

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa de Inmunizaciones



2019



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

Manual de Registro HIS de Inmunizaciones

2019

NTS N° 141- MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA)

HISMINSA Off line

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Integral de Salud de la Dirección de Inmunizaciones. Sistema de información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Oficina de Gestión de la Información.

“Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en la Consulta Externa de Inmunizaciones”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Inmunizaciones

Equipo de Trabajo:

- Lic. Gladys María Garro Núñez, Directora Ejecutiva de la Oficina de Gestión de la Información
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información
- Ing. Miriam Anco Concepción, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información
- Lic. María Elena Martínez Barrera, Directora Ejecutiva de la Dirección de Inmunizaciones
- Lic. Pablo Renjifo Ramos, Equipo Técnico de la Dirección de Inmunizaciones

Diseño y Diagramación

Julie Guillen Ramos

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, 2019



Elizabeth Zulema Tomás Gonzales
Ministra de Salud

Óscar Alfredo Broggi Angulo
Viceministro de Salud
Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Rosario Esther Tapia Flores
Secretario General

Jhon Henry Garcia Ruiz
Director General
Tecnologías de la Información

DIRECCIÓN DE INMUNIZACIONES CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código Diagnóstico / Actividad	Código Diagnóstico / Actividad
90585 Vacunación Antituberculosa (BCG)	90707 Vacunación Antisarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
90744 Vacunación Antihepatitis Viral B Pediátrica (HVB)	90708 Vacunación Antisarampión y Rubéola (SR)
90746 Vacunación Antihepatitis Viral B Adulto (HVB)	90717 Vacunación Antiamarílica (AMA)
90712 Vacunación Antipoliomielítica (APO)	90701 Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
90713 Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	90716 Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo
90723 Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	90715 Vacuna contra Difteria, Tétanos y Pertusis acelular (dTpa) para uso intramuscular en gestantes
90702 Vacuna Diftotetánica Pediátrica (dT)	90649 Vacuna contra Virus de Papiloma Humano para uso intramuscular
90714 Vacunación Diftotetánica Adulto (dT)	Z289 Inmunización no realizada por razones no especificadas
90648 Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	U0009 Actividad de ESN Inmunizaciones
90681 Vacunación contra Rotavirus	99344 Visita familiar integral
90670 Vacunación Antineumocócica	U124 Capacitación
90657 Vacunación contra la Influenza Pediátrica (Estacional)	
90658 Vacunación contra la Influenza Adulto (Estacional)	

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Desarrolla dos (02) tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promocionales (APP).

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

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

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

VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Según esquema vigente corresponden a esta edad:

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

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

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

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

En el ítem: **Lab DEJAR EN BLANCO** cuando:

- La vacuna de "BCG" se haya realizado dentro de las 24 horas de nacido.
- La vacuna de "HvB" se haya realizado dentro de las 12 horas.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____									
23	08569536	10	San Martín de Porres	1	A	PC	PESO	TALLA	C	C	R	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90585				
	045635	58			M							Pa b	Hb	R	R	2. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90744
					F											3.	P	D	R		

Para el caso de los niños (as) vacunados con Hepatitis Viral B que según NTS N°141 - MINSA/DGIESP V.03 SOLO se vacunan hasta las 24 horas de nacido y en el reporte nos piden diferenciar los vacunados a las 12 horas y 24 horas, para esto utilizaremos el campo Lab para diferenciarlos, de la siguiente manera:

- Cuando el niño se vacune hasta las 12 horas de nacido con Hvb, el campo LAB se deja EN BLANCO y en la edad se registra 1D.
- Cuando el niño se vacune después de las 12 horas y hasta las 24 horas, el campo LAB se registra "1" y en la edad se registra 1D.

*En el caso de la vacunación de Hvb en nacidos en parto domiciliario, en el cual el periodo de aplicación se amplía hasta los 7 días considerar la 2da opción.

