacitados promueven la Convivencia Saludable desde la Institución Educativa. (0070603)	**136**

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS SM

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0066	Actividad en salud mental
	CONSEJERIA
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo
C0011	Visita Familiar Integral
99401	Consejería integral
	GESTIÓN
C0001	Reunión en Municipio
C7003	Reunión de Evaluación
C0003	Reunión en Comunidad
C7001	Reunión de Monitoreo
C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C7004	Asistencia Técnica
	TALLER
C0005	Taller para Instituciones Educativas
C0004	Taller con Municipios
C0006	Taller para la Comunidad
C0011	Visita Familiar Integral

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	APP
APP101	Actividad con Municipios
APP96	Actividad con Comité Multisectorial
APP108	Actividad en Comunidad
APP151	Actividad con Mujeres
APP93	Actividad con Institución Educativa
APP144	Actividad con Docentes
APP146	Actividad con Padres de familia
	CAMPO LAB
COO	Coordinación/ Concertación
PP	Planificación participativa
FSE	Fase de sensibilización
VCO	Vigilancia Comunitaria
UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
IE	Institución Educativa
IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
TP	Modulo terminado en IE nivel primario
TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
TE	Módulo terminado en IE nivel especial

PRODUCTO: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)

Definición. -Se interviene en aquellas familias con madres gestantes, puérperas y/o con niños menores de cinco años. Estas familias reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos sobre convivencia saludable. Los contenidos pueden variar, según la característica de cada familia, así por ejemplo: en gestantes se abordará la aceptación y pensamientos positivos del embarazo, el rol de padres y los vínculos afectivos; en familias con menores de un año se abordará aspectos sobre el cuidado psicoactivo para prevenir la depresión post parto, y buenas prácticas de crianza; entre el primer y segundo año se abordarán las formas para el establecimientos de límites y la gestión de las emociones; entre los dos y cinco años se abordarán los temas sobre la construcción de la identidad, de la autonomía, el autocuidado, la comunicación asertiva y desarrollo de capacidades de afrontamiento. El personal de salud capacitado realiza las consejerías, a través de visitas domiciliarías.

VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE CONVIVENCIA SALUDABLE. (0070601)

Para ello se desarrollarán tres (3) consejerías a través de visitas familiares integrales a **familias con gestantes** y ocho (8) consejerías a través de visitas familiares integrales a **familias con menores de cinco años**, según se indica. En el caso de que la comunidad cuente con local comunal u otro espacio de la comunidad, las consejerías podrán brindarse en esos espacios.

Consejería a familias con gestantes: Se brindará tres (3) consejerías de 45 minutos cada una, la temática de cada consejería dependerá del trimestre de gestación en la que se encuentre la gestante, como se presenta a continuación:

- **Primera Consejería:** Se realiza al inicio de la gestación, a fin de afirmar la aceptación del embarazo.
- **Segunda Consejería:** Se realiza entre las semanas 16 y 22 de gestación, a fin de fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- **Tercera Consejería:** Se realiza en las semanas 36 y 38 de gestación, a fin de orientar el cuidado psicoafectivo con énfasis en el vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:
En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre de gestación 1, 2 o 3, según corresponda
- En el 2º casillero el número de consejería 1, 2 o 3 según corresponda

Registro N° 141

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Lisbeth Ramos Pillaca													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____		
	85256598		Huamanga	29	A	M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	3	Z359
					M				TALLA		C	C	2. Consejería integral	P	D	R	3	99401
	12563	40			D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	D	R		U0066

RECUERDE: El **trazador** para esta actividad es la **3° consejería en gestantes.**

Consejería a familias con niños menores de 5 años: A través de la visita familiar integral se brindará ocho (8) consejerías de 45 minutos cada una, la temática de cada consejería dependerá de la edad del niño(a), como se presenta a continuación:

- **1° visita familiar integral a los 7 días después del parto:** Consejería en Fortalecimiento del cuidado psicoafectivo y prevención de la depresión post parto.
- **2° visita familiar integral entre los 2 y 6 meses:** Consejería en Orientación en buenas prácticas de crianza.
- **3° visita familiar integral entre los 7 y 12 meses:** Consejería en Orientación en establecimientos de límites.
- **4° visita familiar integral entre los 13 y 18 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en gestión de las emociones.
- **5° visita familiar integral entre los 19 y 24 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la identidad.
- **6° visita familiar integral entre los 25 y 36 meses:** Consejería en Compartir orientaciones en construcción de la autonomía y el autocuidado.
- **7° visita familiar integral entre los 37 y 48 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego.
- **8° visita familiar integral entre los 49 a 60 meses:** Consejería en Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento-resolución de conflictos.

El orden de las visitas **es referencial,** así, por ejemplo:
Si un niño(a) tiene **22 meses** de edad le correspondería recibir orientación en temas referente a la construcción de la identidad.
RECUERDE: El tema a abordar será el correspondiente a la edad del niño(a), tal como se menciona en el ejemplo anterior.

Para las consejerías a familias con niños menores de 5 años se considerará como actividad cumplida cuando se cumpla con los siguientes parámetros:

NIÑO(A) HASTA EL 1 AÑO DE EDAD = Familias con Conocimiento en Pautas de crianza

Cumplir con la **1°, 2° y 3°** visita familiar integral, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el primer año de edad.

1° visita familiar integral a los 7 días después del parto: + **2° visita familiar integral entre los 2 y 6 meses** + **3° visita familiar integral entre los 7 y 12 meses** = ***Familias con Conocimiento en Pautas de crianza***

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
- En el 2° casillero Visita familiar integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de consejería integral (1,2 ó 3)
- En el 2° casillero registre el número de visita familiar integral, según detalle:
  - **1 =** Primera visita (7 días después del parto)
  - **2=** Segunda visita (entre los 2 y 6 meses)
  - **3=** Tercera visita (entre los 7 y 12 meses)

Registro N° 142

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Claudia Castro Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84753447		Sechura	11m	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	X D	R	3	99401
					X M				TALLA		X C	X C	2.Visita familiar integral	P	X D	R	3	C0011
	91821	40				X F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	X D	R		U0066

NIÑO(A) HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **4° y 5°** visita familiar integral, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el segundo año de edad.

4° visita familiar integral entre los 13 y 18 meses. + **5° visita familiar integral entre los 19 y 24 meses** = ***Familias con Conocimiento en emociones e identidad***

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño(a)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
- En el 2° casillero Visita familiar integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de consejería integral (4 ó 5)
- En el 2° casillero registre el número de visita familiar integral, según detalle:

- **4 =** Cuarta visita (entre los 13 y 18 meses)
- **5=** Quinta visita (entre los 19 y 24 meses)

Registro N° 143

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Julián Soto Jacay										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	74753447		El Agustino	19m	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	5	99401
					M				TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	5	C0011
	63821	56			D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	D	R		U0066

NIÑO(A) HASTA LOS 03 AÑOS DE EDAD = Familias con Conocimientos en emociones e identidad.

Cumplir con la **6°** visita familiar integral, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el tercer año de edad.

6° visita familiar integral entre los 25 y 36 meses = ***Familias con Conocimiento en Autonomía y Autocuidado***

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
- En el 2° casillero Visita familiar integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de consejería integral
- En el 2° casillero registre el número de visita familiar integral, según detalle:
  - **6 =** Sexta visita (entre los 25 y 36 meses)

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Michael Ramos Castro										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	7475344		El Agustino	25m	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	6	99401
					M				TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	6	C0011
	63824	56			D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	D	R		U0066

Registro N° 144

NIÑO(A) MENOR DE 4 AÑOS = Familias con Conocimiento en comunicación asertiva

Cumplir con la **7°** visita familiar integral, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el cuarto año de edad.

7° visita familiar integral entre los 37 y 48 meses = ***Familias con Conocimiento en comunicación asertiva.***

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
- En el 2° casillero Visita familiar integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de consejería integral
- En el 2° casillero registre el número de visita familiar integral, según detalle:
  - **7 =** Séptima visita (entre los 37 y 48 meses)

Registro N° 145

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosario Llerena Días										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	78589632		El Agustino	37m	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	7	99401
					M				TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	7	C0011
	63877	57			D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	D	R		U0066

NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS = Familias con Conocimiento en habilidades de afrontamiento.

