

# Manual de registro y codificación de las actividades de promoción de la salud



20  
24



PERÚ

Ministerio  
de Salud



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de las actividades de promoción de la salud / Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud. - Lima: Ministerio de Salud; 2024.  
165 p. ilus.

PROMOCIÓN DE LA SALUD / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

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

**“Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Promoción de la Salud”**

Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud (MINSA/OGTI/OGEI-DGIESP/DPROM).

**Equipo de trabajo:**

Lic. Laura Veramendi Benites, Respons. PPOr 1001 DIT, MINSA / DGIESP / DPROM  
Obsta. Gladys Esther Cusiato Santiago, Respons. PP. Materno Neonatal, MINSA / DGIESP / DPROM  
Lic. Claudia Almeri Veramendi, Respons. PP. TBC – VIH/ SIDA, MINSA / DGIESP / DPROM  
Lic. Sonia Loarte Céspedes, Respons. PP. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, MINSA / DGIESP / DPROM  
Lic. Tania Angélica Cervera Villalobos, Respons. PP. Enfermedades no transmisibles, MINSA / DGIESP / DPROM  
Dra. Ana Carpio Contreras, Respons. PP. Prevención y Control de Cáncer, MINSA / DGIESP / DPROM  
Lic. Doris Cáceres Ramírez De Maldonado, Respons. PP. Prevención y Control en Salud Mental, MINSA / DGIESP / DPROM

**Revisión y validación:**

MG. Fredy Polo Campos, Director Ejecutivo, MINSA / DGIESP / DPROM  
CD. Joel Collazos Carhuay, Jefe de Equipo Técnico, MINSA / DGIESP / DPROM  
CD. Andrea Vilca Najarro, Equipo Técnico, MINSA / DGIESP / DPROM  
Lic. Luis Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo Técnico, MINSA /OGTI / OGEI  
Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico, MINSA /OGTI / OGEI  
Lic. Roberth Edgar Gamboa Inga, Equipo Técnico, MINSA / DGIESP / DPROM

**Diseño y Diagramación:**

Lic. Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico MINSA /OGTI / OGEI.

©MINSA, mayo,2024

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú  
Telf.: (51-1) 315-6600  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

2da Edición, mayo 2024

**Versión Digital:**

<https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINS/7318.pdf>



**CESAR VÁSQUEZ SÁNCHEZ**

Ministro de Salud

**ERIK PEÑA SÁNCHEZ**

Viceministro de Salud Pública

**CIRO MESTAS VALERO**

Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

**JUAN ALCÁNTARA MEDRANO**

Secretario General

**CRISTIAN DÍAS VÉLEZ**

Director General de la Dirección  
General de Intervenciones Estratégicas  
en Salud Pública

**JOSE ENRIQUE PEREZ LU**

Director General de la Oficina  
General de Tecnologías de la Información

**FREDY POLO CAMPOS**

Director Ejecutivo de la Dirección de  
Promoción de la Salud

**PAUL MICHAEL TRAUCO GALAN**

Director Ejecutivo de la  
Oficina de Gestión de la Información

## ÍNDICE

### I. PPor 1001 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

#### 1. PRODUCTO 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES ..... 16

#### 1.1 ACTIVIDAD 5000014: FAMILIAS CON NIÑOS/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLE ..... 16

##### 1.1.1 SUB PRODUCTO 3325110: FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 12 MESES Y GESTANTES RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVÉS DE SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS ..... 16

    Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal ..... 17

    Cuando la sesión demostrativa sea promovida y financiada por el Gobierno Local (El municipio puede financiar el kit para las sesiones demostrativas y alimentos) ..... 18

##### 1.1.2 SUB PRODUCTO 3325107: FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 12 MESES RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVÉS DE LA CONSEJERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA ..... 19

    Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 28 días de nacido) ..... 19

    Visita domiciliaria a Niñas (os) de 2 a 5 meses de edad ..... 20

    Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 8 meses de edad sin Dx. Anemia ..... 22

    Visita domiciliaria a Niñas (os) de 9 a 11 meses de edad si Dx. Anemia ..... 22

    Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 8 meses de edad con Dx. Anemia ..... 23

    Visita domiciliaria a Niñas (os) de 9 a 11 meses de edad con Dx. Anemia ... 24

##### 1.1.3 SUB PRODUCTO 3325112: FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 12 MESES Y GESTANTES QUE RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVÉS DE LAS SESIONES DE GRUPOS DE APOYO COMUNAL ..... 25

    Reunión de coordinación entre el personal de salud encargado y actores claves de la comunidad para promover la implementación/reactivación (continuidad) de los grupos de apoyo ..... 25

    Taller de capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna, alimentación y nutrición infantil ..... 26

    Asistencia técnica ..... 27

	Funcionamiento de los grupos de apoyo .....	27
	Monitoreo .....	28
<b>1.2</b>	<b>ACTIVIDAD 5005982: CPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES .....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.1</b>	<b>SUB PRODUCTO 3325101: COMITES MULTISECTORIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO .....</b>	<b>28</b>
	Reunión de coordinación con la Municipalidad .....	29
	Reunión técnica con la Municipalidad para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial .....	29
	Reunión de socialización de la información para el análisis de la situación de Anemia y DCI en el distrito .....	29
	Taller de planificación para la elaboración del plan de trabajo multisectorial para contribuir en la reducción de la Anemia y DCI en el distrito .....	30
	Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas, públicas o planes de intervención .....	30
	Reunión de Monitoreo .....	31
	Reunión de Evaluación .....	32
<b>1.2.2</b>	<b>SUB PRODUCTO 3325102: ACTORES SOCIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO .....</b>	<b>32</b>
	Reunión de coordinación con la Comunidad para la identificación y selección del actor social de su jurisdicción .....	32
	Taller de capacitación a través de sesiones demostrativas sobre preparación de alimentos .....	33
	Taller de capacitación a los actores sociales en protocolo de visitas domiciliarias en la promoción de prácticas saludables para el cuidado materno infantil, prevención y control de la anemia .....	34
	Revisión y validación de formatos de visitas domiciliarias realizadas por el actor social .....	35
	Verificación de visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales .....	35
	Monitoreo y acompañamiento por parte del personal de salud al actor social durante el desarrollo de la visita domiciliaria .....	35

1.2.3	SUB PRODUCTO 3325108: PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO .....	36
	Reunión de coordinación con la Red Educativa/Institución Educativa .....	37
	Talleres de capacitación a los promotores educativos .....	37
<b>II. PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL</b>		
2.	<b>PRODUCTO 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES .....</b>	<b>40</b>
2.1.	<b>ACTIVIDAD 5005984: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS .....</b>	<b>40</b>
2.1.1	SUB PRODUCTO 3341201: FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUERPERA QUE RECIBEN CONSEJERÍA EN EL HOGAR A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA .....	40
	Consejería durante el periodo gestacional .....	40
	Consejería durante el periodo gestacional a través de visita familiar integral .....	40
	Consejería durante el periodo gestacional a través de teleorientación .....	41
	Consejería durante el periodo post natal a través de visita familiar integral ...	41
	Consejería durante periodo post natal a través de Teleorientación .....	42
2.1.2	SUB PRODUCTO 3341202: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACION A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUERPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	43
	Orientación durante periodo gestacional .....	43
	Orientación durante periodo post natal .....	44
	Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud en Salud Sexual y Reproductiva .....	45
	Referencia comunitaria realizadas por Agente Comunitario de Salud .....	45
2.1.3	SUB PRODUCTO 3341203: FAMILIA DE ADOLESCENTES QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL .....	46
2.3.	<b>ACTIVIDAD 5005985: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....</b>	<b>47</b>

2.2.1	SUB PRODUCTO 3341204: DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACION SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA .....	47
	Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primarias y secundaria .....	48
	Docentes capacitados que realizan sesiones de aprendizaje de salud sexual integral a los adolescentes .....	49
2.2.2	SUB PRODUCTO 3341205: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	49
	Capacitación a funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud .....	50
	Reunión de Monitoreo con funcionarios Municipales/Comité de gestión Local/Comité Multisectorial de Salud .....	51
	Reunión de Evaluación con funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud .....	51
<b>III.</b>	<b>PP 0016TBC-VIH/SIDA</b>	
<b>3.</b>	<b>PRODUCTO 3043952: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS .....</b>	<b>55</b>
<b>3.1.</b>	<b>ACTIVIDAD 5000062: PROMOVER EN LAS FAMILIA PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS .....</b>	<b>55</b>
3.1.1	SUB PRODUCTO 4395201: FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVES DE VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA .....	55
	Para registro de Tuberculosis (TBC) .....	55
	Registro de la consejería a través de Teleorientaión Sincrona .....	56
	Para registro de VIH – SIDA .....	57
	Registro de la consejería a través de Teleorientación Síncrona .....	58
3.1.2	SUB PRODUCTO 4395202: FAMILIAS QUE RECIBEN SESION EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA .....	59
	Para registro de Tuberculosis (TBC) .....	59
	Para registro de VIH-SIDA .....	60

<b>3.2. ACTIVIDAD 5005987: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA .....</b>	<b>61</b>
<b>3.2.1 SUB PRODUCTO 4395203: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA .....</b>	<b>61</b>
Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas .....	61
Para registro de Tuberculosis (TBC) .....	61
Para registro de VIH/SIDA .....	62
Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas .....	62
Para registro de Tuberculosis (TBC) .....	62
Registro de VIH/SIDA .....	63
Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje .....	63
Para registro de Tuberculosis .....	63
Para registro de VIH/SIDA .....	64
Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos de y/o sesiones de aprendizaje .....	64
Para registro de Tuberculosis .....	64
<b>3.2.2 SUB PRODUCTO 4395204: COMUNIDADES CON LÍDERES CAPACITADOS DESARROLLAN VIGILANCIA COMUNITARIA EN AVOR DE ENTORNOS Y PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA .....</b>	<b>65</b>
Fase 1: PLANIFICACIÓN .....	66
Capacitación en vigilancia comunitaria y práctica y entornos saludables a agentes comunitarios y organizaciones comunitarias .....	67
Fase 2: EJECUCIÓN .....	69
FASE 3: ACOMPAÑAMIENTO O ASISTENCIA TECNICA .....	70
FASE 4: EVALUACIÓN .....	71
<b>3.2.3 SUB PRODUCTO 4395205: MUNICIPIOS IMPLEMENTAN ACCIONES PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO PARA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA SEGÚN DISTRITOS/PROVINCIAS PRIORIZADOS .....</b>	<b>72</b>
FASE 1: PLANIFICACIÓN .....	73
FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA .....	74
FASE 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	75

