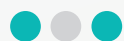


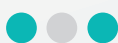


MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA CONSULTA EXTERNA



ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

Sistema de Información HIS





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

Etapas de Vida Adulto Mayor

Sistema de Información HIS

Lima - Perú
2020

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa: Etapa de vida adulto mayor. Sistema de Información HIS / Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Adulto Mayor -- Lima: Ministerio de Salud; 2019. 25 p.; ilustr.

SALUD DEL ADULTO / ANCIANO / ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES

“Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mayor”

Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Etapa de Vida Adulto Mayor.

Equipo de Trabajo:

Dr. Juan Del Canto y Dorador, Responsable de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

Dr. Víctor Girao Ysidro, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

Lic. Gladys María Garro Núñez - Directora Ejecutiva de la Oficina de Gestión de la Información

Lic. Virginia Solís Solís, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

Lic. Ana Cristina Magán La Rosa, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

Lic. Haydeé Iriarte Aguilar, Equipo Técnico de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.

Lic. Jorge Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.

Lic. Carlos Avila Guerra, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Comité de Expertos

Dra. Tania Tello Rodríguez, Médico especialista en Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Dra. Paola Marcelina Casas Vásquez, Médico especialista en Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Dra. Beatriz Marcela Mar Meza, Médico especialista en Geriatria del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

Dr. Santiago Antonio Herrera Morales, Médico especialista en Geriatria del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Dra. Esther Angélica Escalante López, Médico especialista en Geriatria del Hospital Policial Geriátrico San José.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

Edición, 2020

Diseño y Diagramación

Julie Guillen Ramos

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-17526

Tiraje: 10,000 ejemplares

Imprenta: FYBOSS EIRL

RUC: 20601966311

Dirección: Av. Militar 2001, Lince

Versión Digital:



María Elizabeth Jacqueline Hinostrza Pereyra
Ministra de Salud

Gustavo Martín Rosell de Almeida
Viceministro de Salud Pública

Víctor Freddy Bocangel Puclla
**Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud**

Javier Enrique Galdos Carvajal
Secretario General

Ángel Alberto Gonzales Vivanco
**Director General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública**

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

CONTENIDO

	PÁG.
I. GENERALIDADES _____	08
1.1 Actividades más frecuentes _____	08
1.2 Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de la Etapa de Vida Adulto Mayor _____	11
II. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR _____	11
2.1 Persona adulta mayor saludable _____	11
2.2 Persona adulta mayor enferma _____	12
2.3 Persona adulta mayor frágil _____	13
2.4 Persona adulta mayor geriátrico complejo _____	13
III. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD _____	14
3.1 Elaboración del plan de atención integral de salud _____	14
3.2 Plan de atención integral de salud ejecutado _____	15
IV. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR _____	15
4.1 Tamizaje positivo para trastorno depresivo _____	16
4.2 Tamizaje positivo en víctimas de violencia política _____	16
V. ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO _____	16
VI. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR _____	17
6.1 Clasificación de la Valoración Nutricional según Índice de Masa Corporal _____	17
6.2 Determinación del riesgo de enfermar en la persona adulta mayor según perímetro abdominal (Pab) _____	19
6.3 Mini valoración nutricional _____	20
VII. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP) _____	22
7.1 Visita Familiar Integral _____	22
7.2 Plan Familiar _____	22
7.3 Sesión Demostrativa _____	23
7.4 Sesión Educativa _____	23
VIII. ACTIVIDADES DEL CÍRCULO/CLUB DEL ADULTO MAYOR _____	24