Recién Nacido Expuesto a Hepatitis B

Son los recién nacidos de gestantes con HBsAg reactivo.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536	10	San Martín de Porres	1	A	M	PC	PESO		X	X	1. Contacto con exposición a Hepatitis viral	P	X	R		Z205	
	045635	58			M			TALLA		C	C	2. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	X	R		90585	
					X			Hb		R	R	3. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	X	R		90744	

Es muy importante poder consignar el dato de Contacto y/o Exposición a Hepatitis Viral B durante la vacunación

Vacuna de hepatitis en B recién nacido de más de 12 horas

En el ítem Lab registrar "1"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536	10	San Martín de Porres	1	A	M	PC	PESO		X	X	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	X	R	1	90744	
	045635	58			M			TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					X			Hb		R	R	3.	P	D	R			

Vacunación anti tuberculosa (BCG) en recién nacido de más de 24 horas hasta los 28 días y menor de a 12 meses.

En el ítem Lab registrar "1"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536	10	San Martín de Porres	26	A	M	PC	PESO		X	X	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	X	R	1	90585	
	045635	58			M			TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					X			Hb		R	R	3.	P	D	R			

VACUNACIÓN DEL MENOR DE UN AÑO

Según NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) se ha establecido:

La vacunación regular de vacuna de contra la poliomielitis, pentavalente, rotavirus e influenza.

En el registro del (Lab) se debe considerar el número de dosis (1, 2, 3) según corresponda al tipo de vacuna.

En relación a la vacuna anti polio se considera: *vacuna poliovirus inactivada (IPV) como 1 y 2, la primera dosis de vacuna de virus vivos atenuados (APO) se considerará 3.*

Vacunación a los 2 meses

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	08569536		10	San Martín de Porres	2	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90713			
	045635		58									TALL A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacuna contra DPT-HvB-HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90723
												D	F	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90681			
				TALL A								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
				D								F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R

Vacunación a los 4 meses

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	08569536		10	San Martín de Porres	4	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90713			
	045635		58									TALL A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacuna contra DPT-HvB-HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90723
												D	F	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra Rotavirus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90681			
				TALL A								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
				D								F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R

Vacunación a los 6 meses

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	08569536		10	San Martín de Porres	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (APO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90712			
	045635		58									TALL A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacuna contra DPT-HvB-HiB (Pentavalente)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90723
												D	F	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación contra la influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>

Vacunación 7 meses

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	08569536		10	San Martín de Porres	7	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90657			
	045635		58									TALL A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
												D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D

Consideraciones especiales:

En casos de niños nacidos de madres con VIH considerar las siguientes modificaciones del esquema:

- La 3ra dosis de vacuna antipolio, corresponde a la administración de la vacuna antipolio inactivada (IPV).
- La vacuna de influenza estacional se administrará a los 6 y 7 meses respectivamente.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	08569536		10	San Martín de Porres	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90713			
	045635		58									TALL A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hijo de madre infectada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		22061
												D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D

Niños que presentan Reacción Adversa a la vacuna Pentavalente

Se realiza la administración de los componentes de la vacuna Pentavalente de manera separada. En este caso registre:

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética
- En el 2º casillero Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)
- En el 3º casillero Vacunación Haemophilus Influenzae B (HiB)

En el ítem Lab el número de dosis 2 ó 3... según corresponda, no se coloca (1) porque la primera dosis corresponde a la dosis que causó la reacción adversa.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		
23	08569536	10	San Martín de Porres	4	A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Diftotética	P	X	R	2	90702		
	045635	58			M			TALL A	X	X	2. Vacunación antihepatitis Viral B (Hvb)	P	X	R	2	90744		
					D	X	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	P	X	R	2	90648		

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO

Según esquema vigente corresponden a esta edad:

Vacunación en niños de 12 meses de edad

Vacunación SPR, Neumococo, Influenza (Estacional), Varicela.

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- ✓ En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- ✓ En el 3º casillero Vacunación contra la Influenza Estacional
- ✓ En el 4º casillero Vacunación contra la Varicela

En el ítem Lab registre:

- ✓ En el 1º casillero "1" para indicar 1º dosis. (en el caso de SPR)
- ✓ En el 2º casillero el número de dosis "3" (son los que recibieron 2 dosis vacuna antineumococo cuando fueron menores de 1 año)
- ✓ En el 3º casillero "1" ó "2" según corresponda
- ✓ En el 4º casillero dejar el Lab en blanco (dosis única para la edad)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		
23	562321	10	San Martín de Porres	1	X	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	X	R	1	90707		
	08569536	58			M			TALL A	X	X	2. Vacunación antineumocócica	P	X	R	3	90670		
					D	X	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación contra la influenza estacional	P	X	R	1	90657		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Vacuna Antivaricela para uso sub cutaneo	P	X	R		90716		
					M			TALL A	C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

La NTS N° 141 - MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) establece que:

"En la vacunación con virus vivos atenuados parenterales, se deben administrar simultáneamente el mismo día, si no fuera posible, aplicar con un intervalo mínimos de 30 días."