**IV. PP 0017 METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS**

4. PRODUCTO 3043977: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONÓTICAS .....	80
4.1. ACTIVIDAD 5000087: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONÓTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO .....	80
<b>4.1.1</b> SUB PRODUCTO 4397701: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÈNICAS .....	80
01 Consejería .....	80
Sesiones educativas y demostrativas .....	81
<b>4.1.2</b> SUB PRODUCTO 4397702: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ZOONÓTICAS .....	82
01 Consejería .....	82
Sesiones educativas y demostrativas .....	82
<b>4.2.</b> ACTIVIDAD 5005989: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONÓTICAS .....	<b>84</b>
<b>4.2.1</b> SUB PRODUCTO 4397703: COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTÁN IMPLEMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONÓTICAS .....	84
Taller de capacitación a líderes comunitarios (LC) y Agentes Comunitarias de Salud (ACS) .....	85
Vigilancia comunitaria de puntos Críticos Identificados (PCI) .....	85
Acciones de movilización comunitaria .....	86
Acompañamiento y evaluación de vigilancia .....	87
<b>4.2.2</b> SUB PRODUCTO 4397704: MUNICIPIOS (COMITÉ MULTISECTORIAL) CAPACITADO Y ARTICULADO PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO DE ENFERMAR O MORIR POR ALGUNA ENFERMEDAD METAXÈNICA O ZOONÓTICA .....	87
Acompañamiento y evaluación de la vigilancia .....	88
<b>4.2.3</b> SUB PRODUCTO 4397705: DOCENTES, DIRECTIVOS Y PADRES DE FAMILIA, CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS A DESARROLLAR ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONÓTICAS .....	90
Taller Educativo dirigido a docentes .....	91

Cuando el capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje relacionados .....	91
Concurso interescolar para la prevención de las Enfermedades .....	92
Incidencia de directivos y docentes .....	93
Acompañamiento al directivo .....	94

## V. PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

5. PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS) .....	97
5.1. ACTIVIDAD 5005995: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	97
5.1.1 SUB PRODUCTO 4398801: FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	97
5.1. ACTIVIDAD 5005996: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	99
5.1.1 SUB PRODUCTO 4398802: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	99
FASE 1: Planificación .....	99
FASE 2: Reunión de organización .....	100
FASE 3: Reunión de evaluación .....	101
5.1.2 SUB PRODUCTO 4398803: DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL (Subproducto trazador de la Actividad 2) Registro 127 .....	101
5.1.3 SUB PRODUCTO 4398804: LÍDERES COMUNITARIOS CAPACITADOS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS .....	108

## VI. PP 024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

6. PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS .....	114
6.1. ACTIVIDAD 5005998: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAR .....	114
6.1.4 SUB PRODUCTO 0215107: FAMILIAS SENSIBILIZADAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES .....	114
Sesiones educativas a familias .....	114
6.1.5 SUB PRODUCTO 0215071: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER .....	115
Reunión de sensibilización .....	115
Asistencia técnica .....	116
Reunión de monitoreo .....	117
6.1.6 SUB PRODUCTO 0215072: DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER .....	118
Reunión de coordinación .....	118
Taller de capacitación a docentes .....	119
Sesiones educativas a padres de familia .....	119
Monitoreo .....	120

**VII. PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL**

<b>7. PRODUCTO 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES .....</b>	<b>124</b>
<b>7.1. ACTIVIDAD 5006070: PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CON GESTANTES O NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS .....</b>	<b>124</b>
7.1.1 SUB PRODUCTO 0070601: MADRES, PADRES Y CUIDADORES/AS CON APOYO EN ESTRATEGIAS DE CRIANZA Y CONOCIMIENOS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL .....	124
Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido) .....	124
Visita domiciliaria a Niñas (os) de 2 a 6 meses de edad .....	124
Visita domiciliaria a Niñas (os) de 7 a 11 meses de edad .....	125
Visita domiciliaria a Niñas (os) de 12 a 59 meses de edad .....	125

7.1.2 SUB PRODUCTO 0070602: PAREJAS CON CONSEJERÍA EN LA PROMOCIÓN DE UNA CONVIVENCIA SALUDABLE .....	126
Coordinación con organizaciones de la comunidad .....	126
Consejería en convivencia saludable en pareja .....	126
<b>7.2. ACTIVIDAD 5006071: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE .....</b>	<b>127</b>
7.2.1 SUB PRODUCTO 0070604: LÍDERES ADOLESCENTES PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN SU COMUNIDAD .....	127
Coordinación con institución educativa .....	128
Reunión de inducción con docentes .....	128
Taller de capacitación a adolescentes líderes .....	128
Reunión de Monitoreo .....	129
Reunión de Evaluación .....	129
7.2.2 SUB PRODUCTO 0070603: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FISICA CAUSADA POR LA PAREJA .....	130
Reunión de Incidencia ante organizaciones comunitarias .....	130
Taller de capacitación a miembros de organizaciones comunitarias .....	130
Monitoreo de la implementación de la vigilancia comunitaria .....	131
<b>ACTIVIDADES REALIZADAS CON EL GOBIERNO LOCAL</b>	
Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años .....	134
Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal para el cuidado integral de la madre y el niño .....	134
Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud .....	137
01 Monitoreo por el personal del EE SS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento .....	138
Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada) .....	139
Registro de actividades para acciones en metaxénicas .....	140
Registro de actividades para acciones frente a lesiones extremas .....	141
Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres .....	141
<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS</b>	

Implementación y funcionamiento de quioscos, cafeterías y comedores saludables en instituciones educativas .....	142
Reunión de planificación con la Institución Educativa .....	142
Reunión de ejecución/asistencia técnica con la Institución Educativa .....	143
Reunión de monitoreo a quioscos, cafeterías o comedores escolares .....	143
Reunión de evaluación a quioscos, cafeterías o comedores escolares .....	144
Taller Educativo para Expendedores de Alimentos .....	145

### **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO COMUNIDADES**

Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud en gestión de riesgo de desastres .....	145
Capacitación a miembro de junta vecinal .....	146
Sesiones educativas a gestantes alojadas en la casa .....	146
Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ .....	147
Consejería sobre estilos de vida y ambientes saludables para la prevención de transmisión de Covid-19 .....	148
Para el registro de la consejería en otras temáticas por teleorientación .....	148
Sesiones demostrativas en lavado de manos social .....	153

### **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO CENTROS LABORALES**

Implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en establecimientos del ministerio de salud, gobiernos regionales, gobiernos locales e instituciones privadas, sean o no prestadores de servicios de salud, a nivel nacional para contribuir con la lactancia materna de niños (as) de cero a 24 meses de edad .....	154
Ejecución de ferias de proyectos productivos a cargo de la municipalidad, acompañado por el personal de salud para promover la alimentación saludable en las familias .....	160
Reunión de coordinación con el gobierno local para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por COVID-19 y otros temas prioritarios de políticas del sector .....	160

### **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MERCADO**

Sesiones educativas y demostrativas sobre medidas de prevención para prevenir la transmisión del COVID-19 en mercados de abasto y espacios temporales habilitados .....	161
Asistencia técnica a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o	



dirigentes de los mercados para la implementación de medidas de prevención  
y de control de la infección por COVID-19 ..... 162

## I. PPOr 1001 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

**PRODUCTO 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES.**

<b>ACTIVIDADES</b>		<b>Pág.</b>
<b>1.1.</b>	<b>ACTIVIDAD 5000014: FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES</b>	
1	<b>3325110:</b> Familias con niños (as) menores de 12 meses y gestantes reciben acompañamiento a través de sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	<b>16</b>
2	<b>3325107:</b> Familias con niños menores de 12 meses reciben acompañamiento a través de la consejería en la visita domiciliaria. <i>(Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto).</i>	<b>19</b>
3	<b>3325112:</b> Familias con niños (as) menor de 12 meses y gestantes reciben acompañamiento a través de sesiones de grupo de apoyo comunal.	<b>25</b>
<b>1.2.</b>	<b>ACTIVIDAD 5005982: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES</b>	
4	<b>3325101:</b> Comités Multisectoriales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito.	<b>28</b>
5	<b>3325102:</b> Actores sociales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades. <i>(Subproducto trazador de la Actividad 2)</i>	<b>32</b>
6	<b>3325108:</b> Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI.	<b>36</b>

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE  
ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS DEL PPoR 1001**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
1	Actividades de Desarrollo Infantil Temprano		<b>APP</b>
	<b>SESIONES</b>	APP104	Actividad con Municipios
		APP108	Actividades con la Comunidad
		APP93	Actividad con Instituciones educativas
C0009	Sesión educativa	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
C0010	Sesión demostrativa	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal	APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
	<b>CONSEJERÍA</b>	APP144	Actividad con Docentes Ciclo I
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
99401.10	Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar		<b>CAMPO LAB</b>
99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma.	LME	Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
C0011	Visita Familiar Integral	ALI	Preparación de alimentos
99401	Consejería integral <b>PARA NIÑOS (AS)</b>	FCO	Fase de concertación
		DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia
		SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.
		AA	Alimentación responsiva
		COO	Coordinación
		FSE	Fase de sensibilización
		FO	Reunión de organización
		PP	Fase de Planificación participativa
		FEV	Fase de evaluación
		VCO	Vigilancia comunitaria
	<b>GESTIÓN</b>	AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
C0001	Reunión en municipios	GL	Actividad promovida por el gobierno local
C0002	Reunión en instituciones educativas	PNO	Padrón Nominal
C0003	Reunión en comunidad	ENM	Estímulos no monetarios a los ACS
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición
		TA	Término de actividad

**1. PRODUCTO 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES**

**1.1. ACTIVIDAD 5000014: FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES**

**1.1.1 SUB PRODUCTO 3325110: FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 12 MESES Y GESTANTES RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVES DE SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.**

**Definición.** - Actividad educativa que hace uso de la metodología denominada **“aprender haciendo”**, dirigida prioritariamente a madres, padres o personas responsables del cuidado del niño (a) de 6 a 11 meses de edad y gestantes.