Cumplir con la **8°** visita familiar integral, desarrollándose en familias que dentro de sus miembros exista uno o más niños(as) hasta el quinto año de edad

8° visita familiar integral entre los 49 a 60 meses	=	***Familias con Conocimiento en habilidades de afrontamiento***

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:

- En el 1º casillero Consejería integral
- En el 2° casillero Visita familiar integral
- En el 2º casillero Actividad en Salud Mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de consejería integral
- En el 2° casillero registre el número de visita familiar integral, según detalle:
  - **8 =** Cuarta visita (**entre los 49 a 60 meses**)

Registro N° 146

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosario Llerena Días								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____							
	78589632		El Agustino	59m	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	8	99401
					M				TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	8	C0011
	63877	57				F	Pab											
					D				Hb		R	R	3.Actividad en salud mental	P	D	R		U0066

CONSEJO MUNICIPAL Y COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADOS PROMUEVEN LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA CUIDADANA Y LOS GRUPOS DE APOYO A VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA. (0070602)

Se realiza a través de reuniones de trabajo desarrolladas por el personal de la Red/MR de salud según corresponda; quien se reúne previamente con el equipo de gestión para consensuar e integrar la información relacionada a la violencia familiar, la que será socializada; esta reunión dura al menos una hora. Luego brinda asistencia técnica al Consejo Municipal y Comité Multisectorial o quien haga sus veces, mediante reuniones que se realizan en el local de la municipalidad o local comunal, con quienes realiza las siguientes acciones:

Reunión de concertación

Se desarrolla **durante una hora** y se realiza las siguientes acciones:

- La socialización de la información consensuada, así como el impacto de la violencia en la salud y en el desarrollo humano;
- Sectorización y priorización territorial homologada entre Salud y el gobierno local;
- Identificación de las organizaciones sociales presentes en el distrito, incluye las instituciones educativas y agentes comunitarias en salud (ACS);
- Elaboración conjunta de un cronograma de acciones

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP101** de Consejo Municipal (Otras Organizaciones No Mencionadas)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En 1° casillero: Reunión en Municipios
- En 2° casillero: Actividad de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **"COO"** para indicar el tipo de reunión (reunión de concertación).

Registro N° 147

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		El Agustino	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en municipios	P	~~D~~	R	10	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	COO	U0066
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de Planificación

A fin de fomentar la participación de las organizaciones sociales para implementar el sistema de vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja. Tiene una duración una hora y realizan:

- Priorización de las organizaciones sociales presentes en el distrito, incluye las instituciones educativas

- Definición conjunta de las estrategias y acciones para fortalecer la participación de las organizaciones sociales en la vigilancia ciudadana y las acciones de las instituciones educativas para promover la convivencia saludable
- Establecimientos de responsabilidades, acuerdos y fecha de intervenciones

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP96** Comité multisectorial

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En 1° casillero: Reunión en Municipios
- En 2° casillero: Actividad de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la sigla **"PP"** para indicar planificación participativa

Registro N° 148

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP96		El Agustino		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en municipios	P	X	R	20	C0001
					M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	X	R	PP	U0066
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de Evaluación

Se desarrollará una (1) reunión de evaluación con la finalidad de garantizar la implementación de estrategias y acciones para el fortalecimiento de la participación de las organizaciones sociales. Tiene una duración (2) dos horas y realizan:

- Identificación de los logros
- Identificación de las dificultades y los nudos críticos
- Identificación de las lecciones aprendidas
- Establecimientos de acuerdos y compromisos para mejorar la gestión

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP96** Comité multisectorial

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En 1° casillero: Reunión de Evaluación
- En 2° casillero: Actividad de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 149

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____					
	APP96		El Agustino		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de evaluación	P	D	R	10	C7003
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	D	R		U0066
					D				Hb		R	R		P	D	R		

MUJERES DE ORGANIZACIONES SOCIALES CAPACITADAS REALIZAN VIGILANCIA CUIDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA. (0070603)

Se realiza a través de **sesiones educativas** desarrolladas **por el personal de salud de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda.** Para implementar estas acciones deberá identificar las organizaciones sociales, de las comunidades priorizadas. Estas actividades se realizan en el local de la comunidad, de la Red/MR de salud o la que se acuerde para tales fines. El personal del establecimiento de salud realizará:

Incidencia

Se desarrollará acciones de incidencia ante las organizaciones comunitarias para la implementación de la vigilancia comunitaria y conformación de grupos de apoyo. Una reunión de 45 minutos

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP108 Actividad en comunidad**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Reunión en comunidad
- En segundo casillero: Actividad de salud mental

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso **“FSE”** para indicar Fase de Sensibilización

Registro N° 150

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Pucara		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en comunidad	P	~~D~~	R	10	C0003
					M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud menta	P	~~D~~	R	FSE	U0066
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

Sesiones Educativas

Sesiones Educativas dirigidas a mujeres líderes de las organizaciones sociales y conformación conjunta del sistema de vigilancia comunitaria, incluye los grupos de apoyo a mujeres víctimas de violencia por parte de pareja. **La actividad se llevará a cabo a través de un taller con una duración de 90 minutos.**

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE **APP151 de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambas
En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Taller para la comunidad
- En segundo casillero: Actividad de salud mental
- En el 1º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 2º casillero el tipo de taller **"VCO"** para indicar vigilancia comunitaria

Registro N° 151

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP151		Pucara		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para la comunidad	P	~~D~~	R	10	C0006
					M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	VCO	U0066
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

Reunión de Monitoreo

Esta actividad se desarrolla de manera conjunta entre el personal de salud de la Red/MR o establecimientos de salud (*según corresponda*) y mujeres líderes de las organizaciones sociales (*previamente capacitadas*), en un local comunal u otro espacio de la comunidad. Consiste en verificar el avance del cumplimiento de las acciones asumidas a favor de la reducción de la violencia física a las mujeres causada por la pareja, con la finalidad de detectar oportunamente, deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste a las intervenciones programadas. Tiene una duración de una (1) hora.

El monitoreo se realizará a través de reuniones de una (1) hora cada una y será de la siguiente manera:

- **(1°) Primera reunión de monitoreo:** Una reunión para conocer el registro de familias vulnerables, en la cual se identifican las mujeres y niños de la comunidad víctimas de violencia, y elaborar el cronograma de acciones. **Tiene una duración de 1 hora**

- **(2°) Segunda y (3°) tercera reunión de monitoreo:** Dos reuniones de acompañamiento a las líderes, incluye a los grupos de apoyo, quienes presentan sus casos y estrategias empleadas. **Cada reunión tiene una duración de 1 hora como mínimo.**

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE **APP151** de Actividad con Mujeres (Madres Guías de Grupos de Apoyo)
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambas
En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:
- En 1º casillero: Reunión de monitoreo
- En 2º casillero: Actividad de salud mental

En el ítem: Lab, anote:
- En el 1º casillero anote el número de reunión de monitoreo 1, 2 o 3 según corresponda
- En el 2º casillero anote el número de mujeres que participan en la reunión

Registro N° 152

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP151		Pucara	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	3	C0006
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	10	U0066
				D				Hb		R	R		P	D	R		

DOCENTE Y PADRES DE FAMILIA CAPACITADOS PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE DESDE LA INTITUCION EDUCATIVA (0070603)

Se realiza a través de reuniones de asistencia técnica desarrolladas por el personal de salud de la Micro Red, con el acompañamiento del coordinador responsable de Promoción de la salud de la Red de salud según corresponda, quien realizará:

- Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local – UGEL, para la programación conjunta con de la hoja de ruta para la capacitación en su ámbito, dirigida a docentes y directivos. Se realiza en una reunión de 45 minutos.
- Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación inicial, en los temas: establecimiento de límites y comunicación asertiva. Se realiza en un taller de 4 horas.
- Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primaria, en los temas: gestión de las emociones, empatía y el autocuidado. Se realiza en un taller de 4 horas.
- Capacitación a tutores y directivos de instituciones educativas del nivel de educación secundaria, en los temas: habilidades para la vida y habilidades de afrontamiento la capacidad de recuperación y el autocuidado. Se realiza en un taller de 4 horas.