I. GENERALIDADES

1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A049	Infección intestinal bacteriana, no especificada		moderada
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación	E441	Desnutrición Proteico calórica leve
B029	Herpes Zoster sin Complicaciones	E43X	Desnutrición Proteico calórica Severa, no especificada
C169	Tumor Maligno de Estómago, parte no Especificada.	E660	Obesidad debida a exceso de calorías (sobrepeso)
C189	Tumor Maligno del colón	E669	Obesidad, no especificada
D509	Anemia por deficiencia de Hierro sin otra Especificación	E780	Hipercolesterolemia pura
D519	Anemia por deficiencia de Vitamina B12, sin otra Especificación	E781	Hipertrigliceridemia pura
E02X	Hipotiroidismo Subclínico por Deficiencia de Yodo	E782	Hiperlipidemia mixta
E039	Hipotiroidismo Adquirido por Deficiencia de Yodo	E86X	Deshidratación / Depleción del Volumen
E102	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones renales	F009	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer, no Especificada (G30.9+)
E103	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones oftálmicas	F019	Demencia Vascular, no Especificada
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	F023	Demencia en la Enfermedad de Parkinson (G20+)
E110	Diabetes Mellitus no Insulino dependiente, con Coma	F066	Trastorno de Labilidad Emocional [Asténico], Orgánico
E111	Diabetes Mellitus no Insulino dependiente, con Cetoacidosis	F067	Trastorno Cognoscitivo Leve
E112	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones renales.	F320	Episodio Depresión Leve
E113	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones oftálmicas	F321	Episodio Depresión Moderado
E114	Diabetes Mellitus no Insulino dependiente, con Complicaciones Neurológicas	F329	Episodio depresivo, no especificado
E117	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples.	F059	Delirio, no Especificado
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación.	F510	Insomnio no Orgánico
E15X	Coma Hipoglicémico no Diabético.	F529	Disfunción Sexual no Ocasionada por Trastorno ni por Enfermedad Orgánicos, no Especifica
E160	Hipoglicemia sin Coma, Inducida por Drogas.	G530	Neuralgia Postherpes Zoster
E162	Hipoglicemia, no Especificada.	G20X	Enfermedad de Parkinson
E440	Desnutrición Proteico calórica	H547	Disminución de la Agudeza visual, sin especificación
		H811	Vértigo Paroxístico Benigno
		H919	Disminución de la Agudeza Auditiva, sin especificación
		H900	Hipoacusia Conductiva, bilateral
		I10X	Hipertensión Esencial (primaria)
		I110	Enfermedad Cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)
		I119	Enfermedad Cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca (congestiva)
		I159	Hipertensión secundaria, no especificada
		I499	Arritmia Cardiaca, no Especificada
		I48X	Fibrilación y Aleteo Auricular
		I509	Insuficiencia Cardiaca, no Especificada
		I872	Insuficiencia Venosa (Crónica) (Periférica)
		J189	Neumonía, no Especificada
		J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva

1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
J450	Crónica, no especificada (EPOC) Asma Predominantemente Alérgica. Bronquitis Alérgica	W011	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Institución Residencial
J451	Asma no alérgica	W012	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Escuelas, otras Instituciones y Áreas Administrativas Públicas
J459	Asma, no especificado	W013	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Áreas de deporte y Atletismo
J841	Otras Enfermedades Pulmonares Intersticiales con Fibrosis (Fibrosis Pulmonar)	W014	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Calles y Carreteras
K590	Constipación	W015	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Comercio y Área de Servicio
L853	Xerosis del Cutis	W016	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Área Industrial y de la Construcción
L89X	Úlcera de decúbito y área de presión, estadio I.	W017	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Granja
L891	Úlcera de decúbito, estadio II.	W018	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Otro lugar Especificado
L892	Úlcera de decúbito, estadio III.	W019	Caida en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Lugar no Especificado
L893	Úlcera de decúbito, estadio IV.	Y495	Efectos Adversos de otros Antipsicóticos y Neurolépticos
L89X	Úlcera de decúbito	Y589	Efectos Adversos a la Vacuna Haemophilus Influenzae B.
M623	Síndrome de inmovilidad (Parapléjico)	Z6361	Persona Adulta Mayor Independiente
M81.9	Osteoporosis no Especificada, sin Fractura patológica	Z6362	Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial
M19.9	Artrosis, no especificada	Z6363	Persona Adulta Mayor Dependiente Total
M628	Otros Trastornos Especificados de los Músculos (Sarcopenia)	Z7361	Fragilidad en las Personas Adultas Mayores
M542	Cervicalgia	99387	Valoración Clínica del Adulto Mayor
M797	Fibromialgia	Z019	Valoración Clínica de Factores de Riesgo
M819	Osteoporosis no Especificada, sin Fractura Patológica	85031	Hemograma Completo
M545	Lumbago no Especificado	81000	Examen de Orina
N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	Z0176	Glicemia
N393	Incontinencia Urinaria por Tensión	U262	Evaluación y entrega de resultados
N394	Otras Incontinencias Urinarias Especificas	Z602	Problemas relacionados con persona que vive sola
N40X	Hiperplasia de la Próstata		
R682	Boca Seca, no Especificada		
R634	Perdida Anormal de Peso		
R739	Hiperglicemia no especificada.		
R263	Inmovilidad		
R268	Otras Anormalidades de la Marcha y de la Movilidad y las no Especificadas		
R32X	Incontinencia Urinaria, no Especificada		
R6281	Riesgo en el Área Social		
R15X	Incontinencia fecal		
S324	Fractura del Acetábulo		
S730	Luxación de la Cadera		
S720	Fractura del Cuello de Fémur		
W010	Caída en el mismo nivel por Deslizamiento, Tropezón y Traspíe, en Vivienda		