Las familias con niños (as) entre 6 a 11 meses de edad deben participar en al menos 01 sesión demostrativa.

Las gestantes durante su periodo de gestación deben participar en al menos 01 sesión demostrativa, priorizando la invitación a la SD en el primer trimestre del embarazo.

La actividad es desarrollada por personal de salud capacitado, se realizan de manera grupal con la participación de un mínimo de seis (06) y un máximo de quince (15) participantes, se emplea en promedio 02 horas, la metodología a utilizar se encuentra regulado por la R.M. N° 958-2012-MINSA, “Documento Técnico Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil”. Para el desarrollo de las sesiones demostrativas, el personal de salud requiere de un kit (menaje, utensilios de cocina, de aseo y otros), alimentos y material educativo impreso; los mismos que deben ser provisto por el establecimiento de salud y excepcionalmente por el municipio. El municipio puede financiar el kit para las sesiones demostrativas y alimentos.

**En familias con niñas y niños de 6 meses a 11 meses:**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña.

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“ALI”** de Preparación de alimentos

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: **C0010: Sesión demostrativa**

**Registro N° 01**

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Andrea Calsin Vilcapoma      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      FECHA DE ULTIMA REGLA:																	
02	12535481		Camaná	6	A			N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010
					M	PC											
			58				Pab					P	D	R			
					D			R	R		P	D	R				

**En gestantes:**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI de la gestante

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Gestante seguido de la fecha de ultima regla**

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“ALI”** de Preparación de alimentos
  - En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**  
Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: **C0010: Sesión demostrativa**

**Registro N°2**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020																	
02	45366704		Combapata	28	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI			C0010
					M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R				
	Gestante	58				D	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**➤ Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal:**

**➢ Para Familias con Niños:**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“ALI”** de Preparación de alimentos
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“AE”**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**

**Registro N°3**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
09	12535481		Camaná	6	A	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	AE		C0010
					M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R				
		57				D	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**➢ Para Gestantes:**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI de la gestante

En el ítem: Gestante / puérpera: registre gestante seguido de la fecha de ultima regla

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla “ALI” de preparación de alimentos
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “AE”

En el ítem: Tipo de diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°4**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020				
02	45366704		Combapata	28	M	PC		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	AE		C0010					
											P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									
	Gestante	58				Pab					P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									
											P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									

➤ Cuando la sesión demostrativa sea promovida y financiada por el gobierno local (El municipio puede financiar el kit para las sesiones demostrativas y alimentos):

➢ Para Familias con niños:

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla “ALI” de Preparación de alimentos
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “GL”

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°5**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
09	12535481		Camaná	6	M	PC		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	GL		C0010					
											P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									
												P	<input checked="" type="checkbox"/>	R								
											P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									

➢ Para gestantes:

En el ítem: DNI/HC registre el DNI de la gestante

En el ítem: Gestante / puérpera registre **Gestante seguido de la fecha de ultima regla**

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla “ALI” de Preparación de alimentos
  - **En el casillero Lab 2: registrar la sigla “GL”**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°6**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020																		
02	45366704			Combapata	28	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	GL		C0010
								TALLA	C	C		P	D	R				
	Gestante		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Algunas precisiones:**

- Los niños invitados a SD, son parte del listado que tiene el personal de salud a cargo de la atención de la niña o niño en el establecimiento de salud. Deben estar contenidos en dicho listado estrictamente aquellas niñas o niños que reciban prestaciones en el establecimiento de salud.
- Solo debe haber un registro de SD por cada niño el día de la sesión demostrativa. El registro lo realiza el personal de salud a cargo de la SD. El personal de salud que apoya en la SD, no debe registrar nuevamente al mismo niño.

**Registro N°7**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe																			
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																			
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
09	S/D			Camaná	6	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	D	R	ALI			C0010
						M			TALLA	C	C		P	D	R				
			57			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**1.1.2 SUB PRODUCTO 3325107: FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 12 MESES RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVÉS DE LA CONSEJERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA. (Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto)**

**Definición.** - Consejería realizada entre el personal de salud capacitado, y una madre, padre o cuidador del niño (a) menor de 12 meses, realizado en el domicilio de la familia, con el propósito de mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación complementaria, fortalecer el contacto corporal madre-bebé, la interacción y espacios de juego, entre otras; que permitan contribuir al Desarrollo Infantil Temprano.

**🚦 Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 28 días de nacido): (Registro modificado)**

- En el ítem: DNI/HC registre el DNI del recién nacido  
 En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º y 2º casillero Consejería en ....., según corresponda
    - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
    - Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
    - Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
    - Consejería en identificación de signos de alarma.

<sup>1</sup>Según la metodología establecida de la consejería integral, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 consejerías por recién nacido al día.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”  
Código CIE/CPT:

- En la 1° y 2° Fila:
  - 99401.03:** Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
  - 99401.04:** Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
  - 99401.10:** Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
  - 99401.08:** Consejería de identificación de signos de alarma.
- En la 3° Fila: **C0011:** Visita familiar integral

**Nota:** La consejería aborda hasta dos temas por RN al día, y se registra según cada tema de acuerdo a la práctica saludable priorizada en la visita domiciliaria.

*Ejemplo de registro de la consejería realizado por todo el personal de salud*

**Registro N°8**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
18	84751247			Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.	P	D	R			99401.03
						M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.	P	D	R			99401.04
		58					D			Hb	R	R	1.1.3 Visita familiar integral	P	D	R		

*Ejemplo de registro de la consejería realizado por profesional médico o enfermera*

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
18	84751247			Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Anamnesis y examen físico del RN normal	P	D	R			99431
						M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	P	D	R			99401.03
		58					D			Hb	R	R	3. Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	P	D	R		
						A	M	PC	PESO	N	N	4. Visita familiar integral	P	D	R			C0011
						M	F	Pab	TALLA	C	C	5. Visita domiciliaria para el cuidado y evaluación neonatal	P	D	R			99502
						D			Hb	R	R							

**Visita domiciliaria a niñas (os) de 2 a 5 meses de edad: (Registro modificado)**

La visita domiciliaria en el caso de los niños y niñas de 2 a 5 meses es deseable realizarla en dos momentos, que aportan a la adopción de práctica saludable:

**Primer momento a los 2 y 3 meses:** Se prioriza la consejería en LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. El registro de la actividad en esta primera etapa se realiza de la siguiente manera:

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña.

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Consejería Integral
- En el 2º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: 99401 (Consejería Integral)
- En la 2º Fila: **C0011**: (Visita familiar integral)

*Ejemplo de registro de la consejería a niños de 2 y 3 meses de edad*

**Registro N°10**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	CENTRO POBLADO		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
17	84751247			Comas	3	A					1. Consejería Integral	P	D	R				99401
						M					2. Visita familiar integral	P	D	R				C0011
			58				F											
						D					Hb	P	D	R				

**Prácticas saludables a reforzar durante los 2 a 3 meses de edad:**

- 1) Lactancia materna exclusiva
- 2) Consumo del suplemento de hierro
- 3) Lavado de manos y
- 4) Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia, como la interacción y espacios de juego.

**Segundo momento a los 4 y 5 meses:** Se prioriza la consejería en ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO. El registro de esta actividad en esta segunda etapa se realiza de la siguiente manera:

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña.

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Suplementación con hierro
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: 99199.17 (suplementación preventiva)
- En la 2º Fila: 99401 (Consejería Integral)
- En la 3º Fila: **C0011**: (Visita familiar integral)

*Ejemplo de registro de la consejería a niños de 4 y 5 meses de edad referida a la suplementación con hierro.*

**Registro N°11**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
17	84751247			Comas	4	A	M	PC		N	N	1. Suplementación con hierro	P	D	R			99199.17
						M	F	Pab		C	C	2. Consejería Integral	P	D	R			99401
		58					D				R	R	3. Visita integral familiar	P	D	R		

**Prácticas saludables a reforzar durante los 4 a 5 meses de edad:**

- 5) Lactancia materna exclusiva
- 6) Consumo del suplemento de hierro,
- 7) Lavado de manos y
- 8) Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia, como la interacción y espacios

**✚ Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 8 meses de edad sin Dx. Anemia: (Registro modificado)**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña.

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1° casillero suplementación de hierro
- En el 1° casillero consejería Integral
- En el 2° casillero visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre "D"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99199.17 (Suplementación de hierro)
- En la 2° Fila: 99401 (Consejería Integral)
- En la 3° Fila: **C0011**: (Visita familiar integral)

**Registro N°12**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
17	84751247			Comas	8	A	M	PC		N	N	1. Suplementación de hierro	P	D	R			99199.17
						M	F	Pab		C	C	2. Consejería Integral	P	D	R			99401
		58					D				R	R	3. Visita integral familiar	P	D	R		

**Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 8 meses de edad:**

- 1) Alimentación complementaria con énfasis
- 2) En el consumo de alimento de origen animal ricos en hierro.
- 3) Consumo de suplementación de hierro.
- 4) Continuidad de la lactancia materna.
- 5) Lavado de manos
- 6) Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño(a) y su familia, como la interacción y espacios de juego.

**✚ Visita domiciliaria a Niñas (os) de 9 a 11 meses de edad sin Dx. anemia: (Registro modificado)**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña.