Estas actividades se realizan en el local de la UGEL o la que se designe para tales fines. El personal del Establecimiento de Salud, realizará:

ACCIONES CON LA UGEL

Reunión con la UGEL:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el1º casillero colocar Reunión en Institución educativa comunidad.
- En el 2ºcasillero, colocar Actividad de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registre según corresponda:
  - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero la sigla "**UGL**"

Registro N° 153

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 93		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reuniòn en Institución educativa	P	~~D~~	R	TP	C0002
					M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	15	U0066
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	UGL	

Capacitación con Docentes, Tutores y Directivos:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el1º casillero colocar Taller para Instituciones Educativas
- En el 2ºcasillero, colocar Actividad de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D

En el ítem Lab se registrará:

- En 1° casillero el número del Taller.
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 154

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 093		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones Educativas	P	~~D~~	R	1	C0005
					M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	15	U0066
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	TP	

ACCIONES DESARROLLADAS CON INTITUCIONES EDUCATIVAS

Incidencia a Directivos y Docentes:

Esta actividad está a cargo del personal del Establecimiento de Salud, quien hará Incidencia a los directivos y docentes capacitados por la Micro Red de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. **Se desarrollará Una reunión de 30 minutos**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP93** Actividades con instituciones educativas.

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas.
- En el 2º casillero Actividad de salud mental

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

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de reunión.
- En 2° casillero el número de participantes
- En 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - → **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
  - → **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
  - → **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 155

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 093		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	X	R	1	C0002
				M				TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	X	R	15	U0066
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	TP	

Acompañamiento al docente:

Esta actividad está a cargo del personal del Establecimiento de Salud, quien realizara el acompañamiento al docente, en la implementación de proyectos y sesiones de aprendizaje. Una reunión de 30 minutos, por cada institución educativa se acompañará al menos 2 tutores (incluye las instituciones unidocente).

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144, Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividad de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número visitas de acompañamiento 1 o 2, según corresponda
- En el 2º casillero se coloca el número de participantes.
- En el 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - → **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial
  - → **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria
  - → **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 156

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Asistencia técnica	P	X	R	1	C7004
				M				TALLA		C	C	2.Actiidad de salud mental	P	X	R	5	U0066
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	TP	

Acompañamiento al directivo:

Se desarrollará en el monitoreo pedagógico, a través de una reunión de 30 minutos. Cada institución educativa se acompañará al menos a dos (2) tutores (incluye las instituciones unidocente). Por Cada I.E. se desarrollarán 01 acompañamiento

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividad con Docentes**

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

- En el 1º casillero Monitoreo
- En el 2º casillero Actividad de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero se coloca el número de monitoreo.
- En 2° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:
  - → **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial
  - → **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria
  - → **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria

Registro N° 157

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 144		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	1	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	~~D~~	R	TS	U0066
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Capacitación a padres de familia:

Esta actividad se realiza en la Institución Educativa a través **de dos (2)sesiones**, con una duración de 2 horas cada una y se desarrollara en los tres niveles de educación: nivel inicial, nivel primario, nivel secundario. Los temas abordar en las capacitaciones a los padres de familia serán las siguientes:

- Establecimiento de límites y comunicación asertiva
- Gestión de las emociones, empatía y el autocuidado
- habilidades para la vida y habilidades de afrontamiento la capacidad de recuperación y el autocuidado

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP146 Actividades con Padres de familia**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
En el 2º casillero Actividad de salud mental
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller.
- En el 2º casillero el número de padres de familia participantes
- En 3° casillero Nivel de la IE. Donde se desarrolla la Actividad:

→ **IN=** que corresponde al nivel Inicial
→ **TP=** que corresponde al nivel Primaria
→ **TS=** que corresponde al nivel Secundaria

Registro N° 158

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP 146		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	X	R	1	C7001
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividad de salud mental	P	X	R	18	U0066
					D				Hb		R	R		P	D	R	TP	

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN PROGRAMAS PRESUPUESTALES

	ACTIVIDADES	Pág.
1	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Familias	147
2	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Instituciones Educativas	154
3	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Comunidades	163
4	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Centros Laborales	166
5	Actividades de Promoción de la Salud en escenario Municipios	180
6	Actividades de Promoción de la Salud con Personal de Salud	183

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD		CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
U0012	Actividades de Articulado Nutricional			**APP**
U0010	Actividades de Metales Pesados		APP136	Actividades Familia y Vivienda
U0098	Actividades de Salud Ocular		APP143	Actividades del Adulto Mayor
U0042	Actividades en Adulto Mayor		APP93	Actividad con Institución Educativa
U0089	Actividades de Dengue		APP107	Actividad en Centro de Expendio de Alimentos
U0075	Actividades de Chikungunya		APP144	Actividades con Docentes
U0076	Actividades de Zika		APP146	Actividades con Padres de Familia
U0103	Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Tránsito		APP149	Actividades con Manipuladores de Alimentos
U0102	Actividades de Emergencias y Desastres		APP166	Actividades con Líderes Escolares
U0101	Actividades de Promoción de la Salud		APP163	Actividades con Universidades
U0031	Actividades de Materno Neonatal		APP108	Actividad en Comunidad
U0008	Actividades de Tuberculosis		APP91	Actividad con Junta Vecinal
U0099	Actividades de Daños no Transmisibles		APP168	Actividad con Centros Laborales
U0086	Actividades de Prevención del Cáncer		APP101	Actividad con Municipio
			APP100	Actividad con Personal de Salud
	SESIONES			**GESTIÓN**
C0009	Sesión Educativa		C7003	Reunión de evaluación
C0010	Sesión Demostrativa		C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C2062	Orientación Familiar		C0003	Reunión en Comunidad
			C7001	Reunión de Monitoreo
	CONSEJERIA		C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
99401	Consejería Integral		C7004	Asistencia Técnica
C0011	Visita Familiar Integral		C0001	Reunión en Municipio
C2061	Consejería Familiar			
	TALLERES			**CAMPO LAB**
C0005	Taller para Instituciones Educativas		ALI	Alimentación Saludable/Módulo Educativo
C0004	Taller para Municipios		LMA	Lavado de manos/Módulo Educativo
C0006	Taller para la Comunidad		SBU	Salud Bucal/Módulo Educativo
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud		SO	Salud Ocular/Módulo Educativo
			FIS	Ferias integrales de salud y nutrición

	CAMPO LAB			CAMPO LAB
VR	Vivienda recuperada		LP	Logro Previsto
PDS	Promotor de Salud/Agente Comunitario de Salud		TA	Logro Destacado
ST	Trabajador de Salud		MT	Metaxénicas/Módulo Educativo
CA	Cáncer / Logro en proceso		ZOO	Zoonóticas/Módulo Educativo
IA	Logro en inicio		EMG	Emergencias y desastres/Módulo Educativo
AF	Actividad Física/Módulo Educativo		CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
SVI	Seguridad Vial/Módulo Educativo		FCO	Fase de Concertación
CMP	Contaminación Metales Pesados		FP	Fase de Planificación
IN	Módulo terminado en IE nivel primario		FAS	Fase de Asistencia Técnica
TS	Módulo terminado en IE nivel secundario		SIS	Fase de Sistematización
TE	Módulo terminado en IE nivel especial		COO	Coordinación
PP	Planificación Participativa		HA	Higiene y Ambiente
PSA	Prácticas Saludables		SSI	Salud Sexual y Reproductiva
FSE	Fase de Sensibilización		HPV	Habilidades para la Vida
CSV	Convivencia Saludable		VSX	Violencia de Género
GD	Género, Derechos e Interculturalidad		GT	Gestión Territorial

FAMILIAS

Registro de actividades para las sesiones educativas en metales pesados para la reducción de la exposición por contaminación de metales pesados.

⇒ **Sesión educativa** en prácticas saludables por exposición a metales pesados:

El personal de salud desarrolla esta actividad a través de **tres (3) sesiones educativas** con contenidos relacionados a prácticas saludables en:

1. Efectos en la salud y medios/vías de exposición a metales pesados
2. Alimentación y nutrición saludable
3. Conservación e higiene de ambientes de la vivienda.

Cada sesión educativa tendrá una **duración de 40 minutos**, realizado en cualquier espacio de la comunidad.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de DNI del participante.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- Enel1ºcasillero Sesión Educativa según corresponda
- Enel2ºcasilleroActividades en metales pesados

En el ítem Lab se registrará:

- Enel1ºcasilleroel número de sesión, según corresponda: 1, 2 o 3.