En niños de 2 años que no recibieron la vacuna anti varicela al año de edad, podrán ser vacunados hasta los 35 meses y 29 días.

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela
- ✓ En el ítem Lab dejar **en blanco** por ser dosis única para la edad

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						
23	562321	10	San Martín de Porres	2	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Antivaricela para uso sub cutaneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90716	
	08569536				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2.	P	D	R	
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			3.	P	D	R	

Vacunación de Varicela (Post Exposición y Control de Brote)

- En aquellos hospitales con presencia de casos de varicela se aplicará la vacuna a todos los susceptibles, comprendidos entre los 9 meses a 5 años 11 meses y 29 días de edad.
- También se vacunará contra la varicela, a las personas inmunocompetentes susceptibles (pacientes, acompañantes y personal de la salud), hasta 120 horas después del contacto con el caso índice (vacunación de bloqueo) en los hospitales.
- En niños de albergues, cunas, jardín, guarderías se vacunará a los susceptibles en la presencia de casos, siempre que no estén vacunados, así como al personal en riesgo.

En niños *inmunocompetentes susceptibles* (contacto con el caso índice)

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela

En el ítem Lab registre **BU** por ser dosis única para la edad en bloqueo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						
23	562321	10	San Martín de Porres	5	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Antivaricela para uso sub cutaneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	BU	90716	
	08569536				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2.	P	D	R	
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			3.	P	D	R	

En adultos *inmunocompetentes susceptibles* (contacto con el caso índice)

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela

En el ítem Lab registre:

- ✓ En el 1º casillero **"BU"** para indicar dosis única en bloqueo.
- ✓ En el 2º casillero **"ST"** para indicar que es Personal de la salud; **para población general dejar en blanco.**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						
23	562321	10	San Martín de Porres	59	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Antivaricela para uso sub cutaneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	BU	90716	
	08569536				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2.	P	D	R	ST
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			3.	P	D	R	

VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 15 MESES DE EDAD

Vacunación Antiamarílica

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

En el 1º casillero Vacunación Antiamarílica (AMA)

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						
23	562321	10	San Martín de Porres	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Anti amarílica (AMA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90717	
	08569536				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2.	P	D	R	
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			3.	P	D	R	

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

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 18 MESES

Vacunación SPR, 1º Refuerzo DPT y 1º Refuerzo Antipolio (APO)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- En el 2º casillero Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
- En el 3º casillero Vacunación Antipoliomielítica APO

En el ítem Lab se registra “DA”, para indicar que es la dosis del 1º Refuerzo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	562321	10	San Martín de Porres	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90707		
	08569536	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Anti Difteria, Pertrusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Vacunación Antipolio oral (APO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712		

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

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 02 Y 03 AÑOS

Vacunación contra Influenza Estacional con Comorbilidad

Vacunación contra Neumococo con Comorbilidad

La NTS N° 141 - MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) establece que:

- “Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales:
- Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC.
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados.
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.”

Para identificar que el vacunado cuenta con alguna morbilidad asociada (comorbilidad) se deberá registrar el diagnóstico con tipo de diagnóstico “R” (repetido), nunca en “D” (definitivo) ya que se duplicaría el caso. En el Modulo de Inmunizaciones, se debe activar el check de Co-morbilidad.

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza
- En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el siguiente casillero el diagnóstico de la comorbilidad

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	562321	10	San Martín de Porres	2	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90657		
	08569536	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90670		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	R	R	3. Asma no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		J459		

Influenza Estacional de 03 años a más

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				
23	562321	10	San Martín de Porres	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	90658
	08569536				M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Asma no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	J459		
		58	D		Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

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

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 04 AÑOS

2º Refuerzo vacunación DPT, 2º Refuerzo Antipolio (APO)

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
- En el 2º casillero Vacunación Antipolio (APO)

En el ítem Lab se registra "DA" para indicar refuerzo en ambos casos

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO			P
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					
23	562321	10	San Martín de Porres	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Difteria, Pertrusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701
	08569536				M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antipolio oral (APO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712		
		58	D		Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

"Los niños que NO hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años 11 meses y 29 días; con un intervalo mínimo de 6 meses entre dosis anterior y dosis actual".