1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
Z654	Víctima de Crimen o Terrorismo, Incluyendo Tortura.
Z655	Exposición a desastre, Guerra u otras Hostilidades.
Z658	Otros Problemas Especificados Relacionados con Circunstancias Psicosociales
Z595	Problemas relacionados con Pobreza Extrema.
Z709	Consulta Sexual, no Especificada
Z720	Problemas relacionados con el uso del tabaco.
Z721	Problemas relacionados con el uso del alcohol.
Z722	Problemas relacionados con el uso de drogas.
Z723	Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico.
Z724	Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados.
Z726	Problemas relacionados con el juego y las apuestas.
Z7281	Riesgo de lesiones y accidentes.
Z736	Problemas relacionados con la limitación de actividades debido a discapacidad
Z760	Consulta para Repetición de Receta
Z911	Historia Personal de Incumplimiento del Régimen o Tratamiento Médico
90658	Vacunación contra Influenza
90670	Vacunación Antineumocócica
90714	Vacunación Dt (Difteria Tétanos)
90872	Taller de Habilidades Sociales
99401	Consejería integral
99403	Consejería nutricional
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación Saludable
99209	Atención en nutrición
D0120	Examen Estomatológico
APP143	Actividades del Adulto Mayor
U140	Entrevista de Tamizaje de Salud Mental
U200	Sintomático Respiratorio
C0003	Reunión en Comunidad
C0008	Talleres para Profesionales de la Salud
C0009	Sesión Educativa
C0010	Sesión Demostrativa

Código	Diagnóstico / Actividad
C0011	Visita Familiar Integral
C0011.01	Visita Familiar Integral de identificación de riesgos y necesidades
C8002	Plan de Atención Integral de Salud
99489	Atención Cuidados Paliativos
99489.01	Atención Cuidados Paliativos: Curaciones de baja complejidad (Ej. Úlceras por presión)
99489.03	Atención Cuidados Paliativos: Seguimiento del tratamiento y de los cuidados del paciente en el hogar
99489.04	Atención Cuidados Paliativos: Capacitación al cuidador
99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal

Código	Actividades del círculo / Club de adulto mayor
C1041	Organización de encuentros con representantes de organizaciones y autoridades locales
C3011	Taller de participación comunitaria y empoderamiento social.
C3131	Sesiones Educativas para empoderamiento de derechos en salud de la población.
C6114	Sesiones demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos)

1.2 INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

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

ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

P: (Diagnóstico Presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico Definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico Repetido) Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

II. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

Definición Operacional. - Actividad que se realiza en el primer contacto entre la persona y el servidor de salud a través de la cual se define un conjunto de procesos: diagnóstico multidimensional y multidisciplinarios, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor (paquete de atención integral y diferenciada de salud), que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico, que debe recibir el adulto mayor para considerar que ha sido atendida integralmente. Actividad que se realiza una vez al año o más según necesidad y criterio del personal de salud. También conocido como Valoración Geriátrica Integral – VGI.