Registro N° 159

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mirtha Cupizo Sangama										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	09865765		Tarapoto	28 A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión Educativa	P	X	R	3	C0009
		8		M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de metales pesados	P	X	R		U0010
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Registro N° 160

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	09865765		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión Educativa	P	X	R	2	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de salud ocular	P	X	R		U0098
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Tener en cuenta que:

- ✓Para registrar las actividades relacionadas a salud ocular de tendrá en consideración el mismo criterio de registro individual (Actividades de Salud Ocular **= U0098) (VER EJEMPLO ANTERIOR)**
- ✓ Las sesiones educativas de exposición por metales pesados se desarrollarán en los distritos de aquellas regiones que presenten contaminación por metales pesados.

Sesiones educativas/demostrativas con personas adultas mayores que se desarrollan Círculos de la Persona Adulto Mayor*

Círculos de la Persona Adulto Mayor: Son agrupaciones u organizaciones voluntarias de personas adultas mayores que participan de manera activa a favor de la promoción de la salud, la prevención de los riesgos y daños a la salud, así como actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo y productivo para lograr un envejecimiento saludable y activo; que se desarrollan en un establecimiento de salud del primer nivel de atención u otro espacio físico como: parroquia, campos deportivos, locales comunales entre otros. Dicha actividad se registrará de la siguiente manera:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 143: actividades con persona adultas mayores**

- En el 1º casillero Sesión Educativa o Sesión Demostrativa según corresponda
- En el 2º casillero Actividades en adulto mayor

En el Ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero según corresponda:
  - **ALI =**Alimentación Saludable
  - **LMA=** Lavado de manos
  - **SBU =** Salud Bucal
  - **SO =** Salud Ocular
  - **AF =** Actividad Física
  - **SVI =** Seguridad Vial
  - **CMP =**Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados
- En el 2º casillero el número de participantes

⇒ **SESIÓN EDUCATIVA**

Registro N° 161

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP143		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión educativa	P	X	R	ALI	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades en adulto mayor	P	X	R	20	U0042
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

⇒ **SESIÓN DEMOSTRATIVA**

Registro N° 162

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP143		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
				M				TALLA		C	C	2.Actividades en adulto mayor	P	D	R	20	U0042
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Registro de actividades para acciones en Metaxénicas:

a) Intervenciones en Casas reincidentemente positivas (CRP)

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que se encuentran siempre positivas "VP" para criaderos de zancudo. La consejería está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote la dirección de la vivienda y **APP136 Actividades con Familias**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para Metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
- En el 2º casillero indicar visita familiar integral
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el motivo de la visita "VP" casas reincidentemente positivas.
- En el 2º casillero colocar el número de casas positivas visitadas en total.
- En el 3º casillero indicar el número de familias participantes.

Registro N° 163

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____					
	APP136		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	VP	99401
				M				TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	12	C0011
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividades de Dengue	P	D	R	15	U0089

b) Intervenciones en Casas cerradas (CC) y renuentes (CR)

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que sus casas se encuentran cerradas o rechazan la intervención educativa o de control. La consejería está basada en las prácticas saludables y actitud colaborativa que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio y comunidad. Puede ser realizada por personal de salud y ACS/autoridades externas (Fiscalía provincial del delito, PNP o Gobierno local)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anótela dirección de la vivienda y **APP136 Actividades con Familias**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para Metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
- En el 2º casillero indicar visita familiar integral
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el motivo de la visita VR vivienda recuperada
- En el 2º casillero colocar el número de viviendas recuperadas en la jornada.
- En el 3º casillero indicar personal que interviene: Agente comunitario **"PDS"** / Trabajador de salud **"ST".**

Registro N° 164

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP136		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Consejería integral	P	D	R	VR	99401
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Visita familiar integral	P	D	R	23	C0011
				D				Hb		R	R	3.Actividades de Dengue	P	D	R	PDS	U0089

Registro de actividades para acciones frente a lesiones externas

a) Intervenciones en establecimientos de salud relacionados a seguridad vial y cultura de tránsito

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgos de lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de lesiones por accidentes de tránsito: uso de implementos de seguridad (SRI, cinturones de seguridad y casco) y conocimiento y respeto de señales de tránsito.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136 Actividades con Familias**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Orientación familiar y su código
- En el 2º casillero Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Transito

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de participantes

Registro N° 165

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP136		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Orientación familiar	P	D	R	12	C2062
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Transito	P	D	R		U0103
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

b) Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgo de bajas temperaturas o lluvias. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de enfermarse durante estas temporadas o a las familias que han sido afectadas y ubicadas en albergues.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136 Actividades con Familias**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Orientación familiar y su código
- En el 2º casillero Actividades de emergencias y desastres

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de temática que se va a desarrollar:
  - ✓ 1= Temporada de bajas temperaturas
  - ✓ 2= Temporada de lluvias
  - ✓ 3= Familias afectadas por desastres.
- En el 2º casillero indicar el número de participantes

Registro N° 166

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP136		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1.Orientación familiar	P	~~D~~	R	1	C2062
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de emergencias y desastres	P	~~D~~	R	25	U0102
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Actividades de familias relacionadas al control y prevención del cáncer

01 Consejería: En alimentación saludable, actividad física, ambientes libres de humo de tabaco, protección a radiación ultravioleta, sexualidad responsable, lavado de manos, consumo de agua segura, vacunación relacionada a la prevención del cáncer. Estas consejerías se realizan de manera individual **durante 45 minutos**, usando los materiales disponibles para tal fin.

En la HC/ Documento de identidad DNI del jefe/a de familia

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

- En el 1º casillero Consejería familiar
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral
- En el 3º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"
En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería según corresponda.
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria según corresponda.
- En el 3º casillero "CA" para indicar actividades de cáncer.

Registro N° 167

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosa Fernández Castro										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84751247		Sechura	40	A	M	PC	X	PESO		N	N	1.Consejería familiar	P	X D	R	1	C2061
					X M				TALLA		X C	X C	2.Visita Familiar Integral	P	X D	R	1	C0011
		57				F	Pab	X										
					D				Hb	X	R	R	3.Actividades de promoción de la salud	P	X D	R	CA	U0101

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Visitas de Evaluación a Instituciones Educativas

Se refiere a la evaluación de la implementación del programa en la institución educativa considerando los niveles de logro, las variables y los componentes establecidos en la matriz de evaluación de indicadores de instituciones educativas para el desarrollo Sostenible a fin de lograr comportamientos y ambientes saludables, la visita se realizará en forma conjunta MINSA-MINEDU.

Para registrar las Visitas de Evaluación en las Instituciones Educativas se utilizará:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP93 Actividades con Colegios/Institución Educativa.**
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Evaluación Conjunta de IE
- En el 2° casillero Actividad de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab anote:

- En el 1º casillero se registrará el número de visita realizada 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero el nivel Educativo al que pertenece la I.E:

  - **IN** que corresponde IE del nivel Inicial
  - **TP** que corresponde IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde IE del nivel Secundaria

- En el 3º casillero el NIVEL DE LOGROS obtenido:

  - **IA =** En Inicio (01-40%)
  - **CA =** En Proceso (41-70%)
  - **LP =** Logro Previsto (71-90%)
  - **TA =** Logro Destacado (91-100%)

Registro N° 168

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN 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		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP93		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita de evaluación conjunta de IE	P	D	R	1	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R	TP	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	IA	

Evaluación de Quioscos Escolares

Esta actividad consiste en la medición del avance de la implementación de los Quioscos Escolares, de acuerdo al nivel de logro alcanzado. Se realizará **02 veces en el año lectivo**

- Primera evaluación: Al termino del 1er bimestre escolar
- Segunda evaluación: Al término del 3er bimestre escolar.

El responsable de la evaluación será el personal de salud del establecimiento de salud de la jurisdicción y en calidad de veedores estarán un representante de comité ambiental y un representante de la APAFA. Dicha evaluación se realizará aplicando la **Ficha de Evaluación de Quioscos Escolares (norma vigente)** y de acuerdo al nivel y logro alcanzado se le otorgará al Quiosco Escolar el banderín correspondiente.

