3° ADENDA AL MANUAL HIS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD BUCAL

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ORAL COMPLETA

" Las consideraciones descritas en la presente adenda REEMPLAZARÁN el registro del procedimiento de examen estomatológico con código D0120 descrito en el Manual de Registro y Codificación HIS de la Dirección Nacional de Salud Bucal "

EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (CODIGO D0150)

Procedimiento que comprende la evaluación integral, rigurosa y minuciosa de los tejidos duros y blandos, extraorales e intraorales, así como de los órganos y estructuras que comprende el sistema estomatognático; de ser necesario se realizará la evaluación del historial médico y estomatológico, de la interpretación de exámenes y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, y de interconsultas si se requiere una evaluación del estado de salud general del paciente. Incluye la detección de signos de cáncer o de afecciones precancerosas. El procedimiento es realizado por el cirujano dentista y comprende el registro de los hallazgos de la evaluación en la historia clínica.

PRIMERA EVALUACIÓN ORAL COMPLETA

La primera evaluación oral completa se realiza anualmente durante el año calendario a todo paciente nuevo o reingresante al servicio, y a todo paciente que ha estado ausente del tratamiento activo al término de uno o más años.
Asi mismo en la primera evaluación oral completa se deberá registrar y codificar la morbilidad que presente el paciente y sobre el cual se establecerá el plan de tratamiento integral a realizar, para el caso de las patologías que afecten a los dientes en forma específica se registrará además del diagnóstico el número de dientes afectados, para el caso de los pacientes que presenten comorbilidad esta condición tambien será registrada.

A. Registro de la primera evaluación oral completa realizada a un paciente con diagnóstico de <u>PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL</u>.

PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL: Se considera a todo paciente que no presenta antecedentes de enfermedades, transtornos, malformaciones congénitas o lesiones relacionados con la salud bucal.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB** se registra el número **"1"** y en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En el **Segundo** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra **Persona sana para salud bucal** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico;** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"U160"**.

3. En los **recuadros subsiguientes** se registrarán los procedimientos realizados según el plan de tratamiento preventivo establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD SAMEGUA						ODONTOLOGÍA				DNI	40458963	JULIA ROMÁN CASTILLO				
DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: ERNESTO ARAUJO ORTIZ				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
13	79658432	10	SAMEGUA	8	A	M	PC		PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	**D**	R	**1**			**D0150**
	I-012				M				TALLA		C	C	**PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL**	P	**D**	R				**U160**
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	**D**	R	**1**			D1330
					A	M	PC		PESO		N	**N**	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	**D**	R	**1**			D1310
					M				TALLA		**C**	C	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	P	**D**	R	**1**			D1206
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	**D**	R				

B. Registro de la primera evaluación oral completa realizada a un paciente que <u>NO PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB** se registra el número **"1"** y en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** se registrarán los procedimientos realizados según el plan de tratamiento preventivo establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO						ODONTOLOGÍA				DNI	40872348	ALAN HUERTAS VALVERDE				
DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: DEYSI ALFARO PEREZ				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
13	78125431	10	TAMBOPATA	5	A	M	PC		PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	**D**	R	**1**			**D0150**
	H-34				M				TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	**D**	R	**1**			D1330
		59			D	F	Pab		Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	**D**	R	**1**			D1310
					A	M	PC		PESO		N	**N**	PROFILAXIS DENTAL	P	**D**	R	**1**			D1110
					M				TALLA		**C**	C	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	P	**D**	R	**1**			D1206
					D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

C. Registro de la primera evaluación oral completa realizada a un paciente que <u>PRESENTA ENFERMEDADES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</u>.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB** se registra el número **"1"** y en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos** identificados durante la evaluación realizada al paciente y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D"** (Definitivo) del Item **Tipo de Diagnóstico**; *en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes* , se registrarán en los recuadros correspondientes al Item **Valor LAB** el número de dientes afectados; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT** se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.

3. Finalmente, luego del registro de las consideraciones descritas, se registrarán en los recuadros subsiguientes los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	CENTRO DE SALUD DE SINGA						ODONTOLOGÍA				DNI	40374215	MARCIAL FLORES ESQUIVEL				
DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: RAÚL RODRIGUEZ LAOS				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
13	77548621	10	SINGA	9	A	M	PC	PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	D	R	1			D0150
	OM-22				M			TALLA		C	C	**CARIES DE LA DENTINA**	P	D	R	2			K021
		59			D	F	Pab	Hb		R	R	**ERÓSION DE LOS DIENTES**	P	D	R				K032
					A	M	PC	PESO		N	N	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES	P	D	R	1			D2330
					M			TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	1			D1330
					D	F	Pab	Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310

D. Registro de la primera evaluación oral completa realizada a un paciente que <u>PRESENTA COMORBILIDAD POR ENFERMEDADES SISTÉMICAS</u>.