2.1 PERSONA ADULTA MAYOR SALUDABLE

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).
- En el 2º casillero Consejería Integral.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “AS” de Persona Adulta Mayor Saludable
- En el 2º casillero el número de consejería integral

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
14	25543431	1	Huancayo	72	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	AS	99387	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99401	
	22554	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor
- En el 2º casillero Persona Adulta Mayor Independiente (Z636.1)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “AS” de Persona Adulta Mayor Saludable
- En el 2º casillero dejar en blanco

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
5	25543431	1	Villa El Salvador	70	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	AS	99387	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Persona adulta mayor independiente	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z636.1	
	2569	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

2.2 PERSONA ADULTA MAYOR ENFERMA

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de consulta
- En el 3º casillero Consejería Integral

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “E” de Adulto Mayor Enferma
- En el 3º casillero en número de consejería

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
13	54325431	1	La Victoria	65	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	E	99387	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Hipertensión Esencial (primaria)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		110X	
	37915	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99401

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor
- En el 2º casillero Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial (Z636.2)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “E” de Persona Adulta Mayor Enferma
- En el 2º casillero dejar en blanco

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
20	2846921	1	Magdalena	82	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	E	99387	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z636.2	
	3456	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			



2.3 PERSONA ADULTA MAYOR FRÁGIL

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor.
- En el 2º casillero el diagnóstico motivo de consulta.
- En el 3º casillero Consejería Integral.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “AF” de Persona Adulta Mayor Frágil.
- En el 3º casillero el número de consejería.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
16	25124142	1	Jesús María	82	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	AF	99387
	23555	58			<input type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Enfermedad Cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		1110
					<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor.
- En el 2º casillero Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial (Z636.2).

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “AF” de Persona Adulta Mayor Frágil.
- En el 2º casillero dejar en blanco.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
20	2846921	1	Magdalena	82	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	AF	99387
	3456	58			<input type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Persona Adulta Mayor Dependiente Parcial	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		Z636.2
					<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R		

2.4 PERSONA ADULTA MAYOR GERIÁTRICO COMPLEJO

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor
- En el 2º y 3º casillero el diagnóstico motivo de consulta
- En el 4º casillero Consejería Integral

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “GC” de Persona Adulta Mayor Geriátrico Complejo
- En el 4º casillero en número de consejería

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
18	25461379	1	Calzada	82	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	GC	99387
	66601	58			<input type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Diabetes mellitus insulino dependiente	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R		E109
					<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3. Osteocondropatía, no especificada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R		M939
										4. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401	

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor.
- En el 2º casillero Persona Adulta Mayor Dependiente Total (Z636.3)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “GC” de Persona Adulta Mayor Geriátrico Complejo.
- En el 2º casillero dejar en blanco.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	25543431	2	San Juan de Miraflores	68	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	GC	99387
	2569	58			M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Persona Adulta Mayor Dependiente Total	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z636.3	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Los diagnósticos preexistentes en las personas adultas mayores deben ser registrados con tipo de diagnóstico “R” (repetido) para evitar duplicar los casos de morbilidad.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar para la elaboración del:

III. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Definición Operacional. - Es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor a través de la cual se define el conjunto individualizado de cuidados esenciales y es realizado de acuerdo a cada categoría que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente.

Para esta actividad considere lo siguiente:

El Plan de Atención Integral de Salud solo se registra en el formulario HIS al elaborar y al finalizar la ejecución del plan de atención según corresponda.

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

- En el 1º casillero la Valoración Clínica del Adulto Mayor.
- En el 2º casillero Plan de Atención Integral de Salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos.

3.1 Elaboración del Plan de Atención Integral de Salud

En el ítem: Lab anote en el casillero donde está registrada la actividad atención integral de salud lo siguiente:

- 1 cuando se elabora el Plan de Atención Integral de Salud

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
18	25543431	1	Cajamarca	72	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF	99387
	22554	58			M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

3.2 Plan de Atención Integral de Salud Ejecutado

En el ítem: Lab anote:

- **TA** cuando se termina con todas las actividades consideradas en el Plan de Atención Integral de Salud.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
19	25461289	1	Huanta	79	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Valoración clínica del adulto mayor	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	AF	99387
	22556	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	C8002
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

IV. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

Definición Operacional. - Es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos.

Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO

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

- 1° Casillero "Tamizaje en Salud Mental"
- 2° Casillero "Consejería en salud mental"

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:
 - **EP** = Por Psicosis
 - **AD** = Alcohol y Drogas
 - **VIF** = Violencia Intrafamiliar
 - **TD** = Trastornos Depresivo

En el casillero de la consejería deje en blanco ya que es solo una consejería por tamizaje.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
25	84521663	2	Rímac	68	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TD	U140
	854545	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99404
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Tamizaje es POSITIVO utilice los siguientes códigos:

Tamizaje	Código	Descripción
Violencia Intrafamiliar (VIF)	R456	Problemas relacionados con violencia
Alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco
	Z721	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	Z722	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas
Depresión	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
Psicosis	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

Cuando el resultado del tamizaje es POSITIVO utilice el código que identifica el problema detectado:

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
25	84521663	2	Rímac	68	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en Salud Mental	P	X	R	TD	U140
	854545	58			M		TALLA		X	X	2. Problemas relacionados a la salud mental	P	X	R		Z133
					D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en Salud mental	P	X	R		99404

4.1 Tamizaje Positivo para trastorno depresivo

Tamizaje de Salud Mental: Proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos. y se aplica un tamizaje de acuerdo a la necesidad del usuario una por vez.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
19	44468833	2	Lima	65	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en salud mental	P	X	R	TD	U140
	59843	58			M		TALLA		X	X	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	X	R		Z133
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en Salud mental	P	X	R	

4.2 Tamizaje Positivo en Víctimas de Violencia Política

Para el caso del tamizaje de problemas o trastornos de salud mental (Violencia, Depresión, Adicciones y Psicosis) a usuarios considerados como víctimas de violencia política y están registrados en el registro único de víctimas, se adicionará el código Z654. De igual forma para el usuario que es considerado víctima de desastre, se adicionara el código Z655 (Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades).

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
15	07033940	1	Independencia	70	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en salud mental	P	X	R	TD	U140	
	18547	58			M		TALLA		X	X	2. Problemas relacionados a la Salud Mental	P	X	R		Z133	
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	X	R		99404
													4. Víctima de crimen o terrorismo incluyendo tortura	P	X	R	

V. ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO

Definición Operacional. - Es el servicio que cumple el equipo multidisciplinario de salud a las PAM, con la finalidad de brindar atención domiciliaria a las personas impedidas de desplazarse, monitoreo del cumplimiento de indicaciones y evaluar el entorno familiar.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico motivo de la visita.
- En el 2º casillero visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero (del diagnóstico) marque "R" siempre por ser un diagnóstico preexistente
- En el 2º casillero siempre "D" por ser una actividad

En el ítem: Lab anote

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

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
20	44468833	1	Chota	75	M	PC	PESO		N	N	1. Diabetes mellitus asociada a desnutrición.	P	D	X		E129
	22582	58			M		TALLA		X	X	2. Visita domiciliaria	P	X	R	1	99344
					D	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

VI. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

La Valoración Nutricional Antropométrica de la persona adulta mayor comprende procedimientos técnicos a seguir en la atención integral de salud por el prestador de salud, para determinar el estado nutricional de este grupo poblacional.

Personas adultas mayores que por múltiples razones no puedan ser pesadas y/o talladas con los equipos antropométricos convencionales. Ejemplo: personas postradas, personas con problemas congénitos y de columna adquiridos, entre otras.

6.1 Clasificación de la Valoración Nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC)

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el Índice de Masa Corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado deberá ser comparado con el cuadro N° 01 de clasificación del estado nutricional según IMC:

Utilizando la siguiente clasificación, de acuerdo a normatividad vigente:

Cuadro N° 01
Clasificación de la Valoración Nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	Clasificación	CIE10
≤ 23,0	Delgadez	E46X
>23 a < 28	Normal	Z006
≥ 28 a < 32	Sobrepeso	E660
≥ 32	Obesidad	E669

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002.

