

LOTE:

PAGINA:

FECHA PROCES.:

DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

1 TURNO
M T N

2	3	4	5	6																																						
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																						
ADULTO MAYOR SANO																																										
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																											
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPMS																											
	HISTORIA CLINICA	10	12										P D R	1º 2º 3º																												
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																																							
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>En personas mayores de 60 años a mas NO se identifica factores de riesgo la valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, evaluación nutricional, medición de la presión arterial y consejería en estilos de vida saludable.</p> </div> <table border="1"> <tr> <td>PESO</td> <td>76</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. VACAM</td> <td>P</td> <td>R</td> <td>AS</td> <td>99215,03</td> </tr> <tr> <td>TALLA</td> <td>1,65</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>2. CONSEJERIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>R</td> <td>1</td> <td>99401</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																PESO	76	N	N	1. VACAM	P	R	AS	99215,03	TALLA	1,65	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL	P	R	1	99401	Hb		R	R	3.	P	R		
PESO	76	N	N	1. VACAM	P	R	AS	99215,03																																		
TALLA	1,65	R	R	2. CONSEJERIA INTEGRAL	P	R	1	99401																																		
Hb		R	R	3.	P	R																																				
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																										
2	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	A	M	PC	PESO	N	N	1. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE	P	R			Z636.1																											
				M		Pab	TALLA	R	R	2. PLAN DE ATENCION INTEGRAL	P	R	1		99801																											
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	R			Z019																											
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																										
3	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	A	M	PC	PESO	N	N	1. EXAMEN DE LABORATORIO	P	R			Z017																											
				M		Pab	TALLA	C	C	2. TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL	P	R	120	80	99401,13																											
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	P	R			99401,13																											
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																										
4	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	A	M	PC	PESO	N	N	1. TAMIZAJE DE VIOLENCIA	P	R			96150,01																											
				M		Pab	TALLA	R	R	2. TAMIZAJE DE DEPRESION	P	R			96150,03																											
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. TAMIZAJE PAR DETECTAR DETERIORO COGNITIVO	P	R			96150,03																											
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																										
5	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL	P	R			99402,09																											
				M		Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R																													
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3.	P	D	R																													

LAB AS : PERSONA ADULTA SALUDABLE

Z636.1 Persona adulta mayor independiente

Adulto mayor identificado para iniciar su paquete de cuidados esenciales

TAMIZAJE PRESIÓN ARTERIAL		
VALOR	CONDICIÓN	LAB
<120/80 mmHg	NORMAL	N
>120/80 mmHg	ALTA RIESGO	A

Quando el tamizaje es positivo se registrará:

Tamizaje	Código	Descripción
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	9456	Problemas relacionados con violencia
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	2220	Problemas relacionados con Alcohol
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	2221	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	2222	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Drogas
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	2138	Asesoría de problemas relacionados a la salud mental
Tamizaje en Atención y Cuidado (AC)	2100	Asesoría de problemas relacionados a la salud mental

6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
6	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	A	M	PC	PESO	N	N	1. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	R	20	99173
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. EXAMEN DE LOS OJOS Y LA VISION	P	R	N	2010
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	R		99401,16
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
7	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		A	M	PC	PESO	N	N	1.				
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.				
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3.				
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
8	80102030	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		A	M	PC	PESO	N	C	1. EVALUACION ORAL COMPLETA	P	R		D0150
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	R	1	D1330
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. ASESORIA DE HIGIENE ORAL	P	R	1	D1310
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
9	80153020	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		A	M	PC	PESO	N	N	1. PROFILAXIS	P	R	1	D1110
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. APLICACIÓN DE FLUOR GEL	P	R	1	D1208
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3.				
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE		(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___		FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___							
10		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		A	M	PC	PESO	N	N	1.				
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2.				
				D	F	P_Pr	Hb	R	R	3. PLAN D E ATENCION EJECUTADO	P	R	TA	99801

Considerar en la condición: "N" o "R"

DESPUES DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PRIORIZADAS DEL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL CURSO DE VIDA ADULTO, SE PROCEDERÁ A CULMINAR EL PLAN DE DE ATENCIÓN INTEGRAL

REGISTRAR LOS VALORES QUE ENCUENTRA EN AMBOS OJOS. (Determinación de Agudeza Visual)
COLOCAR
OD = LAB 1
OI = LAB 2
EN EXAMEN DE OJOS Y VISION COLOCAR NORMAL O ALTERADO SEGUN EL DX ENCONTRADO
VALOR NORMAL EN ADULTO HASTA 50 ANORMAL DE 70 A MAS

Las actividades preventivas se realizan dos veces al año, registrandose en el campo Lab la actividad que corresponde, tambien deberá registrarse las patología encontradas al momento de hacer la evaluación oral completa así como los procedimientos realizados de ser necesario.