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

- En el 1º casillero Suplementación de hierro
- En el 1º casillero Consejería Integral
- En el 2º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: 99199.17 (Suplementación de hierro)
- En la 2º Fila: 99401 (Consejería Integral)
- En la 3º Fila: **C0011**: (Visita familiar integral)

**Registro N°13**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
17	84751247		Comas	9	A	M	PC			PESO	N	N	1. Suplementación de hierro	P	D	R			99199.17
					M	F	Pab			TALLA	C	C	2. Consejería Integral	P	D	R			99401
		58				D				Hb	R	R	3. Visita familiar integral	P	D	R			C0011

**Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 8 meses de edad:**

- 1) Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimento de origen animal ricos en hierro.
- 2) Consumo de suplementación.
- 3) Continuidad de la lactancia materna.
- 4) Lavado de manos
- 5) Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño(a) y su familia, como la interacción y espacios de juego.

**✚ Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 8 meses de edad con Dx. Anemia<sup>2</sup>: (Registro modificado)**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
  - **D50.0**: Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
  - **D50.8**: Otras anemias por deficiencia de hierro.
  - **D50.9**: Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
  - **D64.9**: Anemia de tipo no especificado
- En el casillero Lab 1: registrar el Tipo de Anemia
  - **LEV**: Anemia Leve
  - **MOD**: Anemia Moderada
  - **SEV**: Anemia Severa
- En el 2º casillero Consejería Integral
- En el 3º casillero Visita familiar integral
- En el 4º Suplementación con hierro

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “R”
- Para las demás actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.

<sup>2</sup> Las visitas domiciliarias a niños con anemia se encuentran incluidos en nuestro Manual con fines de establecer una secuencia lógica de visitas domiciliarias conforme a la RM N° 834-2019-MINSA, con ello se busca fortalecer el registro de las mismas.

- En la 2° Fila: 99401
- En la 3° Fila: C0011
- En la 4° Fila: 99199.17

**Registro N°14**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
18	84751247			Comas	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	R	LEV		D509
						M	F	Pab	TALLA	C	C		2. Consejería integral	P	D	R		
		58				D	F	Pab	Hb	R	R	3. Visita familiar integral		P	D	R		
						A	M	PC	PESO	N	N		4. Suplementación con hierro	P	D	R		
						M	F	Pab	TALLA	C	C			P	D	R		
						D	F	Pab	Hb	R	R							

**Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 8 meses de edad:**

- 1) Consumo del tratamiento de hierro.
- 2) Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimento de origen animal ricos en hierro
- 3) Continuidad de la lactancia materna.
- 4) Lavado de manos
- 5) Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño(a) y su familia, como la interacción y espacios de juego.

**🏠 Visita domiciliaria a Niñas (os) de 9 a 11 meses de edad con Dx. Anemia<sup>3</sup>: (Registro modificado)**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del niño o niña

En el ítem: Tipo de diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1° casillero, se registrará de acuerdo al diagnóstico (CIE-10):
  - **D50.0:** Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
  - **D50.8:** Otras anemias por deficiencia de hierro.
  - **D50.9:** Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
  - **D64.9:** Anemia de tipo no especificado
- En el casillero Lab 1: registrar el Tipo de Anemia
  - **LEV:** Anemia Leve
  - **MOD:** Anemia Moderada
  - **SEV:** Anemia Severa
- En el 2° casillero Consejería Integral
- En el 3° casillero Visita familiar integral
- En el 4° Suplementación con hierro

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- Para Diagnóstico de Anemia marque “R”
- Para las demás actividades marque siempre “D”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2° Fila: 99401
- En la 3° Fila: C0011

<sup>3</sup> Las visitas domiciliarias a niños con anemia se encuentran incluidos en nuestro Manual con fines de establecer una secuencia lógica de visitas domiciliarias conforme a la RM N° 834-2019-MINSA, con ello se busca fortalecer el registro de las mismas.

- En la 4° Fila: 99199.17

**Registro N°15**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
18	84751247		Comas	9	A	M	PC			PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV			D509			
					M	F	Pab			TALLA	X	X	2. Consejería integral	P	D	R				99401			
		58			D					Hb	R	R	3. Visita familiar integral	P	D	R				C0011			
					A	M	PC			PESO	N	N	4. Suplementación con hierro	P	D	R				99199.17			
					M	F	Pab			TALLA	C	C		P	D	R							
					D					Hb	R	R											

- Consumo del tratamiento de hierro.
- Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimento de origen animal ricos en hierro
- Continuidad de la lactancia materna.
- Lavado de manos
- Aquellas prácticas saludables según necesidad del niño(a) y su familia, como la interacción y espacios de juego.

**1.1.4 SUB PRODUCTO 3325112 - FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 12 MESES Y GESTANTES QUE RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO A TRAVES DE LAS SESIONES DE GRUPOS DE APOYO COMUNAL**

**Definición.** - Actividad que se desarrolla bajo la conducción de una madre guía y con la participación de un grupo de mujeres gestantes, mujeres que están dando de lactar o que han dado de lactar, madres y cuidadores de niños (as) menores de 12 meses, prioritariamente, con el objetivo de recibir e intercambiar información, proporcionar apoyo emocional e intercambiar experiencias, orientadas a promover una lactancia materna exitosa, adecuada higiene y lavado de manos, mejorar la alimentación para un crecimiento y desarrollo saludable de los niños.

**Reunión de coordinación entre el personal de salud encargado y actores claves de la comunidad para promover la implementación/reactivación (continuidad) de los grupos de apoyo.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 Actividades con la Comunidad**

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

- En el 1° casillero Reunión de coordinación comunal
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según corresponda
    - **1: Implementación de grupos de apoyo**
    - **2: Reactivación o continuidad de grupos de apoyo**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPoR 1001: DIT**

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

**Registro N°16**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
12	APP108			Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<del>D</del>	R	5	2	1	C0003
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Algunas precisiones:**

- **Implementación:** Se considera implementación cuando es la primera vez que se conforman estos grupos de apoyo en la comunidad.
- **Reactivación o continuidad:** Se considera reactivación cuando se da continuidad con los grupos de apoyo; es decir, cuando años anteriores ya se ha implementado los grupos de apoyo en la comunidad y durante un nuevo año se renuevan los compromisos de continuar con las acciones que se realizan dentro de los grupos de apoyo.

**Taller de capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna, alimentación y nutrición infantil.**

Consiste en el desarrollo de capacidades y potencialidades que faciliten el funcionamiento de los grupos de apoyo, esta actividad está dirigida a las madres guía seleccionada de manera participativa con la comunidad; será realizado por el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con mujeres (madres guías de grupos de apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesiones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de madres guías participantes de la sesión
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión según corresponda
    - **Sesión 1:** Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo
    - **Sesión 2:** Lactancia materna y embarazo
    - **Sesión 3:** Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses
    - **Sesión 4:** Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

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

❖ **Cuando inicie la sesión:**

**Registro N°17**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
26	APP151			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	15	1	1	C0009
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

❖ **Cuando culmine la sesión:**

**Registro N°18**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
29	APP151			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	4	1	C0009
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					F		Pab											
					D			Hb		R	R		P	D	R			

 **Asistencia técnica**

Consiste en el acompañamiento del personal de salud, encargado de la implementación de los grupos de apoyo, a las “Madres Guías”, durante o después de las sesiones de grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de “**Madres Guía**” en la asistencia técnica
  - En el casillero Lab 2: registre sigla “**LME**” de **Lactancia Materna**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “**D**” en ambos casos

**Registro N°19**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
30	APP151			Curahuasi	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	ALI	1	C7004
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					F		Pab											
					D			Hb		R	R		P	D	R			

 **Funcionamiento de los Grupos de apoyo**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de grupo de ayuda mutua
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias integrantes de los grupos de apoyo
  - En el casillero Lab 2: registre sigla “**LME**” de **Lactancia Materna**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número de sesión según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “**D**”

**Registro N°20**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
30	APP151		Capelo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión de grupos de ayuda mutua	P	<del>D</del>	R	15	LME	4	C0012
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Monitoreo**

Con el fin de valorar las metas de las acciones realizadas, orientar o reprogramar actividades de los grupos de apoyo de madres de niños menores de 3 años de edad, se debe de realizar la supervisión y monitoreo de los grupos de apoyo, actividad a cargo del personal encargado. 02 reuniones anuales de monitoreo a las madres organizadas en grupos de apoyo.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)**

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

- En el 1º casillero Sesión de Grupo de Ayuda Mutua
  - En el casillero Lab 1: registrar el número madres integrantes de los grupos de apoyo
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de visita de monitoreo 1 ó 2 según corresponda.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

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

**Registro N°21**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
11	APP151		Sechura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	4	2	1	C7001
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**1.2. ACTIVIDAD 5005982: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES**

**1. SUB PRODUCTO 3325101: COMITES MULTISECTORIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO.**

**Definición.** - Capacitados para la implementación de políticas públicas, así como la generación de entornos vinculados a condiciones del hogar y de la comunidad, incluye implementación de espacios públicos saludables de juego para las niñas y niños, en el marco del desarrollo infantil temprano a los Alcaldes, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad, integrantes del Comité Multisectorial o IAL o Comité Distrital (o quien haga sus veces) están informados, motivados a realizarse en los espacios municipales, espacios de los Centros de

Promoción y Vigilancia Comunal, espacios comunitarios o ambientes del establecimiento de salud, según corresponda.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de coordinación con la Municipalidad**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“COO”**, referido a reunión de **coordinación**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPOr 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°22**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
01	APP104			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>B</del>	R	10	COO	1	C0001
					M		PC	TALLA		C		P	D	R				
					M							P	D	R				
					D		F	Pab	Hb		R	R	P	D	R			

**Reunión técnica con la Municipalidad para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la fase del proceso **“FO”** para indicar Reunión de Organización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPOr 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°23**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
01	APP104			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>B</del>	R	15	FO	1	C0001
					M		PC	TALLA		C		P	D	R				
					M							P	D	R				
					D		F	Pab	Hb		R	R	P	D	R			

**Reunión de socialización de la información para el análisis de la situación de anemia y DCI en el distrito.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FSE” para indicar la Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

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

**Registro N°24**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
05	APP96			Chilca	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	25	FSE	1	C0001					
					M																		
					M			TALLA		C	C		P	D	R								
					F		Pab																
				D			Hb		R	R		P	D	R									

**Taller de planificación para la elaboración del plan de trabajo multisectorial para contribuir en la reducción de la Anemia y DCI en el distrito.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Taller para Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “PP” para indicar taller de planificación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**
  - En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N°25**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
05	APP96			Corani	A		PC	PESO	N	N	1. Taller para municipios	P	<del>D</del>	R	18	PP	1	C0004					
					M																		
					M			TALLA		C	C		P	D	R								
					F		Pab																
				D			Hb		R	R		P	D	R									

**Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas públicas o planes de intervención**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de asistencia técnica 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda:

- **Tema 1:** Implementación de la sala situacional municipal.
- **Tema 2:** Implementación de políticas públicas o planes de intervención que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el

menor de 36 meses; entre ellos, la implementación y funcionamiento de centros de promoción y vigilancia comunal conforme a los criterios técnicos del sector salud; y la implementación espacios públicos de juego para niños y niñas menores de 36 meses.