Interpretación de los valores de índice de masa corporal (IMC)/1:

IMC ≤ 23,0 (Delgadez):

Las personas adultas mayores con un IMC ≤ 23,0 son clasificadas con valoración nutricional de “Delgadez”, que es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, manía, alcoholismo, tabaquismo), sensoriales (disminución del sentido del gusto, visión, auditivo), físicos (movilidad, astenia), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), bucales (falta de piezas dentarias), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras.

IMC > 23 a < 28 (Normal):

Las personas adultas mayores con un IMC de > 23 a < 28, son clasificadas con valoración nutricional “Normal”, y es el IMC que debe tener y mantener esta población, de manera constante.

IMC ≥ 28 a < 32 (Sobrepeso):

Las personas adultas mayores con un IMC de ≥ 28 a < 32, son clasificadas con valoración nutricional de “Sobrepeso”, que es una malnutrición por exceso, caracterizado por la ingesta elevada de calorías, malos hábitos alimentarios, escasa actividad física, entre otros.

IMC ≥ 32 (Obesidad):

Las personas adultas mayores con un IMC ≥ 32, son clasificadas con valoración nutricional de “Obesidad”, que es una malnutrición por exceso, e indica un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mamas, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, enfermedad por reflujo gastroesofágico, osteoartritis, y pérdida de la movilidad.

1/ Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor.

En el diagnóstico

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote el diagnóstico resultado de la clasificación del estado nutricional.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “IMC” de índice de masa corporal
- En el 2º casillero el número de la consejería

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
21	41624135	1	Ventanilla	72	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	E669
	94522	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

En los controles

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote el diagnóstico resultado de la clasificación del estado nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE “R”**

Si se repite el diagnóstico con tipo definitivo “D” se duplican; en los controles el tipo de diagnóstico siempre es “R”.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “IMC” de índice de masa corporal.
- En el 2º casillero el número de la consejería.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
21	41624135	1	Ventanilla	72	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	E669
	94522	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	2. Consejería nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99403
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Si la valoración es realizada por un nutricionista se deberá registrar inicialmente la actividad “atención en nutrición” secuenciado en el campo Lab el número de control correspondiente:

En los Pacientes Recuperados, anote en:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote los diagnósticos resultados de la clasificación en la evaluación del estado nutricional.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “R”

En el ítem: Lab anote

En el 1º casillero: la sigla de acuerdo al tipo de clasificación utilizada

- IMC Índice de Masa Corporal

En el 2º casillero: “PR” si el paciente se ha recuperado

Si el paciente recuperado en el siguiente control mantiene su IMC >23 a < 28 debe registrar como diagnóstico "Normal" (Z006) con tipo de diagnóstico definitivo (D)

En los siguientes controles si se mantiene en el rango del IMC seguirá registrándose "Normal" (Z006) con tipo de diagnóstico definitivo (D).

El paciente "Normal" (Z006) nunca se registra con tipo de diagnóstico repetido (R).

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTÁ- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPMS	
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)									P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					
22	41624135	2	Pacucha		80	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Obesidad	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC	E669
	94522	58				<input type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PR	
						<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R		

6.2 Determinación del riesgo de enfermar en la persona adulta mayor según perímetro abdominal (PAB)

La determinación del Perímetro Abdominal (PAB) se utiliza para identificar el riesgo de enfermar, por ejemplo: de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Los valores obtenidos de la medición del perímetro abdominal permiten clasificar el riesgo de enfermar de la persona adulta mayor según el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 02
Clasificación de Riesgo de Enfermar según sexo y Perímetro Abdominal**

Sexo	Riesgo		
	Bajo	Alto	Muy Alto
Varón	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	< 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fuente: World Health Organization, 2000. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland.

Nota: Los valores del perímetro abdominal para personas adultas mayores son los mismos utilizados en la etapa de vida adulta.