- Nuevo (N): Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- Continuidad (C): Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- Reingreso (R): Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.



LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

2	3	4	5	6
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
ADULTO MAYOR ENFERMO				
7	8	9	11	13
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD
	HISTORIA CLINICA	10	12	SEXO
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
<p>En personas mayores de 60 a más Si se identifica factores de riesgo la valoración clínica corresponde: lo indicado anteriormente, además su examen de laboratorio y su Dx correspondiente</p>				
1	82	76	1.65	1. N. N. 1. VACAM
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
2	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	1. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
3	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	1. EXAMEN DE LABORATORIO
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
4	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NOM_PACIENTE (*FECHA DE NACIMIENTO: / /) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
5	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	1. Colesterol total

1 TURNO
M T N

En personas de 60 a más según tabla estandarizada para adultos mayores

Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	Clasificación	CEC10
< 20,0	Delgada	1454
> 20 a < 25	Normal	
> 25 a < 30	Sobrepeso	18800
> 30	Obesidad	2097

LAB : PERSONA ADULTA MAYOR ENFERMA
 AF: PERSONA ADULTO MAYOR FRAGIL GC: PERSONA ADULTA MAYOR GERIATRICO

2696.2 Persona Adulta Mayor Dependiente Total
 7636.3 Persona Adulta Mayor Dependiente Total

Adulto mayor identificado para iniciar su paquete de cuidados esenciales

TAMIZAJE PRESIÓN ARTERIAL

VALOR	CONDICIÓN	LAB
< 120/80 mmHg	NORMAL	N
> 120/80 mmHg	ALTA RIESGO	A

Cuando se cuenta con los resultados de laboratorio, luego de identificar factores de riesgo:

6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
6	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	45	N N	1. TAMIZAJE DE VIOLENCIA	P	R			96150001
				N N	2. TAMIZAJE DE DEPRESION	P	R			96150005
				R R	3. TAMIZAJE DE DETERIORO COGNITIVO	P	R			96150007
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
7	80107748	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		N N	1. CONSEJERIA EN SALUD MENTAL					99401009
				C C	2.	P	D	R		
				R R	3.	P	D	R		
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
8	80102030	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		N N	1. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	R	20		99171001
				R R	2. EXAMEN DE LOS OJOS Y LA VISION	P	R	N		Z010
				R R	3. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	R			99401016
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
9	80153020	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		N N	1.					
				C C	2.					
				R R	3.					
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
10		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		N	1. EVALUACION ORAL COMPLETA	P	R			D0150
				C	2. INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL	P	R	1		D133
				R	3. ASESORIA DE HIGIENE ORAL	P	R	1		D131
11	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
11	801044580	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		N N	1. PROFILAXIS DENTAL	P	R	1		D111
				C C	2. APLICACION DE FLUOR GEL	P	R	1		D120
				R R	3.	P	D	R		
12	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:	NOM_PACIENTE	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /	FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
12				N	1. PLAN DE ATENCION INTEGRAL EJECUTADO	P	R	TA		99801
				R	2.	P	D	R		
				R	3.	P	D	R		

Quando el tamizaje es positivo se registrará:

Tamizaje	Código	Descripción
Tamizaje en violencia	96150	Problemas relacionados con violencia
Tamizaje en Alcohol y Drogas (AD)	2320	Problemas relacionados con alcohol
	2321	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	2732	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Drogas
Tamizaje en Trastornos Depresivos	2110	Búsqueda de problemas relacionados a la salud mental
Tamizaje en Psicosis	2111	Búsqueda de problemas relacionados a la salud mental

REGISTRAR LOS VALORES QUE ENCUENTRA EN AMBOS OJOS. (Determinación de Agudeza Visual) COLOCAR
OD = LAB 1
OI = LAB 2
 EN EXAMEN DE OJOS Y VISION COLOCAR NORMAL O ALTERADO SEGUN EL DX ENCONTRADO VALOR NORMAL EN ADULTO HASTA 50 ANORMAL DE 70 A MAS

Considerar en la condición : "N" o "R"

Las actividades preventivas se realizan dos veces al año, registrándose en el campo Lab la actividad que corresponde, también deberá registrarse las patologías encontradas al momento de hacer la evaluación oral completa así como los procedimientos realizados de ser

DESPUES DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PRIORIZADAS DEL PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL CURSO DE VIDA ADULTO, SE PROCEDERÁ A CULMINAR EL PLAN DE DE ATENCION INTEGRAL.

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD			ITEM 12	ITEM 16	ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	FECHA DE ULTIMA REGLA
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	Registrar el nombre del Centro Poblado	PESO = kg TALLA = Cm Hb = Valor	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA) C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO	Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografía
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO				
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL					

(*) Opcional