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO			P
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					
23	562321	10	San Martín de Porres	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Difteria, Pertrusis y Tétanos (DPT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90701
	08569536				M	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Antipolio oral (APO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90712		
		58	D		Pab	Hb	R	R	3. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90707		

El registro de SPR es el mismo si el niño completara su 2º dosis a los 2 ó 3 años.

Vacunación SR (Sarampión y Rubéola)

La NTS N° 141 - MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) establece que:

"Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se utiliza en barridos de vacunación y otras actividades complementarias. Se administra a partir de los 5 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR (hasta antes de los 5 años de edad). Aplicación de dosis única.

En poblaciones de riesgo, se aplica una dosis única, como en:

- *Trabajadores de salud.*
- *Trabajadores de aeropuertos, terrapuertos, migraciones, y otros.*
- *Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico comercial.*
- *Población que participa a eventos masivos de países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión.*
- *Población excluida vulnerable (indígenas)."*

En niños no vacunados antes de los 5 años

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

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

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	562321		10	San Martín de Porres	9	M	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	X	R		90708	
	08569536		58			M			TALLA	X	X	2.	P	D	R			
						D	X	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

En poblaciones de riesgo establecidos para esta vacuna

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

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)
- En el ítem Lab registre: El grupo de riesgo al que pertenece

- En el 1º casillero:
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **AER** = Trabajador de Aeropuertos
 - **TER** = Trabajador de Terrapuertos
 - **FRO** = Población que vive en Fronteras
 - **RSA** = Población que participa eventos masivos en países con circulación endémica de sarampión
 - **OTR** = Otros (Personal que atiende las agencias de viajes, guías turísticos, taxistas y *los demás grupos de riesgo*)

Ejemplo de personal de salud vacunado con SR

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	562321		10	San Martín de Porres	38	M	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	X	R	ST	90708	
	08569536		58			M			TALLA	X	X	2.	P	D	R			
						D	X	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 05 A 11 AÑOS

Vacunación Anti Hepatitis B (HVB) (niños que no recibieron 3 dosis de vacuna pentavalente).

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

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

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	562321		10	San Martín de Porres	10	M	M	PC	PESO	N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HVB)	P	X	R	1	90746	
	08569536		58			M			TALLA	X	X	2.	P	D	R			
						D	X	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

NIÑOS QUE NO FUERON VACUNADOS OPORTUNAMENTE PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO

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

Vacuna Antituberculosis BCG

“En aquellos niños entre 1 a 4 años 11 meses 29 días que no hayan recibido BCG y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG.”

En el registro se coloca la edad que corresponda al niño

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar **“1”** como para todos los vacunados con BCG después de las 24 horas.
- En el siguiente casillero **“CE”** para indicar la condición de contacto de casos de TB pulmonar

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																	
23	08569536	10	San Martín de Porres	2	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antituberculosa (BCG)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90585	
	045635	58					M	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	CE	
							D	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Vacuna SPR

“Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.”

- En el 1º casillero Vacunación SPR
- En el ítem Lab el número de dosis 1, ó 2... según corresponda

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																
23	08569536	10	San Martín de Porres	3	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90707
	045635	58					M	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
							D	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Vacunación Anti Neumococo en Niños y Niñas de 1 año sin antecedente de vacunación durante el 1er año de vida

- En el 1º casillero Vacunación antineumocócica
- En el ítem Lab registre el número de dosis **“1”** ó **“2”** según corresponda.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																
23	08569536	10	San Martín de Porres	1	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90670
	045635	58					M	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
							D	Hb		R	R	3.	P	D	R	

VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ADULTOS Y OTROS GRUPOS

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

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)
- En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					
23	08569536	10	San Martín de Porres	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotánica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	90714		
	045635				<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

Vacunación con vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)
- En el ítem Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					
23	08569536	10	San Martín de Porres	30	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotánica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	90714		
	045635				<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

En el reporte la desagregación de los vacunados será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años, 30 a 59 años y 60 a más años), para esto no es necesaria ninguna especificación adicional en el registro adicional a las descritas en los ejemplos.