- **Tema 3:** Implementación de visitas domiciliarias por actor social para promover un conjunto de adopción de prácticas de lactancia materna exclusiva; adecuada alimentación complementaria, la cual incluye alimentar al niño (a) de manera responsiva proporcionando alimentos ricos en hierro; higiene y lavado de manos en el niño menor de 36 meses.
- **Tema 4:** Programación multianual y formulación anual del presupuesto en el Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano.
- **Tema 5:** Actualización y homologación del padrón nominal del menor de 6 años.
- **Tema 6:** Implementación y funcionamiento de los CPVC
- **Tema 7:** Implementación y funcionamiento de los EPSJ

➤ En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**  
 En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** en ambos casos

**Registro N°26**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
17	APP96			Huaral	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	1	1	C7004					
					M		PC																
					M		Pab	TALLA	C	C		P	D	R									
					D			Hb	R	R		P	D	R									

**Reunión de Monitoreo**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión de monitoreo 1 o 2, según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

**Registro N°27**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** en ambos casos

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
28	APP96			Condorama	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1		C7001					
					M		PC																
					M		Pab	TALLA	C	C		P	D	R									
					D			Hb	R	R		P	D	R									

**Reunión de Evaluación**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** en ambos casos

**Registro N°28**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
28	APP96			Huacho	A		PC		PESO	N	N	1. Reunión de Evaluación	P	D	R	10	1		C7003	
					M				TALLA		C		P	D	R					
					F		Pab		Hb		R	R		P	D	R				
					D															

**2. SUB PRODUCTO 3325102: ACTORES SOCIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO. (Subproducto trazador de la Actividad 2) Registro 30**

**Definición.-** Capacitaciones para la promoción de las prácticas de lactancia materna exclusiva; adecuada alimentación complementaria, la cual incluye alimentar al niño de manera responsiva proporcionando alimentos ricos en hierro; higiene y lavado de manos a los Agentes Comunitarios de Salud, actores sociales, autoridades y líderes comunales (directiva comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros) realizarse en los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, espacios comunitarios, ambientes del establecimiento de salud, espacios municipales, según corresponda. Así como también, el funcionamiento de los espacios públicos saludables de juego para las niñas y niños.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de coordinación con la Comunidad para la identificación y selección del actor social de su jurisdicción**

En el ítem: DNI / HC registre según corresponda:

- **APP108 de Actividad con Comunidad**, cuando se realice la selección de Agentes Comunitarios de Salud u otros líderes de la comunidad
- **APP104 de Actividad con Municipios**, cuando se realice la selección de Actores Sociales

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“COO”**, referido a reunión de coordinación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPor 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°29**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
04	APP104			Cusco	A			PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	COO	1	C0003
					M	PC												
					M			TALLA		C	C		P	D	R			
					F	Pab												
					D			Hb		R	R		P	D	R			

❖ **Taller de capacitación través de sesiones educativas para Agentes Comunitarios de Salud, autoridades y líderes comunales sobre Vigilancia Comunitaria**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1° casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registre el número del participante
  - En el casillero Lab 2: registre la temática del taller **“VCO”** para indicar Vigilancia Comunitaria.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 **del PPor 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°30**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
01	APP138			Piura	A			PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	VCO	1	C0009
					M	PC												
					M			TALLA		C	C		P	D	R			
					F	Pab												
					D			Hb		R	R		P	D	R			

✚ **Taller de capacitación a través de sesiones demostrativas sobre preparación de alimentos**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud y APP150 para Autoridades y líderes comunales**, según corresponda.

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

- En el 1° casillero sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registre el número del participante
  - En el casillero Lab 2: registre la temática del taller **“ALI”** para indicar preparación de alimentos.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 **del PPor 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

Registro N°31

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
24	APP138			Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	15	ALI	1	C0010
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Taller de capacitación a los actores sociales en protocolo de visitas domiciliarias en la promoción de prácticas saludables para el cuidado materno infantil, prevención y control de la anemia.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud**

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

En el 1° casillero **Sesión educativa (C0009)**

- En el casillero **Lab 1**: registrar el número de actores sociales participantes
- En el casillero **Lab 2 y Lab 3**: registrar la temática del taller de capacitación, según corresponda
  - **DXA: Diagnóstico, prevención y tratamiento de anemia**
    - 1: Protocolo de la Visita domiciliaria
    - 2: Anemia, prevención y tratamiento
  - **LME: Lactancia Materna Exclusiva o Prolongada**
    - 1: Lactancia materna exclusiva y continuada hasta los dos años
    - 2: Lavado de manos y consumo de agua segura
  - **ALI: Alimentación, nutrición y cuidado infantil**
    - 1: Alimentación complementaria
    - 2: Apego seguro
  - **SBS: Importancia de los servicios básicos de salud**
    - 1: Inmunizaciones
    - 2: Control del Crecimiento y Desarrollo
  - **A: El juego y la atención temprana**
  - **G: Cuidado de la gestante**
    - 1: Control prenatal
    - 2: Señales de peligro durante el embarazo
    - 3: Suplementación con hierro durante el embarazo
    - 4: Alimentación saludable
    - 5: Plan de parto
    - 6: Parto institucional
    - 7: Señales de peligro durante el puerperio
    - 8: El derecho a la identidad en el niño

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

En el 2° casillero **Taller para Municipios (C0004)**

Registro N°32

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
28	APP138			Huacho	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	5	DXA	2	C0009
					M			TALLA	C	C	2. Taller para Municipios	P	D	R				C0004
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Revisión y validación de formatos de visitas domiciliarias realizadas por el actor social**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud**

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

- En el 1º casillero **Asistencia Técnica (C7004)**
  - En el casillero Lab 1: registre el número de **fichas revisadas**
  - En el casillero Lab 2: registre el número de **fichas validadas**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **la sigla “GL”**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°33**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
28	APP138			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	9	GL	C7004					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					F		Pab					P	D	R									

**El personal de salud desarrolla asistencia técnica en VD/AS:** Cuando realiza la validación de los formatos físicos de visita domiciliaria aplicados por el actor social, revisando el registro adecuado del mismo, y luego quedarse con una copia del mismo e ingresarlo a la HC del niño/a, esto lo registra una sola vez al mes.

**Verificación de visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud**

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

- En el casillero **Lab 1:** registrar el número de niños a ser verificados según aplicativo de visitas domiciliarias.
- En el casillero **Lab 2:** registrar el número de niños verificados que cumplieron con los criterios establecido.
- En el casillero **Lab 3:** registrar el número **la sigla “GL”**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°34**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
28	APP138			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Supervisión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	18	GL	C7002					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					D		Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**Monitoreo y acompañamiento por parte del personal de salud al actor social durante el desarrollo de la visita domiciliaria**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP138 para Agentes Comunitarios de Salud**

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

- En el 1º casillero **Monitoreo (C7001)**
  - En el casillero **Lab 1:** registrar el número de actores de sociales con acompañamiento en el mes
  - En el casillero **Lab 2:** registrar el número de visita con acompañamiento 1 ó 2 según corresponda
  - En el casillero **Lab 3:** registrar el número la sigla **“GL”**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°35**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA											ETNIA	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
27	APP138			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	2	GL	C7001	
					M		PC	TALLA	C	C		P	D	R					
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**3. SUB PRODUCTO 3325108: PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO**

Definición. - Capacitaciones para la promoción de las prácticas de lactancia materna exclusiva; adecuada alimentación complementaria, la cual incluye alimentar al niño de manera responsiva proporcionando alimentos ricos en hierro; higiene y lavado de manos y en la importancia de la implementación y funcionamiento de los espacios de juego en el niño menor de 36 meses a los Docentes coordinadores, docentes de aula, auxiliares y promotores educativos del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) que atienden a menores de 36 meses a realizarse en los espacios educativos, espacios comunitarios, ambientes del establecimiento de salud, espacios municipales, Servicios Educativos y/o UGELs, según corresponda  
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de coordinación con la Red Educativa/Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con instituciones educativas**  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“COO”** para indicar la reunión de coordinación.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPO 1001: DIT**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°36**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA											ETNIA	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
13	APP93			Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	COO	1	C0002	
					M		PC	TALLA	C	C		P	D	R					
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**Reunión de concertación con la Red Educativa / Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de actividad con instituciones educativas**

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

- En el 1º casillero Reunión de coordinación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“FCO”** para indicar la reunión de concertación.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPOr 1001: DIT**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°37**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
20	APP93			Piura	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión Instituciones Educativas	P	D	R	10	FCO	1	C0002					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					M							P	D	R									
					D		Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**Talleres de capacitación a los promotores educativos**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP144 de Docentes Ciclo I**