Interpretación de los valores de perímetro abdominal (PAB)/1:

PAB < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres (Normal)

Existe bajo riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

PAB ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres (Elevado)

Es considerado factor de alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

PAB ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres (Muy alto)

Es considerado factor de muy alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

En la evaluación

La evaluación del perímetro abdominal se registrará junto con los resultados de la evaluación para la clasificación por IMC y las demás actividades realizadas en la atención.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico resultado de la clasificación del estado nutricional.
- En el 2º casillero Control y Evaluación Nutricional (como equivalencia para indicar la evaluación del PAB).
- En el 3º casillero la consejería nutricional.

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “**IMC**” de índice de masa corporal
- En el 2º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - **RSM** = Bajo Riesgo
 - **RSA** = Riesgo Alto
 - **RMA** = Riesgo Muy Alto
- En el 3º casillero el número de la consejería.

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABA- LECCI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
21	71221851	2	Villa El Salvador	68	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	E660
	13350	58			<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación Pab)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RSA	U8170
					D		Hb	R	R	3. Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01

Los niveles de riesgo de comorbilidad se incrementan en las personas adultas mayores cuando existe asociación entre los valores aumentados (anormales) de IMC y PAB. Existen además del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

6.3 Mini Valoración Nutricional

Definición Operacional. - Herramienta universalmente utilizada para evaluar la desnutrición en personas adultas mayores. Consta de 18 ítems distribuidos en 04 partes o áreas: indicadores antropométricos, evaluación global, parámetros dietéticos y valoración subjetiva. Toma aproximadamente 10 minutos realizarla.

Para el puntaje debe sumarse lo obtenido en la Ficha de Mini Examen de Valoración Nutricional y se procede a interpretar según el siguiente cuadro:

Cuadro N° 03

Clasificación de Mini Valoración Nutricional para la persona adulta mayor

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
≥ 24 puntos	Bien Nutridos	Z006
17 a 23.5 puntos	Riesgo de Desnutrición	Z724
< 17 puntos	Desnutrido	E649

Fuente: Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ, 1994. Mini Nutritional Assessment: a Practical Assessment Tool for Grading the Nutritional State of Elderly Patients. In Facts and Research in Gerontology (Supplement on Nutrition and Aging). Springer Publishing Co, New York, 1994; 5-59

Si la valoración es realizada por personal del equipo multidisciplinario que evalúa a la persona adulta mayor

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

- En el 1º casillero el resultado de la evaluación nutricional por IMC
- En el 2º casillero Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del perímetro abdominal)
- En el 3º casillero el resultado de la evaluación de la mini valoración:
 - Normal (Bien Nutrido),
 - Riesgo de Desnutrición o
 - Desnutrido
- En el 4º casillero la consejería nutricional

En el ítem Tipo de Diagnóstico, anote:

- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional “D” si es la 1º vez que se diagnóstica, “R” en los controles
- En los demás casilleros de las actividades siempre Definitivo “D”

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero IMC
- En el 2º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - **RSM** = Bajo Riesgo
 - **RSA** = Riesgo Alto
 - **RMA** = Riesgo Muy Alto
- En el 3º casillero la sigla “**MVN**” para indicar que el resultado de la evaluación se realizó a través de Mini Valoración Nutricional.
- En el 4º casillero el número de consejería nutricional.

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
18	07033940	1	Independencia	63	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC	E46X
	18547	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación PAB)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RSA	U8170
					<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3. Riesgo de desnutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	MVN	Z7241
										4. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99403	

Si la valoración es realizada por un nutricionista se deberá registrar inicialmente la actividad “Atención en Nutrición” secuenciando en el campo Lab el número de control correspondiente:

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
18	07033940	1	Independencia	63	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Atención en nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99209
	18547	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC	99209
					<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación PAB)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RSA	U8170
										5. Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99403.01	

Como parte de la Atención Integral de Salud, se precisa tomar datos de otros factores de riesgo determinantes de la morbilidad y la mortalidad, como el consumo de tabaco, alcohol, niveles de lípidos séricos, presencia de daño, entre otros.

VII. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

7.1 Visita Familiar Integral (C0011)

Definición Operacional.- Actividad dirigida a las Personas Adultas Mayores y familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, 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.