Vacunación con vacuna dT a niños y niñas de 5 a 9 años en riesgo

La vacunación con dT está indicado en casos especiales en niños/niñas que no hayan recibido vacuna contra le difteria y tétanos (Pentavalente o DPT) y por indicación médica requiera la vacuna dT como medida preventiva.

Para los niños de 5 a 6 años se administrará la vacuna dT pediátrica (90702) y los niños de 7 años a más recibirán la vacuna dT para adultos (90714).

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

- En el 1º casillero Vacunación Diftotética (dT)
- En el ítem Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

Ejemplo de niñas/niños de 5 a 6 años vacunadas con dT pediátrica

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					
23	08569536	10	San Martín de Porres	6	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotánica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	90702		
	045635				<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

Ejemplo de niñas/niños de 7 años a más vacunadas con dT Adulto

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____					
23	08569536	10	San Martín de Porres	9	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Diftotánica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	90714		
	045635				<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

Vacunación con vacuna dTpa en GESTANTES

En el esquema actual de vacunación se establece la administración de una dosis de vacuna contra el tétanos, difteria y tos ferina con componente acelular purificado (dTpa) durante cada embarazo entre la semana 27 y 36 de gestación.

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

- En el 1º casillero Vacunación para tétanos, toxoide diftérico y pertusis acelular (dTpa)
- En el ítem Lab por ser dosis única colocar G (Gestante)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____															
23	08569536	10	San Martín de Porres	32	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación para tétanos, toxoide diftérico y pertusis acelular	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	G	90715	
	045635	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Vacunación contra Neumococo en mayores de 60 años

La NTS N° 141 - MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) establece que:

“Se administre una dosis de la vacuna que previene las infecciones invasivas graves, de los serotipos más comunes de *Streptococcus pneumoniae* o neumococo a todas las personas a partir de los 60 años”

- En el 1º casillero Vacunación Antineumocócica
- En el ítem Lab se deja en **BLANCO** (por ser dosis única para la edad)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____															
23	08569536	10	San Martín de Porres	60	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antineumocócica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		90670	
	045635	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

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

La NTS N° 141 - MINSA/2018/DGIESP (R.M. 719-2018-MINSA) establece que:

“La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas:

a) **Embarazadas o puérperas**

Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. Este riesgo es exacerbado con la presencia de comorbilidades. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:

A.1.- Embarazadas: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.

A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea.”

b) **Los trabajadores de salud**

Los trabajadores de salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de apoyo con el paciente en sus instalaciones médicas, incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general.

c) **Adultos mayores (de 60 años a más)**

Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma: La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea al primer contacto con el establecimiento de salud.

d) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 59 años 11 meses 29 días, a los que se administra:

- Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".
- Niños de 3 años a personas de 59 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales:

- Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC.
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria,
- Cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal."

Para identificar que el vacunado pertenece al grupo de riesgo como Mayores de 60 años, NO SERÁ NECESARIO REGISTRAR NINGÚN CAMPO LAB PARA INDICAR QUE ES DE RIESGO.

El registro es el siguiente:

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

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

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

- **[Dejar Lab en blanco]** = Mayores de 60 años
- **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
- **G** = Gestantes
- **P** = Puérpera

Vacunación en adulto mayor

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				
23	08569536		10	San Martín de Porres	68	M	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	X	R		90658				
	045635		58			M			TALLA		X	X	2.	P	D	R						
						D	X	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R						

Vacunación en gestante

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				
23	08569536		10	San Martín de Porres	28	M	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	X	R	G	90658				
	045635		58			M			TALLA		X	X	2.	P	D	R						
						D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R						

Vacunación en población de riesgo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				
23	08569536		10	San Martín de Porres	40	M	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	X	R	ST	90658				
	045635		58			M			TALLA		X	X	2.	P	D	R						
						D	X	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R						

Vacunación Antihepatitis Viral B (HvB) en Población de 12 a 59 años

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

- En el 1º casillero Vacunación Antihepatitis B (HvB)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda.
- En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - TRA** = Transexual
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transexual que es TS
 - ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - PNP** = Policía Nacional
 - M** = Fuerzas Armadas
 - BOM** = Bomberos
 - DCI** = Defensa Civil
 - EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																		
23	08569536		10	San Martín de Porres	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90746
	045635					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Infección por VIH sin SIDA	P	D	R	HSH	
			58				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Para el reporte analítico y consolidado no se establece la diferenciación por grupos de riesgo, sin embargo en el registro HIS se mantiene la diferenciación a fin de responder a otras necesidades de información como por ejemplo a la ESN VIH/SIDA (HSH, TS, etc.)