Para registrar la Evaluación de Quioscos Escolares se utilizará:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP107 Centro de Expendio de Alimento (Quioscos Escolares)**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Visitas de Evaluación Conjunta de IE
- En el 2° casillero Actividad de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de visitas 1 ó 2 según corresponda
- En el 2º casillero el Nivel Educativo al que pertenece el quiosco:
  IN que corresponde IE del nivel Inicial
  TP que corresponde IE del nivel Primaria
  TS que corresponde IE del nivel Secundaria
- En el 3º casillero el NIVEL DE LOGROS obtenidos:
  → **IA =** En Inicio
  → **CA =** En Proceso
  → **LP =** Logro Previsto
  → **TA =** Logro Destacado

Registro N° 169

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP107		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Visita de evaluación conjunta de IE	P	~~D~~	R	2	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	TP	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	LP	

Reuniones con Padres de Familia

Definición Operacional. - Actividad que permite articular con organizaciones de Asociaciones de Padres de Familia, para el logro de objetivos comunes y potenciar las intervenciones.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP146 Actividades con Padres**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Reuniones en Instituciones Educativas
- En el 2° casillero Actividad de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab se registrará:
- En el 1º casillero el número de reunión

- En el 2º casillero el número de APAFAS a las que pertenecen los padres participantes de la reunión

Registro N° 170

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP146		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión en Instituciones Educativas	P	X D	R	2	C0002
					M		Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	X D	R	15	U0101
					D	F			Hb		R	R	3.	P	X D	R		

Taller Educativo para Padres de Familia

Actividad dirigida a los padres de familia; constituye la modalidad organizada para facilitar una secuencia de sesiones educativas, permite la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva como bases fundamentales del proceso de aprendizaje con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes en los padres de familia para la promoción de comportamientos saludables en sus hijos e hijas.

Para registrar los talleres educativos dirigidos a padres de familia, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP146 Actividades con Padres**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2° casillero Actividad de Promoción de la salud

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

En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero cuando el módulo/cartilla educativa(a) fue terminado(a) registrar de la siguiente manera:
  - **IN** que corresponde a módulo terminado, en IE del nivel Inicial
  - **TP** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - **TE** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero las siglas del módulo educativo en el cual se capacitó, por ejemplo:
  - **ALI =** Módulo Educativo de Alimentación Saludable
  - **LMA =** Lavado de Manos
  - **SBU =** Módulo Educativo de Salud Bucal
  - **SO =** Módulo Educativo de Salud Ocular
  - **AF =** Módulo Educativo de Actividad Física
  - **SVI =** Módulo Educativo de Seguridad Vial
  - **MT =** Módulo de Metaxénicas
  - **EMG=** Emergencias y desastres
  - **ZOO =** Zoonóticas
  - **CMP =** Exposición de Metales Pesados (zonas priorizadas)

Cuando concluye el módulo

Registro N° 171

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP146		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones Educativas	P	X	R	TP	C0005
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	X	R	28	U0101
					D				Hb		R	R	3.	P	X	R	SO	

Taller Educativo para Expendedores de Alimentos

Esta actividad está dirigida a expendedores y manipuladores de alimentos, que prestan servicio en las instituciones educativas. Constituye en desarrollar sesiones educativas y/o sesiones demostrativas a fin de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes para las buenas prácticas en la preparación y manipulación de los alimentos. Para registrar los talleres educativos dirigidos a expendedores de alimentos, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP149 Actividades con Manipuladores de Alimentos**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
- En el 2° casillero Actividad de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”
En el campo Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2, según corresponda y cuando la cartilla educativa fue terminada registrar de la siguiente manera:
  - **TP** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Primaria
  - **TS** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Secundaria
  - **TE** que corresponde a módulo terminado en IE del nivel Especial
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero número de instituciones educativas participantes

Registro N° 172-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP149		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones Educativas	P	D	R	1	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R	18	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	9	

Cuando de concluye la capacitación:

Registro N° 172-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP149		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Taller para Instituciones Educativas	P	D	R	TP	C0005
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R	18	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	9	

Taller de Capacitación en Promoción de la Convivencia Saludable dirigido a Líderes Escolares

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades de los líderes escolares (del 5to y 6to de primaria y de 1ero a 5to de secundaria) de las instituciones educativas para el desarrollo de prácticas saludables que promuevan la convivencia saludable. Es desarrollada por el personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención y de ser el caso en los establecimientos del segundo nivel de atención que cuentan con población asignada y se realizará en los espacios de la institución educativa, centros de desarrollo juvenil o de la comunidad.

El personal de salud realizará las siguientes actividades:

- Taller de Capacitación a Líderes Escolares el cual consiste en el desarrollo de un mínimo de **06 sesiones educativas** relacionadas con:
  - Conociendo la convivencia saludable y el liderazgo positivo.
  - Fortaleciendo nuestras Habilidades para la Vida.
  - Planificando acciones para promover la convivencia saludable en la escuela.

Registro de las **Sesiones Educativas**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP166 Actividades con**

Líderes Escolares

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1, 2…6, según corresponda
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3º casillero se colocará **"CDJ"** solo en el caso que la actividad sea desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil

Registro N° 173

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	APP166		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1.Sesión Educativa	P	D	R	2	C0009
					M		Pab		TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R	18	U0101
					D	F			Hb		R	R	3.	P	D	R	CDJ	

RECUERDE:

⇒ Cuando se registra la Sesión Educativa N° 6, será indicativo del término del taller y se colocara el número de líderes escolares que participaron en **TODAS** las sesiones educativas.

Visita de Monitoreo:

Esta actividad consiste en realizar una visita a los líderes escolares que han participado del taller para hacer seguimiento del avance de la ejecución de las actividades programadas en el plan de trabajo desarrollado durante las sesiones del taller. Esto permitirá asesorar a los escolares para superar las dificultades que se les presente en el proceso de implementación.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP166 Actividades con Líderes Escolares**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2° casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab el número de visitas 1, 2… según corresponda

Registro N° 174

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP166		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de monitoreo	P	D	R	2	C7001
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R		U0101
					F	Pab											
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

01 Visita de Evaluación:

Esta actividad consiste en una reunión para el análisis de los resultados obtenidos producto de la implementación de las actividades programadas en el plan de trabajo.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **SIEMPRE APP166 Actividades con Líderes Escolares**
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Visitas de Evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem Lab el número de visitas 1, según corresponda

Registro N° 175

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP166		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	Reunión de evaluación	P	D	R	1	C7003
				M				TALLA		C	C	2.Actividades de promoción de la salud	P	D	R		U0101
					F	Pab											
				D				Hb		R	R		P	D	R		

Actividades en Universidades Saludables

La Implementación de la Estrategia Universidades Saludables es la secuencia de acciones que realiza el Coordinador de la Estrategia Universidades Saludables de la GERESA/DIRESA, o quienes hagan sus veces en coordinación con las redes de salud, para que acompañe el proceso de implementación de la universidad en su compromiso de ser saludable; incluye la programación que identifica los productos o resultados a obtener, los responsables de cada actividad y el tiempo en el que se conseguirán. La Implementación de la Estrategia Universidades Saludables desarrollará cinco procedimientos: Concertación, Planificación, Asistencia Técnica y Sistematización

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
- En el 2º casillero considerar las actividades acordes a lo trabajado
  - **U0031: Actividades** de Materno Neonatal
  - **U0008: Actividades** de Tuberculosis
  - **U0099: Actividades** de Daños no transmisibles
  - **U0089: Actividades** de Dengue

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero la fase del proceso al que corresponde la reunión:
  - **FCO** = Fase de Concertación
  - **FP** = Fase de Planificación
  - **FAS** = Fase de Asistencia técnica
  - **SIS** = Fase de Sistematización

Registro N° 176

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP163		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión en instituciones educativas	P	X	R	8	C0002
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de daños no transmisibles	P	X	R	SIS	U0099
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Asistencia técnica a docentes capacitados para el desarrollo de sesiones de aprendizaje de salud sexual dirigida a adolescentes.

Dicha asistencia técnica se realiza, de preferencia, en el aula al docente previamente capacitado.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de reunión 1, 2 o 3
- En el 2º casillero colocar el número de participantes

Registro N° 177

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	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		
		ETNIA	**CENTRO POBLADO (*)**														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP144		Tarapoto		A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	1	C7004
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Neonatal	P	D	R	10	U0031
					D				Hb		R	R		P	D	R		

COMUNIDADES

Campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudos Aedes aegypti

El personal de salud brinda asistencia técnica para realizar esta actividad a los diferentes actores según el escenario de intervención; esta actividad puede realizarse a nivel del distrito, comunidad, mercados, cementerios de la comunidad que son zonas de riesgo para la reproducción del vector Aedes aegypti.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anoteel**APP108 Actividades con Comunidad**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunió de Evaluación
- En el 2º casillero Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - **U0089**: Actividades de **Dengue**
  - **U0075**: Actividades de **Chikungunya**
  - **U0076:** Actividades de **Zika**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de campaña
- En el 2º casillero colocar los lugares donde se desarrollaron de acuerdo al número:
  - **1=**Comunidad
  - **2=** Mercados
  - **3=** Cementerios
  - **4=**Distrito
- En el 3º casillero indicar las toneladas de criaderos recogidas en la campaña.