En esta actividad se elabora el:

7.2 Plan Familiar

Definición Operacional.- Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

Elaboración del Plan Familiar (Cuando se realiza la visita por primera vez):

- 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 Familiar Integral
- En el 3º casillero el Plan familiar de acuerdo al riesgo

En el Ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"
- En los otros casilleros "D"

En el Ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita (1, 2...) según corresponda.
- En el 3º casillero el número "1" cuando se elabora el plan familiar.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
24	25171218	1	Lima	74	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Diabetes mellitus insulinodependiente			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	E109	
	33150	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U721

Cuando se hace seguimiento al Plan Familiar

En el Ítem: Lab, anote:

- En el 3º casillero deje en BLANCO.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
25	40582372	1	Lima	74	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Diabetes mellitus insulinodependiente			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	E109	
	33158	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0011
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U721

Para el seguimiento del Plan Familiar el valor del ítem Lab para la actividad de "Visita Familiar Integral" inicia desde 2 ya que en la 1º visita se elaboró el Plan Familiar.

Cuando se termina con el Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita.
- En el 3º casillero **TA** cuando se termina con todas las actividades consideradas en el plan familiar.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
25	25461278	1	Iquitos	73	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía grave	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	J1891	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	C0011
	97655	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Plan Familiar de Alto Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U721

7.3 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.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad. Los ítems: documento de identidad, financiador, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y servicio, **NO SE REGISTRAN**; trazando 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 ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
8	APP 143		San Martín de Porres		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

7.4 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**, trazando 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 ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
18	APP143		San Martín de Porres		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0009
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Revise el manual de registro de Promoción de la Salud para encontrar las demás actividades extramurales.

VIII. ACTIVIDADES DEL CÍRCULO/CLUB DEL ADULTO MAYOR

Definición Operacional.- Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, teniendo como base el autocuidado y cuidado mutuo, uso del tiempo libre, mantenimiento de la persona autovalente, evitar la discapacidad; así como generar estilos de vida saludable y una relación armónica con la familia, comunidad y entorno entre otras actividades, 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 “Organización de encuentros con representantes de organizaciones y autoridades locales” (C1041).
- En el 2º casillero deje en BLANCO
- En el 3º casillero Reunión en Municipios (C0001).

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: “1” para identificar “Conformación e Implementación de Círculos/Club del Adulto Mayor”.
- En el 2º casillero: cantidad de participantes
- En el 3º casillero deje en **BLANCO**

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
10	APP104		Surquillo		A	M	PC	PESO	N	N	1. Organización de encuentros con representantes de organizaciones y autoridades locales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C1041
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Reunión en municipios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		C0001

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

- En el 1º casillero Taller de participación comunitaria y empoderamiento social (C3011).
- En el 2º casillero deje en BLANCO.
- En el 3º casillero Taller de habilidades sociales (90872).

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: “1” para identificar “Talleres con participación de Personas Adultas Mayores en Círculos de Adultos Mayores”.
- En el 2º casillero: cantidad de participantes.
- En el 3º casillero deje en **BLANCO**.

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
12	APP100		Carabayllo		A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller de participación comunitaria y empoderamiento social.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C3011
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Taller de habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90872

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa (C0009)
- En el 2º casillero deje en **BLANCO** y
- En el 3º casillero Sesiones Educativas para empoderamiento de derechos en salud de la población (C3131).

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: “1” para identificar “Sesión Educativa en Círculos de Adultos Mayores”
- En el 2º casillero: cantidad de participantes
- En el 3º casillero deje en **BLANCO**.

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	APP100		Comas		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0009
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Sesiones Educativas para empoderamiento de derechos en salud de la población.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		C3131

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa (C0010)
- En el 2º casillero deje en **BLANCO** y
- En el 3º casillero Sesiones Demostrativas sobre inocuidad alimentaria (C6114)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” para ambos casilleros.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: “1” para identificar “Sesión Demostrativa en Círculos de Adultos Mayores”
- En el 2º casillero: cantidad de participantes
- En el 3º casillero deje en **BLANCO**.

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO (*)	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
10	APP100		Carabayllo		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0010
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Sesiones Demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		C6114



PERÚ


Ministerio
de Salud

MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima

Telef: (511) 315 6600

www.gob.pe/minsa

Llama gratis al  113