Vacunación en personas con VIH - SIDA

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																		
23	08569536		10	San Martín de Porres	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90746
	045635					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z21X1
			58				D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

B. VACUNACIÓN EXTRAMURAL

Si bien es cierto las actividades extramurales son parte del trabajo programado de la estrategia en el año el registro de estas se debe realizar de manera individual, es decir, vacunado por vacunado (niños o adultos), ya no se registran como Actividad Masiva de Salud (AMS) en ninguno de los casos, esto nos permitirá mantener la construcción del registro de seguimiento de pacientes.

Como las actividades extramurales son de carácter muchas veces contingenciales, e incluso se vacuna como parte del esquema de vacunación regular aplicado a otros grupos de edad, se utilizará los siguientes criterios para el registro:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____				
23	08569536		10	San Martín de Porres
	045635			
			58	

- El registro será siempre individual y se deberá incluir los datos de identificación del vacunado: Documento de Identidad, Historia Clínica / N° de registro o Carné de Vacunación y procedencia habitual.
- Si la vacunación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar “C” para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____								
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R						
23	08569536		10	San Martín de Porres		40	M	PC				N	N	1.						
	045635		58									D	F	Pab				X	X	2.
																			R	R

- Independientemente del tipo de vacuna que se aplique se deberá utilizar en el campo Lab para identificar la dosis aplicada en campaña:
 - ✓ **DU** = Cuando se trate de dosis única (no dejar en blanco el campo Lab)
 - ✓ **D1** = Cuando se trate de la 1° dosis
 - ✓ **D2** = Cuando se trate de la 2° dosis
 - ✓ **D3** = Cuando se trate de la 3° dosis
 - ✓ **DDA** = Cuando se trate de dosis adicional

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____									
23	08569536		10	San Martín de Porres		2	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación contra la influenza estacional	P	X	R	DU	90657							
	045635		58		D									F	Pab	TALLA		R	R	2. Asma no especificada	P	D	X		J459
																						R	R	3.	P

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____									
23	08569536		10	San Martín de Porres		2	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	X	R	D2	90707							
	045635		58		D									F	Pab	TALLA		R	R	2.	P	D	R		
																						R	R	3.	P

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____									
23	08569536		10	San Martín de Porres		40	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (APO)	P	X	R	DDA	90712							
	045635		58		D									F	Pab	TALLA		R	R	2. Vacunación Anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	P	X	R	DDA	90701
																						R	R	3.	P

Los ejemplos son referenciales y se puede dar el caso de que se vacune con más de un tipo de vacuna al mismo tiempo.

- Adicionalmente si la vacunación distingue grupos de riesgo diferenciados se deberá utilizar las siglas de los grupos de riesgo ya definidos, en el 2° casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - **TRA** = Transexual
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transexual que es TS
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **PNP** = Policía Nacional
 - **M** = Fuerzas Armadas
 - **BOM** = Bomberos
 - **DCI** = Defensa Civil

- **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud
- **PPL** = Persona privada de su libertad
- **G** = Gestante
- **P** = Puérpera

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___									
23	08569536	10	San Martín de Porres	26	M	PC				N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	D1	90746								
	045635																								
		58																							

Los grupos de riesgo están establecidos de acuerdo al tipo de vacuna a aplicar.

C. BARRIDOS DE VACUNACIÓN

Para el caso de Barridos de vacunación, estas se establecen de acuerdo a prioridades de inmunización nacionales por lo que no distinguen el estado vacunal de la población objetivo por lo que para estas actividades se debe realizar el registro de manera individual, es decir, vacunado por vacunado (niños o adultos), ya no se registran como Actividad Masiva de Salud (AMS) en ninguno de los casos, esto nos permitirá mantener la construcción del registro de seguimiento de niños y personas vacunadas.