Registro N° 178

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN 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		
		ETNIA	**CENTRO POBLADO (*)**												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1.Reunión de evaluación	P	D	R	1	C7003
				M				TALLA		C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	D	R	2	C6091
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividades de zika	P	D	R	24	U0076

Capacitación a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres:

Esta actividad se registra posterior a las coordinaciones con el CPCED de la DIRESA/GERESA relacionada a la actividad "organización y entrenamiento de comunidades en habilidades frente al riesgo de desastres" donde se capacitará a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código**APP138 de Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud

- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de taller 1, 2 o 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 179

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP138		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	X	R	1	C3151
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	X	R	20	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Junta vecinal

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP91 de Junta Vecinal (Organización Vecinal)**

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

- En el 1º casillero Taller para la comunidad
- En el 2º casillero Actividades acorde a codificación:
  - **U0031:** Actividades de Materno Neonatal
  - **U0008:** Actividades de tuberculosis
  - **U0099:** Actividades de daños no transmisibles
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0086:** Actividades de prevención del cáncer

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes
- En el 2º casillero registrar según corresponda
  - **"PP"** para indicar Fase de Planificación participativa.
  - "**PSA"** para capacitación en prácticas saludables

Registro N° 180

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP91		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller para la comunidad	P	X	R	20	C0006
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de materno neonatal	P	X	R	PSA	U0031
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Consejería a Gestantes alojadas en la Casa Materna en las siguientes practicas saludables:

- Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del embarazo.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- Planificación familiar.
- Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para lo cual aran uso de rotafolio/cartillas

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

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

- En el 1º casillero Consejería a gestante en casa materna.
- En el 2º casillero Actividades Materno Neonatales.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de la consejería.
- En el 2º casillero: este casillero se llenará cuando la gestante alojada en la Casa Materna se colocará las siguientes siglas:

- **1=** Parto institucional
- **PSA =** Practicas saludables

Registro N° 181

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	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		
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Astrid Nalvarte Crespo																FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____	
	84751247		Sechura	38	A	M	PC		PESO	X	N	N	1. Consejería a gestante en casa materna	P	D	R	3	99422
					M				TALLA	X	C	C	2. Actividades Materno Neonatales	P	D	R	PSA	U0031
	91121	60			D	F	Pab		Hb	X	R	R	3.	P	D	R		

Sesión Educativa a Gestantes alojadas en la Casa Materna

Actividad dirigida a Gestantes y familias para promover la promoción de la salud materna y neonatal, estas acciones son realizadas por personal de salud/Agente Comunitario de Salud, en la Casa Materna.
La metodología a usar es la del Material del rotafolio, de los cuales se debe brindar, los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- Cuidados del embarazo y pos natal: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, lavado de manos, signo de alarma del embarazo, parto y puerperio.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.

- Planificación familiar.
- Cuidados del RN: Lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Para lo cual aran uso de rotafolio/cartillas

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades Materno Neonatales.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:

- En el 1º casillero el número de la consejería.

Registro N° 182

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maria Helena Castro Torre										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	84751247		Sechura	28	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	D	R	3	C0009
					M				TALLA		C	C	2. Actividades Materno Neonatales	P	D	R		U0031
	91121	60			D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

<u>Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ</u>

El registro se realizará de la siguiente manera:
En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP141 Actividades con Adolescentes**.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividades de Adolescentes.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el campo Lab registrar:
- En el 1º casillero el número de sesión 1, 2…6, según corresponda.
- En el 2º casillero el número de participantes.
- En el 3º casillero se colocará:
  - **CDJ=** si la actividad fue desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil.

Registro N° 183

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP141		Tarapoto	A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	X	R	3	C0009
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividad de adolescentes	P	X	R	18	U0034
												3.	P	D	R	CDJ	

- **Talleres a organizaciones sociales de base:**

Talleres a organizaciones sociales de base (representadas por un miembro o más) de los comités de vasos de leche y/o comedores populares) convocados por la municipalidad y desarrollados por el personal de salud. Cada sesión educativa tiene una duración de **40 minutos** y **participan hasta 30 personas.** Los temas a trabajar están relacionados al impacto en la salud relacionada por los accidentes de tránsito y son los siguientes temas:

- 1° factores de riesgo y
- 2° beneficios del SOAT

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código**APP108 Actividad con comunidad**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Taller en comunidad y su código.
- En el 2º casillero Actividades de prevención y control de accidentes de tránsito y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2
- En el 2° casillero, el número de participantes.

Registro N° 184

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP108		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1Taller en comunidad	P	X	R	1	C0006
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Transito	P	X	R	15	U0103
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

CENTROS LABORALES

Implementación del Programa de Centros laborales

Conjunto de actividades dirigidas a los trabajadores del Centro Laboral para desarrollar habilidades, capacidades y responsabilidades que promuevan comportamientos y generen entornos saludables, contribuyendo en la mejora de sus condiciones de salud y productividad. Se priorizan los ejes temáticos del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud y las actividades son realizadas por equipo de trabajo capacitado y multidisciplinario.

Fase de sensibilización

Trabajadores organizados y sensibilizados en el Programa Centro Laboral

Conformación del Comité de Promoción de la Salud en Centro Laboral, en reunión convocada por Gerencia del Centro Laboral, contando con la participación de actores involucrados; además de la sensibilización a todos los trabajadores.

- 1era Reunión para conformar comité y firma de acta de compromiso
- 2da Reunión para sensibilizar a los trabajadores

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código **APP168 Centros laborales**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el Ítem Lab, se registrará:
- En el 1° casillero colocará el N° 1 para la 1era Reunión y el N°2 para la 2da Reunión
- En el 2° casillero el número de participantes
- En el 3° casillero se colocará la sigla **"FSE"** (Fase de sensibilización)

Registro N° 185

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Asistencia técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	20	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	FSE	

Fase de diagnóstico y planificación participativa

Trabajadores realizan el diagnóstico basal del Centro laboral y elaboran Plan de Promoción de la Salud en el Centro laboral

Consiste en la aplicación de instrumentos que recopilen información sobre las necesidades sentidas por el empleador y los trabajadores.

Reuniones participativas para consolidar la Situación Basal del Centro laboral, identificando brechas para definir objetivos del plan. Posteriormente se realiza el desglose de actividades para definir alcance, responsables, gestión de cronogramas y recursos.

- **1era** Reunión para aplicar Instrumento al Empleador
- **2da** Reunión para aplicar Instrumento a los trabajadores
- **3era** Reunión para consolidar Situación Basal
- **4ta** Reunión para elaborar Plan de Promoción en Centro laboral

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código**APP168 Centros laborales**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el Ítem Lab, se registrará:
- En el 1° casillero colocará el N° de reunión 1,2,3 o 4
- En el 2° casillero el número de participantes
- En el 3° casillero se colocará la sigla **"PP"** Planificación participativa

Registro N° 186

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Asistencia técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	20	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	PP	

Fase de ejecución

Actividades de capacitación dirigidas a los trabajadores priorizando ejes temáticos del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud

Consiste en el desarrollo de actividades educativas utilizando metodologías participativas e innovadoras, dirigido a los trabajadores del centro laboral, con el objetivo de lograr comportamientos y entornos saludables en el centro de trabajo.