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática del taller:
    - **SBS:** Importancia de la entrega del paquete integral del niño
    - **ALI:** Alimentación responsiva con énfasis en la alimentación complementaria e incorporación de alimentos de origen animal ricos en hierro.
    - **AA:** Importancia del juego en el desarrollo infantil temprano
  - En el casillero Lab 3: registrar el número **1 del PPOr 1001: DIT**

**Registro N°38**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
02	APP144			Acora	A		PC	PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	18	AA	1	C0009					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					M							P	D	R									
					D		Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL****PRODUCTO 3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

ACTIVIDADES	Pág.
<b>1.1. ACTIVIDAD 5005984: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS</b>	
1	3341201: Familias de la gestante y puérpera que recibe consejería en el hogar a través de la visita domiciliaria para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva durante la visita domiciliaria <i>(Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto)</i> 40
2	3341202: Agentes Comunitarios de Salud capacitados realizan orientaciones a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva 43
3	3341203: familia de adolescentes que reciben sesiones educativas y demostrativa para promover prácticas saludables en salud sexual integral. 48
<b>1.2. ACTIVIDAD 5005985: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	
4	3341204: Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la intuición educativa <i>(Subproducto trazador de la Actividad 2)</i> 47
5	3341205: Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva 49

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL  
PRODUCTO FAMILIAS –SALUD MATERNO NEONATAL**

**2. PRODUCTO 3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
99501	Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	APP136	<b>APP</b> Familia y Vivienda
2	Actividades de Materno Neonatal	APP108	Actividades con la Comunidad
99499.08	Teleorientación Síncrona	APP104	Consejo Municipal
	<b>SESIONES</b>	APP93	Actividad con instituciones educativas
C0009	Sesión educativa	APP144	Actividad con Docentes
C0010	Sesión demostrativa	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios en Salud
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud.	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
	<b>CONSEJERÍA</b>	RSA	Zona de riesgo
99401	Consejería Integral	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
C0011	Visita familiar integral	IE	Institución educativa
	<b>ORIENTACIONES</b>	TP	Taller a docentes de IE del nivel primario
C2062	Orientación familiar	TS	Taller a docentes de IE del nivel secundaria
C3061	Constitución del Comité Multisectorial.	CM	Documento técnico/ cartilla Gestión Local de Casa Materna.
	<b>GESTIÓN</b>	FE	Fase de ejecución
C7004	Asistencia Técnica	CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
C7001	Reunión de monitoreo	PEC	Programas educativos comunicacionales.
C7003	Reunión de evaluación	RF	Referencia comunal
C3071	Mobilización social		
C0005	Taller para instituciones educativas		
C3071	Mobilización social		
C0006	Taller para Comunidad		
C0001	Reunión en municipio		
C0002	Reunión en instituciones educativas		

## 2.1. ACTIVIDAD 5005984: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS

### 1. SUB PRODUCTO 3341201 - FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA QUE RECIBEN CONSEJERÍA EN EL HOGAR ATRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA (*Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto) Registro 39 y 40*)

Definición: Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita familiar integral a través de la estrategia de visita domiciliaria. Estas acciones son realizadas **por el personal de salud capacitado**, según el siguiente detalle:

#### ✚ Consejería durante el periodo gestacional:

**Primera visita domiciliaria, 1° consejería:** entre la 14 y 27 semanas (**segundo trimestre**) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del embarazo.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.

**Segunda visita domiciliaria, 2° consejería:** entre la 28 y 40 semanas (**tercer trimestre**) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Reforzar cuidados del embarazo.
- Reforzar signos de alarma del embarazo.
- Incidir en la importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Planificación familiar.
- Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

#### RECUERDE:

- Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia donde se asume compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento del compromiso en la 2° visita.

#### ✚ Consejería durante el periodo gestacional a través de visita familiar integral:

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Gestante seguido de la fecha de la última regla**

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

- En el 1° casillero Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).
- En el 2° casillero Visita familiar integral

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

## Registro N°39

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: 10 /09 / 2020			
14	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	1. Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99402.03
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011
	Gestante	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>				R	R		P	D	R		

## RECUERDE:

El **trazador** para esta actividad es la **segunda (2°) consejería integral en gestante** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) visita familiar.

#### Consejería durante el periodo gestacional a través de Teleorientación:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante.

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Gestante seguido de la fecha de la última regla**

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

- En el 1° casillero Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en el 1er trimestre de la gestación se dejará en blanco).
- En el 2° casillero Teleorientación Síncrona

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

## Registro N°40

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: 10 /09 / 2020			
14	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	1. Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99402.03
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleorientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08
	Gestante	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>				R	R		P	D	R		

#### Consejería durante el periodo post natal a través de visita familiar integral:

**Primera visita domiciliaria, 1° Consejería durante el periodo de puerperio:** en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del puerperio.
- Signos de alarma en el RN.
- Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Planificación familiar.

*Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario.*

**Segunda visita domiciliaria, 2° consejería:** entre los 28 y 30 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Reforzar cuidados del puerperio.
- Reforzar signos de alarma del puerperio.
- Reforzar signos de alarma del RN.
- Reforzar cuidados del RN.
- Incidir en planificación familiar.

**RECUERDE:**

→ Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia donde se asume compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento del compromiso en la 2° visita.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Puérpera**

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

- En el 1° casillero Consejería de identificación de signos de alarma
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda
    - “1” si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
    - “2” si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
    - “3” Si la consejería se realiza en otro momento diferente
- En el 2° casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería: 1° o 2° (en el caso la consejería se haya realizado en otro momento diferente a lo precitado se dejará en blanco).

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

Registro N°41																	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
22	84751247		Secura	30	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería de identificación de signos de alarma	P	D	R	2		99401.08	
	91121				M	Pab	TALLA			2. Visita familiar integral	P	D	R	2		C0011	
			40			F		Hb	R	R		P	D	R			
	<b>Puérpera</b>				D												

**Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 2da consejería en puérpera.**

**Consejería durante el periodo post natal a través de Teleorientación:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Puérpera**

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

- En el 1° casillero Consejería de identificación de signos de alarma
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda
    - “1” Si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.

- “2” Si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
- “3” Si la consejería se realiza en otro momento diferente

- En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

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

**Registro N°42**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
22	84751247			Secura	30	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería de identificación de signos de alarma	P		R	2			99401.08					
	91121							M		TALLA					2. Teleorientación Síncrona	P		R	2		99499.08			
	Puérpera		40					D		Hb		R	R			P	D	R						

**2. SUB PRODUCTO 3341202: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un local comunal u otro que la considere necesario, según el siguiente detalle:

**➤ Orientación durante el periodo gestacional:**

- ❖ **Primera visita domiciliaria**, 1º orientación: entre la 28 y 40 semana (tercer trimestre) de gestación, de **45 minutos de duración**, se realizará en los siguientes temas:
  - Pautas generales para el cuidado del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del embarazo.
  - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Pautas generales de planificación familiar.
  - Pautas para el cuidado del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria y la referencia comunal proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá realizar la referencia comunal al EE. SS los hallazgos de la actividad realizada.

De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la gestante al EE. SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

**El registro se realizará de la siguiente manera:**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Gestante seguido de fecha de ultima regla**

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

- En el 1º casillero Orientación Familiar
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de orientación 1 o 2 según corresponda
    - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “PDS” de Promotor de Salud /Agente Comunitario de Salud.
  - En el 2º casillero Visita Familiar Integral
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N°43**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/10/2020																	
14	84751247		Secura	38	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación familiar	P	D	R	1	PDS		C2062
	2551				M		TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R				C0011
			58			F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			
	<b>Gestante</b>																

**RECUERDE:**  
 Para efectos de medición de esta tarea se tomará en cuenta la 1era orientación en gestante, realizada por el Agente Comunitario de Salud.

**Orientación durante el periodo post natal**

**Segunda visita domiciliaria, 2º orientación:** en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:

- Pautas generales para el cuidado del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del puerperio.
- Signos de alarma en el RN.
- Pautas generales para el cuidado del RN: importancia de la lactancia materna exclusiva, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Pautas generales de planificación familiar.

Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud.

Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al EE. SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la puérpera y/o RN al EE. SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la puérpera.

En el ítem: Gestante / Puérpera registre **Puérpera**

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

- En el 1º casillero Orientación Familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de orientación 1 o 2 según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “PDS” de Promotor de Salud / Agente Comunitario
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

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

**Registro N°44**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
17	84751247			Sechura	30	M	PC			N	N	1. Orientación Familiar	P	<del>D</del>	R	2	PDS		C2062
	91121					M				<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R				C0011
	<b>Puérpera</b>	40				D	Pab			R	R		P	D	R				

**Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud en Salud Sexual y Reproductiva**

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código **APP138 de Agentes Comunitarios**.

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de agentes comunitarios participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar según el tipo de temática desarrollado
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
    - **RF** = Para referencia Comunitaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

**Registro N°45**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
08	APP138			Combapata		A	PC			N	N	1. Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	12	RF	2	C3151
						M				<del>C</del>	<del>C</del>		P	D	R				
						D	Pab			R	R		P	D	R				

**El Agente Comunitario de Salud requiere una Capacitación de 16 horas al año como mínimo.**

**Referencia comunitaria realizadas por Agente Comunitario de Salud:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Actividad con Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Orientación Familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de referencias comunitarias realizadas por el ACS durante el mes.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"RF"** de referencia comunitaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N°46**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	APP138			Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	RF	2	C2062						
					M			TALLA	C	C		P	D	R										
					F	Pab						P	D	R										
					D			Hb	R	R		P	D	R										

**3. SUB PRODUCTO 3341203: FAMILIA DE ADOLESCENTES QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL.**

Definición: Actividad dirigida a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas para promover la salud sexual integral, estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal, en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente, u otro que la considere necesario.