Como los Barridos son de carácter muchas veces contingenciales, e incluso se vacuna como parte del esquema de vacunación regular aplicado a otros grupos de edad, se utilizará los siguientes criterios para el registro:

- El registro será siempre individual y se deberá incluir los datos de identificación del vacunado: Documento de Identidad, Historia Clínica / N° de registro o Carné de Vacunación y procedencia habitual.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				
23	08569536	10	San Martín de Porres		
	045635				
		58			

- Si la vacunación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar "C" para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO													
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___												
23	08569536	10	San Martín de Porres	26	M	PC				N	N	PESO												
	045635																				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		58																				Hb		R

- Independientemente del tipo de vacuna que se aplique se deberá utilizar en el campo Lab para identificar la dosis aplicada en el barrido:
 - ✓ **BU** = Cuando se trate de dosis única (no dejar en blanco el campo Lab)
 - ✓ **B1** = Cuando se trate de la 1º dosis
 - ✓ **B2** = Cuando se trate de la 2º dosis
 - ✓ **B3** = Cuando se trate de la 3º dosis
 - ✓ **BDA** = Cuando se trate de dosis adicional

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			
23	08569536	10	San Martín de Porres	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacunación Antipoliomielítica (APO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B1	90712	
	045635	58			<input type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		D				
					<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

- Adicionalmente si la vacunación distingue grupos de riesgo diferenciados se deberá utilizar las siglas de los grupos de riesgo ya definidos. En el 2º casillero anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo:
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - **TRA** = Transexual
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transexual que es TS
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **PNP** = Policía Nacional
 - **M** = Fuerzas Armadas
 - **BOM** = Bomberos
 - **DCI** = Defensa Civil
 - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
 - **G** = Gestante
 - **P** = Púérpera

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			
23	08569536	10	San Martín de Porres	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna Anti hepatitis viral B (HvB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B1	90746	
	045635	58			<input type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		D				
					<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

D. ACTIVIDADES ESTACIONALES

Durante el año se presentan diferentes actividades relacionadas con la vacunación, es así que se deben tener en consideración los criterios generales para un registro adecuado.

Condición	Campo Lab Intramural	Campo Lab Extramural
Vacuna dosis única	En blanco	DU
Refuerzo	DA	DDA
Más de 1 dosis	1,2,3 según corresponda	D1, D2, D3 según corresponda

- Los campos Lab siempre deben contener el dato de la dosis. En caso de que esta sea aplicada a un grupo de riesgo la identificación del grupo de riesgo debe ser consignado en el campo Lab contiguo al de la dosis; si es aplicada más de una vacuna se debe registrar en la última posición la vacuna que requiere la identificación del grupo de riesgo para que se pueda hacer uso del siguiente campo Lab.
- Si la vacuna es dosis única intramural se puede hacer uso del campo Lab para indicar el grupo de riesgo pero si es extramural el campo de la dosis debe indicar "DU" y en el siguiente campo Lab debe ser registrada la sigla que identifica el grupo de riesgo. En el caso de que el siguiente campo Lab esté ocupado, registrar la vacuna al final de todas las actividades para hacer uso del siguiente campo Lab.

Ejemplos:

Vacunación influenza y dT en gestante realizada en domicilio

En este caso la visita (que siempre se registra al final de todas las actividades) siempre lleva la numeración en el campo Lab y las demás actividades también por lo que, de manera excepcional, debe ser desplazado su registro a la primera posición, reordenando las demás actividades.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO			P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				
23	08569536	10	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344			
	045635				58					TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vacunación Diftotética (dT)	P	D	R	1	90714	
									Hb		R	R	3. Vacunación contra la influenza estacional	P	D	R	DU	90658		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	P	D	R	G				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R					
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R					

E. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

Visita Domiciliaria (99344)

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

El Registro de la vacunación en domicilio deberá registrarse cuando esta es EFECTIVA, pudiendo utilizar para los casos de no vacunación habiendo realizado la visita, los siguientes códigos:

- Z280 Inmunización no realizada por contraindicación (prescripción médica, niño enfermo o en tratamiento)
- Z281 Inmunización no realizada por decisión del paciente, por motivos de creencia o presión de grupo
- Z282 Inmunización no realizada por decisión del paciente, por otras razones y las no especificadas (negación expresa sin que sea por motivos de salud)
- Z288 Inmunización no realizada por otras razones (se encontró al niño ya vacunado)
- Z289 Inmunización no realizada por razón no especificada (atención de otras actividades que emergen durante la visita y que son de prioridad, por ejemplo que encuentre a una gestante en trabajo de parto, se prioriza el traslado o la atención, etc.)