Se programa el número de talleres de acuerdo al nivel de avance en la implementación del programa Centro Laboral:

- Abordaje de 4 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 1°
- Abordaje de 6 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 2°
- Abordaje de 8 ejes temáticos para calificar el Nivel de Implementación 3°

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código**APP168 Centros laborales**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:
- En el 1º casillero Asistencia técnica

- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el Ítem Lab, se registrará:

- En el 1° casillero el número de participantes
- En el 2° casillero se colocará sigla "PSA" para indicar Prácticas Saludables
- En el 3° casillero se colocará la sigla correspondiente a la Temática desarrollada:
  - → **LMA=** Lavado de manos
  - → **HIG=**Higiene y ambiente
  - → **SSI=**Salud sexual y reproductiva
  - → **SVI =** Seguridad Vial
  - → **ALI=**Alimentación y nutrición
  - → **AF =** Actividad Física
  - → **HPV=** Habilidades para la vida
  - → **EMG =** Emergencias y desastres
  - → **VSX=** Violencia de género (sexual)
  - → **CSA =** Clima organizacional

Registro N° 187

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Asistencia técnica	P	D	R	15	C7004
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	PSA	U0101
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R	AF	

Fase de monitoreo y evaluación

Equipo multidisciplinario verifica cumplimiento de indicadores

El monitoreo es el proceso de seguimiento continuo para verificar que las actividades se ejecuten de acuerdo al plan. Permite identificar cuellos de botella (retrasos en cronograma, recursos insuficientes) y realizar los ajustes necesarios para que el plan continúe su rumbo. Será realizado por equipo multidisciplinario del Centro laboral, en forma trimestral.

La evaluación es el proceso que permite verificar el logro de objetivos y metas al término del período de implementación del plan. Será realizada por equipo multidisciplinario externo, una vez al año.

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código**APP168 Centros laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Actividad de Promoción de la Salud

En el Ítem Lab, en **Monitoreo:**

- En el 1° casillero, se coloca el número de monitoreo

En el Ítem Lab, en **Evaluación:**

- En el 1° casillero se coloca el Nivel de Implementación que se busca lograr (1, 2, 3, 4)
- En el 2° casillero, se coloca el resultado de la evaluación el Nivel de Implementación.
- → **IA =** En Inicio

→ **CA =** En Proceso
→ **LP =** Logro Previsto
→ **TA =** Logro Destacado

Registro N° 188 MONITOREO

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión de monitoreo	P	~~D~~	R	1	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R		U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Registro N° 189 EVALUACIÓN

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Evaluación	P	~~D~~	R	1	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	TA	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Campaña de Recojo y Eliminación de Criaderos en Centros Laborales

El personal de salud brinda asistencia técnica para realizar esta actividad a los diferentes actores directivos según el centro laboral de intervención; esta actividad puede realizarse a nivel de establecimientos de salud, comisarias, penales, centros laborales privados del distrito que son zonas de riesgo para la reproducción del vector Aedes aegypti.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP168 Actividades en Centros Laborales**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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

- En el 1º casillero Evaluación
- En el 2º casillero Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
- En el 3º casillero indicar según corresponda si es
  - **U0089:** Actividades de Dengue
  - **U0075:** Actividades de Chikungunya
  - **U0076:** Actividades de Zika

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero indicar el número de campaña

- En el 2º casillero colocar los lugares donde se desarrollaron de acuerdo al número:
  - **1=** Establecimientos de salud.
  - **2=** Comisarias
  - **3=** Penales
  - **4=** Centros laborales privados
- En el 3º casillero indicar las toneladas de criaderos recogidas en la campaña.

Registro N° 190

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP168		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión de Evaluación	P	D	R	1	C7003
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Ejecución de Campañas de recojo y Eliminación de criaderos	P	D	R	2	C6091
				D				Hb		R	R	3.Actividad de dengue	P	D	R	10	U0089

IMPLEMENTACIÒN Y FUNCIONAMIENTO DE LACTARIOS INTITUCIONALES EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNOS REGIONALES, GOBIERNOS LOCALES E INSTITUCIONES PRIVADAS, SEAN O NO PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, A NIVEL NACIONAL PARA CONTRIBUIR CON LA LACTANCIA MATERNA DE NIÑOS (AS) DE CERO A 24 MESES DE EDAD.

Definición. - Esta actividad está dirigida aquellos establecimientos del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales e Instituciones Privadas a nivel nacional que cuenten con al menos veinte (20) trabajadoras en edad fértil, independientemente de su estado civil, religión o régimen laboral. Se desarrollan una serie de acciones que promuevan la implementación y funcionamiento de ambientes especialmente acondicionados, dignos e higiénicos para uso exclusivo de las madres trabajadoras con la finalidad de que extraigan su leche durante el horario de trabajo, de manera que se asegure su adecuada conservación. Con esta intervención costo efectiva se contribuirá anualmente en lograr el incremento de la lactancia materna del lactante, así como de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad, además de contribuir a evitar el riesgo de cáncer en las madres.

El Establecimiento de Salud dependiente del Ministerio de Salud o del Gobierno Regional en determinada circunscripción territorial, será el responsable del registro de actividades para la implementación y funcionamiento de los Lactarios Institucionales en su jurisdicción, sean o no prestadores de servicios de salud, públicos y privados:

a) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas
b) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas
c) Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas
d) Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas

En caso de que las actividades de implementación y funcionamiento de Lactarios Institucionales sean dentro del Establecimiento de Salud, se registraran estas actividades en el HIS del Establecimiento, estando a cargo de este registro la persona responsable de las actividades de promoción de la salud.

Se deben desarrollar las siguientes acciones:

Reunión de sensibilización con directivos de los establecimientos y dependencias del MINSA, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Municipalidades e Instituciones Privadas, sean o no prestadoras de salud.

Esta primera reunión de sensibilización se desarrolla en las instalaciones de la institución donde se haya identificado un grupo de por lo **menos 20 trabajadoras** entre gestantes y mujeres en edad fértil, está dirigida por el personal de salud capacitado, con participación de directivos y personal del área de recursos humanos o quien haga sus veces en el establecimiento, con la finalidad de informarles y educarles de ser el caso sobre la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, así como a las niñas y niños menores de 24 meses, además de los beneficios para las madres, las familias y la sociedad, promoviendo y apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora de ejecución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- En el 3° casillero la sigla **"FSE"** para indicar fase de sensibilización

Registro N° 191

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Lima	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	1	C7004
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	LME	U0101
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	FSE	

Reunión de coordinación con el Comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces)

Esta reunión de coordinación está a cargo de personal de salud capacitado con la participación de los miembros el comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces), la cual consiste en establecer acuerdos y compromisos de acciones dirigidas a revalorar la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, niñas y niños menores de 2 años, promoviendo así su desarrollo integral apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales en los centros laborales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- En el 3° casillero la sigla **"COO"** para indicar el tipo de reunión (Coordinación).

Registro N° 192

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP168		Lima	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M			TALLA	C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	LME	U0101
					F	Pab									
				D			Hb	R	R		P	D	R	COO	

Taller de planificación participativa para la elaboración del Plan de Trabajo para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna en los centros laborales

Esta etapa de planificación participativa se desarrolla por medio de un taller, donde se elabora un plan de trabajo con acciones que respondan a la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales. Es importante que aquellas acciones sean asumidas por el equipo de lactancia materna o quien haga sus veces, deberá de incluir acciones que permitan identificar a la población usuaria de los lactarios, además de incluir acciones que promuevan la adherencia al uso de estos lactarios a través de actividades de sensibilización a sus trabajadoras, propiciando el compromiso del personal de recursos humanos en brindar las facilidades para el acceso y uso de los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un **tiempo aproximado de 01 hora.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.

- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- En el 3° casillero la sigla **"PP"** para indicar Planificación Participativa

Registro N° 193

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP168		Lima	A	M	PC		PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	D	R	1	C7004
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	LME	U0101
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R	PP	

Asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna (o quien haga sus veces) para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales

La asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna, consistirá en colaborar en el desarrollo de cada una de las actividades contempladas en el plan de trabajo anual para la implementación y funcionamiento de los lactarios institucionales. El número de asistencias técnicas por año no será una limitante para el óptimo funcionamiento de un lactario institucional, las cuales tendrán un tiempo aproximada de 01 hora en promedio. Se registran las asistencias técnicas que se brindan y las que se reciban en la institución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**
En el ítem Lab se registrará:

- En el 2° casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.

- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada.

Registro N° 194

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP168		Lima	A	M	PC	PESO		N	N	1. Asistencia Técnica	P	~~D~~	R	1	C7004
				M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	LME	U0101
				D			Hb		R	R		P	D	R		

RECUERDE: Para esta actividad es importante registrar adecuadamente cada casillero, en el ejemplo anterior el código C7004 hace referencia a que se está desarrollando la asistencia Técnica.

