

REGISTRO DE PRESTACIONES PAQUETE BÁSICO PARA ADOLESCENTES MODALIDAD TELESALUD/TELEMEDICINA - CONTEXTO DEL COVID 19 - AÑO 2021

PROVINCIA	DISTRITO	RED DE SALUD	MICRORED DE SALUD	E.E.S.S.	FECHA	Nº LLAMADA REALIZADA 1º, 2º, 3º vez máx de 3 veces	RESPONSABLE DE TELESALUD/TELEMEDICINA			Situación de la Llamada:	MADRE, PADRE O APODERADO DEL ADOLESCENTE					PAQUETE BÁSICO DE SALUD MODALIDAD A DISTANCIA- TELESALUD/TELEMEDICINA					BRINDA CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN A LA FAMILIA/ADOLESCENTE SOBRE SU SALUD INTEGRAL				ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE BRINDA ORIENTACIONES A LA FAMILIA SOBRE COVID-19					OBSERVACIONES SOBRE EL/A ADOLESCENTE				
							NOMBRES, APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD	1. Canal: FPM 2. Actor Social 3. Góter	Nº DE CELULAR		DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR DEL ADOLESCENTE (Nombre y Apellido)	DATOS DEL/A ADOLESCENTE (Nombre y Apellido)	DNI DEL ADOLESCENTE	TELÉFONO (CELULAR / Nº RESIDUAL / OTRO)	EDAD 12 a 17 años 13 meses y 29 días	¿El/a adolescente más comprometido (s) (tratamiento) SUSCRITO PERIODOS MÁS ACOSO FOLIOCT 1. Si 2. No	¿El/a adolescente más comprometido (s) (tratamiento) SUSCRITO PERIODOS 1. Si 2. No	¿El/a adolescente tiene alguna enfermedad actualizada? 1. Si 2. No	¿El/a joven ha manifestado síntomas de fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta o otros signos respiratorios? 1. Si 2. No	Resultado del cuestionario ADOCT (14 puntos) Puntuado 1. Negativo o 0 puntos 2. Positivo 1 a 4 puntos 3. Positivo 5 a 6 más items positivos	Resultado del cuestionario SDC (13 puntos) Puntuado 1. Negativo o 0 puntos 2. Positivo 1 a 4 puntos 3. Positivo 5 a 6 más items positivos	Estado de Salud 1. Saludable 2. Enfermedad 3. Contagio 4. Pautado 5. Otro condición	Nº CONSEJERÍA DE SALUD SPIGUA Y	Nº CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL	Nº CONSEJERÍA INSTRUCTIVA	Nº de adolescentes 13 a 17 años en la familia	El adolescente ha sido 1. Si 2. No	Fecha aproximada 1. 2. No	Resultado del tamizaje		El/la adolescente presenta algún problema de salud: 1. Disfunción en el sistema de referencia	Algun miembro de la familia presenta Fiebre, dificultad respiratoria, dolor de garganta o tos seca 1. Si 2. No Qué:.....	¿Se brinda (asistencia/psicología) para apoyar a continuar a la/s institución/es? 1. Si 2. No	Se brinda (asistencia/psicología) para dar el 1º o 2º a la/s institución/es? 1. Si 2. No
Huancayo	El Tambo	Valle del Mantaro	El Tambo	Juan Parra del Riego	28/01/2021	1º	PAOLA RODRIGUEZ ROSAS	1	987654321	1	EFFIA MARCELO, FERNANDEZ ALVARADO	JOSE JUBER, MENA FERNANDEZ	72023189	961121	11	2	1	1	0	0	2	2	1	1		1	1	20/01/2021	Positivo	3	1, su mamá	1	1	Requiere seguimiento continuo. Referencia adolescente y familia.
Chanchamayo	Perené	Chanchamayo	Perené	Perené	29/01/2021	2º	MARIA DE LA CRUZ RENTOS	2	987654321	4	YESSICA YENFER, FERNANDEZ NUÑEZ	ADAM OLIVERA, BAZZARI BAZA	73570905	98902804	17																			
Satipo	Coviralli	Satipo	Coviralli	Coviralli	30/01/2021	3º	JORGE VIVANCO ROBLES	3	765432109	3	ROSELY DE LA CRUZ SALCA	ALONSO MEYER, GONZALEZ LOPEZ	74208054	98912890	25																			