El uso estricto de los códigos para la vacunación no realizada en la visita debe obedecer a los motivos descritos. Por ningún motivo se registran las visitas no efectivas por falta de ubicación del domicilio.

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

- En el 1º casillero el Motivo de Visita
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO			P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				
23	08569536	10	San Martín de Porres	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Inmunización no realizada por contraindicación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z280			
	045635				58					TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
									Hb		R	R	3.	P	D	R				

Cuando la vacunación se hace efectiva en el domicilio:

Se registra la(s) vacuna(s) aplicada indicando los datos a nivel individual, utilizando el campo Lab para el registro de la dosis según corresponda.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536		10	San Martín de Porres	1	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antipoliomielítica (APO)	P	X	R	DDA	90712		
	045635		58			M		TALLA	X	X	2. Visita domiciliaria	P	X	R	1	99344		
						D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536		10	San Martín de Porres	4	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antipoliomielítica (IPV)	P	X	R	D2	90713		
	045635		58			M		TALLA	X	X	2. Vacunación contra DPT - Hvb - Hib (Pentavalente)	P	X	R	D2	90723		
						D	Pab	Hb	R	R	3. Vacuna anti neumocócica	P	X	R	D2	90670		

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
						M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación contra rotavirus	P	X	R	D2	90681		
						M		TALLA	C	C	2. visita domiciliaria	P	X	R	1	99344		
						D	F	Hb	R	R	3.	P	D	R				

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	08569536		10	San Martín de Porres	29	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación antihepatitis Viral B (HvB)	P	X	R	D1	90746		
	045635		58			M		TALLA	X	X	2. Visita domiciliaria	P	X	R	1	99344		
						D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

En las visitas domiciliarias las dosis extramurales se registran con DU, D1, D2, D3, DDA

Sesión Demostrativa (C0010)

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

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

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

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

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		
23	APP141			San Martín de Porres		M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	X	R	12	C0010		
						M		TALLA	C	C	2. Actividades de Inmunizaciones	P	X	R		U0009		
						D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

Sesión Educativa (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	APP142			San Martín de Porres			A	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión educativa		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	C0009
							M			TALLA		C	C	2. Actividades de Inmunizaciones		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		

Capacitación (U124)

Definición Operacional: Es un proceso sistemático para proporcionar o mejorar los conocimientos y competencias del recurso humano.

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

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

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

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

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

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

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

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____																				
23	APP 141			San Martín de Porres			A	M	PC	PESO		N	N	1. Capacitación		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	28	U124
							M			TALLA		C	C	2. Actividades de Inmunizaciones		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0009
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		

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

Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar. Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y de ser posible el lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.

Anotaciones Finales

- Las personas vacunadas contra la Fiebre Amarilla (Población no Vacunada y Persona que viaja a zonas endémicas) se registran de la misma forma que los niños, la diferenciación se realiza en la edad y el distrito de procedencia; el campo Lab siempre va en blanco por ser dosis única para la edad.
- Las dosis aplicadas en otros sub sectores deberán ser registradas bajo las mismas características descritas en el presente documento técnico a fin de ser incluidas en el aplicativo informático; debiendo ser asignadas al establecimiento de salud NO MINSA que realizó la vacunación.
- Cualquier cambio y/o modificación en el registro debido al cambio del esquema de vacunación será actualizada a través de una adenda al presente documento técnico, las regiones NO DEBERÁN IMPLEMENTAR NINGUNA FORMA DIFERENTE DE REGISTRO PARA TRATAR DE ADECUAR ALGUNA SITUACIÓN ESPECÍFICA, POR EL CONTRARIO, DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PODERLE DARLE UNA FORMA DE REGISTRO HOMOGÉNEA PARA TODO EL PAÍS.

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



PERÚ Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima

Telef: (01) 315 6600

www.gob.pe/minsa

INFOSALUD: 0800-10828