Reunión de Monitoreo de la implementación de los acuerdos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia

Esta actividad es realizada de manera conjunta entre el personal de salud capacitado y los miembros del comité de Lactancia Materna o quien haga sus veces, la cual se desarrolla con un tiempo aproximado de 02 horas. Este mecanismo permitirá: el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas, visualizar el avance en la implementación de las metas propuestas con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste a las intervenciones programas.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero registrar según corresponda:
  - Cuando se monitorea solamente la implementación = dejar este casillero "vacío".
  - Cuando se monitorea el funcionamiento = Colocar el número de usuarias que hacen uso de los lactarios en el mes que se está haciendo la visita.
- En el 2° casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada.

❖ EJEMPLO 1: Casos donde solo se monitoreo la implementación.

Registro N° 195-A

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP168		Lima	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de monitoreo	P	D	R		C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	1	U0101
				D				Hb		R	R		P	D	R	LME	

❖ EJEMPLO 2: Casos donde se monitorea el funcionamiento.

Registro N° 195-B

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____											
	APP168		Lima	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de monitoreo	P	D	R	15	C7001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	1	U0101
				D				Hb		R	R		P	D	R	LME	

Reunión de Evaluación de logros alcanzados de acuerdo a los compromisos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna

Se desarrolla en las instalaciones de la institución o empresa (público o privada) con una duración de 02 horas aproximadamente y tiene por objeto evaluar el logro de las metas programadas. Se identificará el cumplimiento de cada uno de los acuerdos asumidos por directivos y el comité de lactancia materna a favor de mujeres trabajadoras en edad fértil, mujeres que estén dando de lactar y sobre todo en beneficio a la alimentación de la niña y niño de cero (0) a veinticuatro (24) meses de edad.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
- En el 2º casillero Actividades de Promoción de la Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"** en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
  - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.

- En el 2º casillero la sigla **"LME"** para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada.

Registro N° 196

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP168		Lima	A	M	PC		PESO		N	N	1. Reunión de evaluación	P	D	R	1	C7003
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	D	R	LME	U0101
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R		

MUNICIPIOS

Acciones relacionadas a seguridad vial

- **Reunión de coordinación**

El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación de las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito y sus factores de riesgo identificados y logra compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para reducir las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Actividad de salud:
En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios y su código.
En el 2° casillero colocar actividades de prevención y control de accidentes de transito
En el ítem Lab se registrará:
En el 1º casillero el número de reunión (1 o 2).
En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 197

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión en municipios	P	~~D~~	R	1	C0001
				M				TALLA		C	C	2. Actividades de Prevención y Control de Accidentes de Transito	P	~~D~~	R	15	U0103
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Acciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres

- **Reunión de coordinación**

El representante de la DIRESA/GERESA, DIRIS, red de salud o microred de salud, según corresponda, socializa la situación de salud y factores de riesgo identificados frente a amenazas existentes en el territorio; propone compromisos de la municipalidad para la elaboración de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para reducir problemas de salud trazadoras a las amenazas existentes y asignación presupuestal para el PP068 relacionado a los productos de salud.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Actividad de salud:

- En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios y su código.
- En el 2° casillero colocar actividades de emergencias y desastres y su código.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número representativo del tema:
- **1=** Temporada de bajas temperaturas
- **2=** Temporada de lluvias e inundaciones / Fenómeno del Niño

- **3=** Familias afectadas por desastres.
- **4=**Erupción volcánica
- **5=** Sismos

En el 2º casillero el número de participantes

Registro N° 198

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP101		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión en municipios	P	~~D~~	R	1	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de emergencias y desastres	P	~~D~~	R	15	U0102
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

- **Reunión de coordinación con Municipalidades en Gestión Territorial**

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Actividad de salud:

- En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios
- En el 2° casillero colocar actividades de promoción de la salud

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar según corresponda
  COO= Coordinación
  FP = Fase de Planificación
  FE = Fase de Ejecución

Registro N° 199

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP101		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión en municipios	P	~~D~~	R	FE	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R		U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

- **Municipalidades con Gestión Territorial**

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP101 de Consejo Municipal**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem Actividad de salud:

- En el 1° casillero colocar Monitoreo

- En el 2° casillero colocar actividades de promoción de la salud

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero colocar según corresponda
  1= Comité Multisectorial o IAL
  2= Sala Situacional
  3= Programación Presupuestal
  4= Plan local aprobado por Resolución de Alcaldía
  5= Proyecto o programa en salud
- En el 2º casillero, si el Lab es 3, 4 o 5 se debe especificar los siguientes temas
  - **1 =** Articulado nutricional
  - **2 =** Salud Materna
  - **16=** TBC. VIH
  - **17=** Enfermedades metaxenicas y zoonoticas
  - **18=** enfermedades no transmisibles
  - **24=** Control y prevención del cáncer

Registro N° 200

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Reunión en municipios	P	X	R	2	C0001
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	X	R		U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R		

Ejecución de ferias de proyectos productivos a cargo de la Municipalidad, acompañado por el personal de salud para promover la alimentación saludable en las familias.

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP101 de Consejo Municipal**

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

- En el 1° casillero Reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Actividades de promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1° casillero registrar el número de **familias expositoras / emprendedoras**[3] propias de la comunidad.
- En el 2º casillero registrar el tipo de proyecto agropecuario, según corresponda:
  - Proyectos productivos relacionados a la crianza de:
  - 1= Cuyes
  - 2= Gallinas/ huevos de corral
  - 3= Cerdos
  - 4= Peces (truchas)
  - 5= Proyectos productivos relacionados al cultivo de hortalizas orgánicas (lechuga, zanahoria, betarraga, espinaca y otros)
  - 6= Otros

[3] **Familias emprendedoras/ expositoras**: Aquellas familias que presentan sus proyectos productivos (con énfasis en con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro).

- En el 3º casillero registrar según corresponda:
  - **1** = Para indicar si la Feria es promovida por FONCODES, caso contrario dejar en "blanco".

Registro N° 201

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____					
	APP101		Combapata		A	M	PC		PESO		N	N	1. Monitoreo	P	~~D~~	R	15	C7001
					M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	2	U0101
					D				Hb		R	R	3.	P	D	R	1	

PERSONAL DE SALUD

Actividades de capacitación en acciones de promoción de la salud relacionada a ejes temáticos y/o acciones de gestión desarrollada por microredes.

<u>En relación a programas presupuestales:</u>

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP100** de **Actividad con Personal de salud**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el1ºcasillero Taller para personal de salud
- En el 2° casillero Capacitación
- En el 3° casillero colocar el código U del tema a considerar:
  - **U0021=** Nutrición (Articulado Nutricional)
  - **U0031=**Materno Neonatal
  - **U0008=**TBC
  - **U0064=**ITS-VHI-SIDA
  - **U0099=**No transmisibles
  - **U0066=**Salud Mental
  - **U0086=**Prevención y control del cáncer
  - **U0089=** Actividad de Dengue (Metaxénica)
  - **U0101=**Actividades de promoción de la salud (Cuando sea relacionado a otro programa presupuestal o temas afines a este punto)

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes

Registro N° 202

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____					
	APP100		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Taller para personal de salud	P	~~D~~	R	20	C0008
				M				TALLA		C	C	2. Capacitación	P	~~D~~	R		U124
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.Actividades de daños no transmisibles	P	D	R		U0099

<u>En relación a ejes temáticos y estrategias de promoción de la salud:</u>

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP100** de **Actividad con Personal de salud**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1ºcasillero Taller para personal de salud
- En el 2° casillero actividades de promoción de la salud.

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 o 2 o 3 según corresponda.
- En el 2º casillero el número de participantes
- En el 3ºcasillero colocar las siglas de acuerdo al eje temático propuesto
  - **LMA=** Lavado de manos
  - **HIG=**Higiene y ambiente
  - **SSI=**Salud sexual y reproductiva
  - **SVI =** Seguridad Vial
  - **ALI=**Alimentación y nutrición
  - **AF =** Actividad Física
  - **HPV=** Habilidades para la vida
  - **CSV=** Convivencia Saludable
  - **GD=** Genero, derechos e interculturalidad
  - **GT=**Gestión territorial

Registro N° 203

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/____/_____				
	APP100		Camaná	A	M	PC		PESO		N	N	1 Taller para personal de salud	P	~~D~~	R	1	C0008
				M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Actividades de promoción de la salud	P	~~D~~	R	25	U0101
				D				Hb		R	R	3.	P	D	R	AF	