1. En el **Primer** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registra el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el Item **Valor LAB** se registran en el primer recuadro el número **"1"** y en el segundo recuadro la sigla **"CM",** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

2. En los **recuadros subsiguientes** correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, se registran todos los **Diagnósticos** identificados durante la evaluación realizada al paciente y según corresponda se marcará con un aspa **(X)** en el casiller **"D"** (Definitivo) del Item **Tipo de Diagnóstico**; *en el caso de que se registren diagnósticos especificos que afecten a los dientes* , se registrarán en los recuadros correspondientes al Item **Valor LAB** el número de dientes afectados; en los recuadros correspondientes al Item **Código CIE/CPT** se registrarán los códigos de los diagnósticos descritos según corresponda.

3. Finalmente, luego del registro de las consideraciones descritas, se registrarán en los recuadros subsiguientes los procedimientos realizados según el plan de tratamiento integral establecido para el paciente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2021	ENERO	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL						ODONTOLOGÍA				DNI	47824573	ANA ROMERO MORANTE				
DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / 10 / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: BERNARD SILVA AGUILAR				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
4	46345810	10	HUARAL	25	A	M	PC	PESO		N	N	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	D	R	1	CM		D0150
	L-23				M			TALLA		C	C	**HIPERPLASIA GINGIVAL**	P	D	R				K061
		59			D	F	Pab	Hb		R	R	**GINGIVITIS CRÓNICA**	P	D	R				K050
					A	M	PC	PESO		N	N	**CARIES DE LA DENTINA**	P	D	R	4			K021
					M			TALLA		C	C	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	1			D1330
					D	F	Pab	Hb		R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	1			D1310
					A	M	PC	PESO		N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	1			D1110
					M			TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

SEGUNDA EVALUACIÓN ORAL COMPLETA

La segunda evaluación oral completa se realizará únicamente a todo paciente continuador a quien se le haya culminado el plan de tratamiento integral establecido durante la primera evaluación, incluyendo las modificaciones realizadas debido a la inclusión de diagnósticos nuevos o circunstanciales que se puedan presentar durante la ejecucion del plan de tratamiento.
Excepcionalmente el registro de la segunda evaluación oral completa puede coincidir con el registro del alta básica odontológica <u>únicamente</u> cuando la condición de paciente libre de foco séptico se adquiera con la culminación del plan de tratamiento integral.

A. Registro de la segunda evaluación oral completa cuando la culminación del plan de tratamiento integral establecido para el paciente <u>NO</u> COINCIDE CON EL ALTA BASICA ODONTOLÓGICA.

1. En los primeros recuadros se registrarán los últimos procedimientos realizados según el plan de tratamiento establecido para el paciente.

2. En el **último** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB** se registra el número **"2"** y en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	NOVIEMBRE	INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO	ODONTOLOGÍA	DNI	41578916	HERLY GAMARRA PONCE

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: BETTY MERINO DÍAZ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
26	75879299	10	BREÑA	16	A M D / M F	PC / Pab	PESO	N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	2			D1110
	T-65	59					TALLA	C	C	CONTROL PERIÓDICO DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO	P	D	R				D8670
							Hb	R	R	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	D	R	**2**			**D0150**
		10			A M D / M F	PC / Pab	PESO	N	N		P	D	R				
		59					TALLA	C	C		P	D	R				
							Hb	R	R		P	D	R				

B. Registro de la segunda evaluación oral completa cuando la culminación del plan de tratamiento integral establecido para el paciente COINCIDE CON EL ALTA BASICA ODONTOLÓGICA.

1. En los primeros recuadros se registrarán los últimos procedimientos realizados según el plan de tratamiento establecido para el paciente.

2. En el sub siguiente recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **Alta Básica Odontológica** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"U510"**.

3. En el **último** recuadro correspondiente al Item **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud** se registrará el procedimiento **de Evaluación Oral Completa** y se marca con un aspa **(X)** en el casillero "**D" (Definitivo)** del Item **Tipo de Diagnóstico,** en el recuadro correspondiente al Item **Valor LAB** se registra el número **"2"** y en el recuadro correspondiente al Item **Código CIE/CPT** se registra el código del procedimiento **"D0150"**.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		
2021	NOVIEMBRE	CENTRO DE SALUD PATAZ	ODONTOLOGÍA	DNI	40523671	ELIZABETH ESQUIVEL VILLA

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JNONNY OCAMPO NOÉ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT
26	45879299	10	PATAZ	25	A M D / M F	PC / Pab	PESO	N	N	PROFILAXIS DENTAL	P	D	R	2			D1110
		59					TALLA	C	C	RESTAURACIÓN FOTOCURABLE DE UNA SUPERFICIE CON RESINA EN PIEZAS DENTARIAS POSTERIORES	P	D	R	1			D2391
							Hb	R	R	ASESORÍA NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	P	D	R	2			D1310
		10			A M D / M	PC	PESO	N	N	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL	P	D	R	**2**			D1330
							TALLA	C	C	**ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA**	P	D	R				**U510**
							Hb	R	R	**EVALUACIÓN ORAL COMPLETA**	P	D	R	**2**			**D0150**

RCAF.