La metodología a usar es la del material educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 6 horas de duración, una de ellas siempre será la 7ma. Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- Sesión 1: Sexualidad.
- Sesión 2: Identidad.
- Sesión 3: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- Sesión 4: Igualdad de género.
- Sesión 5: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- Sesión 6: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- Sesión 7: Planificando el futuro.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP146 Actividades con Padres**.  
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes (Nº Familias de adolescentes).
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del eje temático al que corresponde la sesión educativa: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

**El trazador es la 7ma sesión educativa a familias de adolescentes.**

**Registro N°47**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	APP146			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	7	2	C0009						
					M			TALLA	C	C		P	D	R										
					F	Pab						P	D	R										



## Registro N°48

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
25	APP93		Tarapoto	A	M	PC		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	10	UGL	2	C0002
				M				C	C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D				R	R		P	D	R				

### Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primaria y secundaria.

Actividad dirigida a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, que consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.

Luego de concluidas las sesiones educativas, el personal de salud medirá el resultado de la capacitación (subproducto), a corto plazo, a través del desarrollo de sesiones de aprendizaje realizadas por el docente en el aula.

La metodología a usar es la del Módulo educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud para el trabajo en las instituciones educativas que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 8 horas de duración, una de ellas siempre será la 6ta para el caso de primaria y la 7ma para el caso de secundaria.

Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente. Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- 1er eje temático: Sexualidad.
- 2do eje temático: Identidad.
- 3er eje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia.
- 4to eje temático: Igualdad de género.
- 5to eje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia.
- 6to eje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato.
- 7to eje temático: Planificando el futuro.

Se realizará en el local de la institución educativa u otro que se considere pertinente.

Las sesiones educativas son las siguientes:

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1° casillero Reunión en instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del eje temático al que corresponda el taller educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
  - En el casillero Lab 3: registrar si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:
    - **TP** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
    - **TS** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria
- En el 2° casillero Taller para instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

*El trazador es el 6° taller en docentes de IE del nivel Primaria.*

**Registro N°49**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
25	APP144		Tarapoto	A		PC		PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	7	TS	C0002
				M				TALLA	C	C	2. Taller para instituciones educativas	P	D	R	2			C0005
				F		Pab		Hb	R	R		P	D	R				
				D														

**Docentes capacitados que realizan sesiones de aprendizaje de salud sexual integral a los adolescentes**

Esta información se recogerá de la observación directa o de la información sustentatoria que muestre el docente al momento que el personal de salud realice la evaluación.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP141 Actividades con Adolescentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de alumnos que recibieron la sesión de aprendizaje
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del taller 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda al eje temático en que **fue capacitado el docente y en el cual está realizando su sesión de aprendizaje a los alumnos.**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

**Registro N°50**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
25	APP141		Tarapoto	A		PC		PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	20	7	2	C0005
				M				TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab		Hb	R	R		P	D	R				
				D														

**2. SUB PRODUCTO 3341205: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial, y que consiste en brindar asesoramiento por parte de personal de salud para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes. Los espacios a gestionar serán los siguientes:

- ✓ Implementación y funcionamiento de la Casa Materna.
- ✓ Implementación y funcionamiento de Centros de Desarrollo Juvenil.
- ✓ Programas educativos comunicacionales.

Las acciones de incidencia y asesoramiento, realizadas por el personal de salud, también son dirigidas al comité multisectorial, liderado por la municipalidad (**4 reuniones de 01 hora de duración, cada una, en promedio**) y se realizan en el local de la municipalidad u otro que se considere pertinente.

Este subproducto será medido por el personal de salud a través de recursos financieros asignados por el municipio a una o más de las actividades precitadas.

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP104 actividades con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el tema de la reunión según corresponda
    - **CM** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** = Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
    - **PEC** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"+

**Registro N°51**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:										
25	APP104			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipio	P	D	R	CM	2		C0001
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Capacitación a funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud.**

Actividad dirigida a funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud, que consiste en brindar pautas para la implementación de Casa Materna a un corto plazo, Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ) y Programas educativos comunicacionales en salud sexual o reproductiva.

La metodología a usar es la cartilla de Gestión Local Para la Implementación de la Casa Materna, dirigido a Gobierno Local para el trabajo en la Promoción de la Salud Materna Neonatal, se realizará en el local de la municipalidad u otro que se considere pertinente.

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 104 actividades con Municipios**

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

- En el 1º casillero Constitución de Comités Multisectorial
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **CM** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** = Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
    - **PEC** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

## Registro N°52

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	GESTANTE/PUERPERA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
20	APP104			Tarapoto	A		PC		N	N	1. Constitución de Comité multisectorial	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	CM	2	C3061						
					M							P	<input type="checkbox"/>	D										
					M		Pab		C	C			P	<input type="checkbox"/>	D									
					D				Hb		R	R	P	<input type="checkbox"/>	D									

✚ Reunión de Monitoreo con funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud

Acompañamiento a funcionarios/Comité de Gestión Local de Implementación de espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva a través de acciones de monitoreo (01 reunión de 45 minutos de duración).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 96 actividades con Comité Multisectorial**.

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

- En el 1° casillero Reunión en Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla del tema que está siendo monitorizado
    - CM =Implementación de la Casa Materna.
    - CDJ =Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

## Registro N°53

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	GESTANTE/PUERPERA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
20	APP96			Tarapoto	A		PC		N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CM	2		C7001						
					M							P	<input type="checkbox"/>	D										
					M		Pab		C	C			P	<input type="checkbox"/>	D									
					D				Hb		R	R	P	<input type="checkbox"/>	D									

✚ Reunión de Evaluación con funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud

Acompañamiento a Funcionarios/Comité de Gestión Local para el funcionamiento de espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva a través de una acción de evaluación (01 reunión de 45 minutos de duración).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 96 Actividades con Comité Multisectorial**

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

- En el 1° casillero: Reunión con municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla del tema de la evaluación
    - **CM** =Implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** =Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda
    - **1=** Si durante la evaluación se encuentra en funcionamiento.
    - **2=** Si durante la evaluación no se encuentra en funcionamiento.

- En el casillero Lab 3: si se registra 1 en el Lab2 se debe colocar el número de personas que hacen uso de estos espacios, si se registra 2 en el Lab2 se dejara en blanco.
- En el 2º casillero: Reunión de Evaluación
- En el casillero Lab 1: registrar el número 2 de Programa de Materno Neonatal

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

**Registro N°54**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
20	APP96			Tarapoto	A			PESO	N	N	1. Reunión con municipio	P	<del>R</del>	R	CM	1	9	C0001
					M	PC		TALLA	C	C	2. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	2			C7003
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**I. PP 0016TBC-VIH/SIDA****PRODUCTO 3043952: FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS**

ACTIVIDADES	Pág.
<b>1.1. ACTIVIDAD 5000062: PROMOVER EN LAS FAMILIAS PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS.</b>	
1 4395201: Familias que reciben consejería a través de visitas domiciliarias para promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de la Tuberculosis y VIH/SIDA <i>(Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto)</i>	55
2 4395202: Familias que reciben sesión educativa y demostrativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la disminución de la tuberculosis y VIH/SIDA	59
<b>1.2. ACTIVIDAD 5005987: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS, VIH/SIDA.</b>	
3 4395203: Docentes de Instituciones educativas desarrollan acciones para la promoción de prácticas saludables y la prevención de la tuberculosis, VIH/SIDA.	61
4 4395204: Comunidades con líderes capacitados desarrollan vigilancia comunitaria en favor de entornos y prácticas saludables y la prevención de la Tuberculosis, VIH/SIDA. <i>(Subproducto trazador de la Actividad 2)</i>	65
5 4395205: Municipios implementan acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de Tuberculosis, VIH/SIDA según distritos/ provincias priorizadas.	72

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL  
PRODUCTO FAMILIAS TBC-VIH/SIDA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
161	Actividad de Tuberculosis		
162	Actividades de VIH/SIDA		
	<b>SESIONES</b>		
C0009	Sesión educativa		
C0010	Sesión demostrativa		
C3151	Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios de Salud		
	<b>CONSEJERÍA</b>		
99401	Consejería integral		
C0011	Visita familiar integral		
	<b>GESTIÓN</b>		
C7004	Asistencia técnica		
C7001	Reunión de monitoreo		
C7003	Reunión de evaluación		
C0021	Visita comunitaria integral		
C0005	Taller para instituciones educativas		
C0006	Taller para la comunidad		
C0002	Reunión en instituciones educativas		
C3071	Movilización social		
			<b>APP</b>
		APP136	Familia y vivienda
		APP108	Actividades en comunidad
		APP104	Actividad con municipio
		APP93	Actividades con instituciones educativas
		APP144	Actividad con docentes
		APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
		APP96	Actividad con Comité Multisectorial
			<b>CAMPO LAB</b>
		RSA	Zona de riesgo
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa
		TP	Taller a docentes de IE del nivel primaria
		TS	Taller a docentes de IE del nivel secundaria
		SR	Módulo educativo de salud respiratoria.
		VIH	Cartilla educativa de VIH/SIDA.
		VCO	Vigilancia comunitaria
		PSA	Prácticas saludables
		FE	Fase de ejecución
		FP	Planificación participativa

### 3. PRODUCTO 3043952: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS

#### 3.1. ACTIVIDAD 500062: PROMOVER EN LAS FAMILIA PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS

##### 1. SUB PRODUCTO 4395201: FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (*Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto*) Registro 56/ Registro 58

Familias cuyas viviendas se encuentran ubicadas alrededor de las viviendas de personas afectadas por tuberculosis ubicadas en el ámbito de los establecimientos de salud del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada, reciben consejería en prácticas y entornos para la salud respiratoria y medidas preventivas que contribuyan a la prevención y control de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, en la vivienda durante la visita domiciliaria o a través de Teleorientación síncrona. La consejería se realizará de la siguiente manera:

#### ✚ Para registro de Tuberculosis (TBC): (Registro modificado)

Esta actividad se realizará por medio de (02) dos visitas domiciliarias/Teleorientación Síncrona al año, y será de la siguiente manera:

- **Primera visita domiciliaria (1°):** En esta primera visita domiciliaria se desarrolla la Consejería Integral en *Prácticas Saludables*. Con una duración de **45 minutos**

**La consejería Integral en Prácticas Saludables** involucra tocar los siguientes temas: alimentación saludable, higiene de la vivienda (limpieza y desinfección), ventilación e iluminación natural de la vivienda, lavado de manos, higiene respiratoria (cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo o un pañuelo desechable al toser y/o estornudar, eliminación adecuada de papel desechable y lavado de manos), distribución de los ambientes de la vivienda.

- **Segunda visita domiciliaria (2°):** Se desarrolla una Consejería Integral en *Medidas Preventivas*, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera visita. Con una duración de **45 minutos**

**La consejería Integral en prácticas saludables** involucra tocar los siguientes temas: uso de mascarilla cuando hay un afectado con enfermedad respiratoria (tuberculosis, Covid 19, influenza, entre otros), evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, distanciamiento físico, vacunación (BCG, neumococo, influenza, DPT, otros), reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento

#### RECUERDE:

- La 2° visita domiciliaria se realiza al mes siguiente de la 1° visita domiciliaria.
- Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en prácticas saludables, la familia asuma compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento de este compromiso en la 2° visita.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia**.

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

- En el 1° casillero registrar **Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número **161** de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**

Registro para la 1ra visita domiciliaria

Registro N°55

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
18	84751247			Secura	38	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	D	R	1			99401.36		
				M						TALLA	C		C	2. Visita familiar integral	P	D	R	161			C0011
		58		D						Hb	R		R		P	D	R				

Registro para la 2da visita domiciliaria

Registro N°56

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
18	84751247			Secura	38	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	D	R	2			99401.36		
				M						TALLA	C		C	2. Visita familiar integral	P	D	R	161			C0011
		58		D						Hb	R		R		P	D	R				

RECUERDE:

El **trazador** para esta actividad es la **segunda (2º) consejería** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1º) visita familiar.

📌 Registro de la consejería a través de Teleorientación Síncrona

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia**.

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

- En el 1º casillero registrar **Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de **consejería (1, 2) según corresponda**
- En el 2º casillero registrar **Teleorientación Síncrona**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre **“D”**

## Registro N°57

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT															
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°																
	ETNIA	CENTRO POBLADO																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
18	84751247		Secura		38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	D	R	1			99401.36															
																		58									2. Teleorientación Sincrona						

## Registro N°58

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT															
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°																
	ETNIA	CENTRO POBLADO																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
18	84751247		Secura		38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	D	R	2			99401.36															
																		58									2. Teleorientación Sincrona						

 Para registro de VIH-SIDA

Esta actividad se realizará por medio de dos (02) visitas domiciliarias al año, y será de la siguiente manera:

- **(1°) Primera visita domiciliaria:** En esta primera visita domiciliaria se desarrolla la **Consejería Integral en *Habilidades Sociales***. Con una duración de **45 minutos** **La consejería Integral en Habilidades Sociales** involucra tocar los siguientes temas: comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida.
- **(2°) Segunda visita domiciliaria:** Se desarrolla una **Consejería Integral *para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo y medidas preventivas***. Con una duración de **45 minutos** **La consejería Integral para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el autocuidado del cuerpo** involucra tocar los siguientes temas: Retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.

**RECUERDE:** La 2° visita domiciliaria se realiza como mínimo al mes siguiente de la 1° visita domiciliaria.

- Es importante que en la 1° visita en la que se brinda la consejería en Habilidades Sociales la familia asuma compromisos, de esta forma se podrá hacer seguimiento del cumplimiento de este compromiso en la 2° visita.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia**.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería en habilidades sociales
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de **consejería (1, 2) según corresponda**
- En el 2° casillero registrar Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

Registro para la 1ra visita domiciliaria

**Registro N°59**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Nalvarte												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
29	84751247			Secura	38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en habilidades sociales	P	D	R	1			99401.15	
								TALLA	C	C	2 visita familiar integral	P	D	R	162				C0011
	60			Pab				Hb	R	R		P	D	R					

Registro para la 2da visita domiciliaria

**Registro N°60**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Nalvarte												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
29	84751247			Secura	38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	D	R	2			99401.19
								TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R	162			C0011
	60			Pab				Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** El *trazador* para esta actividad es la **segunda (2°) consejería** indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1°) visita familiar.

**Registro de la consejería a través de Teleorientación Síncrona**

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia**.

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

- En el 1° casillero registrar Consejería en habilidades sociales
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Teleorientación Síncrona
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°61**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°						
	ETNIA		CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
29	84751247			Sechura	38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en habilidades sociales	P	D	R	1			99401.15					
								TALLA					2. Teleorientación Sincrona	P	D	R	162			99499.08			
			60						Hb		R	R			P	D	R						

**Registro N°62**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°						
	ETNIA		CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
29	84751247			Sechura	38	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	D	R	2			99401.19					
								TALLA					2. Sincrona Teleorientación	P	D	R	162			99499.08			
			60						Hb		R	R			P	D	R						

**2. SUB PRODUCTO 4395202: FAMILIAS QUE RECIBEN SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA**

Familias cuyas viviendas se encuentran ubicadas alrededor de las viviendas de personas afectadas por tuberculosis y que están ubicadas dentro de la jurisdicción de establecimientos de salud del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada, reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables para la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA por parte del personal de salud, en el local comunal, local municipal, Tele IEC u otro que se considere necesario.

**🚩 Para registro de Tuberculosis (TBC):**

Para ello desarrollará por lo menos dos (2) sesiones educativas y demostrativas, para fines de registro se iniciará registrando la sesión educativa. A continuación, se detalla los contenidos de las sesiones:

- **Primera sesión educativa y demostrativa (1°):** En esta primera sesión educativa y demostrativa se abordarán temas referentes a la Alimentación saludable, higiene de la vivienda (limpieza y desinfección), ventilación e iluminación natural de la vivienda, lavado de manos, higiene respiratoria (cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo o un pañuelo desechable al toser y/o estornudar, eliminación adecuada de papel desechable y lavado de manos), distribución de los ambientes de la vivienda, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos**.
- **Segunda sesión educativa y demostrativa (2°):** Para la segunda sesión educativa y demostrativa se tendrá en cuenta los temas referentes a uso de mascarilla cuando hay un afectado con enfermedad respiratoria (tuberculosis, Covid 19, influenza, entre otros), evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, distanciamiento físico, vacunación (BCG, neumococo, influenza, DPT, otros), reconocimiento del sintomático respiratorio, importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos**.

**RECUERDE:** La 2° sesión educativa y demostrativa se realizan como mínimo al mes siguiente de la 1° sesión educativa y demostrativa.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero registrar Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión educativa (1, 2) según corresponda
- En el 2º casillero registrar Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión demostrativa (1, 2) según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°63**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
20	APP136			Sechura	A			PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	10	2		C0009
					M	PC													
					M		TALLA		C	C	2. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	2	161		C0010	
					F	Pab													
					D		Hb		R	R		P	<del>D</del>	R					

**RECUERDE:** El *trazador del producto* para esta actividad es la **segunda (2º) sesión educativa y demostrativa**, indicando que la actividad ha sido cumplida, esta se colocara siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1º) sesión educativa y demostrativa.

**Para registro de VIH-SIDA:**

Para ello desarrollará por lo menos dos (2) sesiones educativas y dos (2) sesiones demostrativas, de la siguiente manera:

- **(1º) Primera sesión educativa y demostrativa:** De acuerdo a las necesidades identificadas en la comunidad se establecerá el tema abordar durante la sesión educativa y demostrativa, pudiendo ser **uno o más temas**, según criterio del personal de salud y necesidad de los participantes (familias).
  - ⇒ **TEMAS:** habilidades sociales comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida, en orientación para el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo, a un grupo máximo de 15 familias. Con una duración de **90 minutos**.
- **(2º) Segunda sesión educativa y demostrativa:** Para esta segunda sesión educativa y demostrativa se considera los mismos criterios de aplicabilidad que en el caso anterior (según criterio y necesidad de los participantes)
  - ⇒ **TEMAS:** Identificación de situaciones de riesgo, y refuerzo de la primera sesión. Con una duración de 90 minutos.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP136 Familia y vivienda**

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

- En el 1º casillero registrar Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión educativa (1, 2) según corresponda
- En el 2º casillero registrar Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión demostrativa (1, 2) según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°64**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	CENTRO POBLADO		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
20	APP136		Secura	A	M	PC	TALLA	C	C	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	10	2		C0009	
	M	F		P							<del>D</del>	R	2	162		C0010		
	F	Páb																
	D			Hb							R	R	3.	P	D	R		

**3.2. ACTIVIDAD 5005987: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMOVEN PRCTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA**

**1. SUBPRODUCTO 4395203: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA**

Docentes de instituciones educativas públicas de educación básica regular, de los niveles primaria, y secundaria, ubicados en la jurisdicción de establecimientos de salud clasificados como alto y muy alto riesgo para tuberculosis, reciben capacitación para la planificación y ejecución de acciones educativas en salud respiratoria, prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA y lo trasladan a los estudiantes a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Esta actividad es realizada por el personal de salud en el local de la institución educativa, local comunal o en otro lugar que se considere necesario. Se desarrolla a través de talleres de capacitación, reuniones de trabajo, Telecapacitación y/o Telegestión.

**✚ Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas:**

Para incorporar en el Plan Anual de Trabajo acciones relacionadas a la promoción de prácticas y prevención de la tuberculosis y el VIH/SIDA a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje **(01 reunión de 45 minutos de duración)**.

**✚ Para registro de Tuberculosis (TBC):**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 161 de Actividad de TBC

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

**Registro N°65**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
18	APP93			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	161		C0002
					M			TALLA		C		P	D	R				
					M							P	D	R				
					D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH/SIDA:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Instituciones Educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

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

**Registro N°66**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
18	APP93			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	162		C0002
					M			TALLA		C		P	D	R				
					M							P	D	R				
					D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas:**

Se desarrolla en instituciones educativas de los niveles de educación primaria y secundaria, a través de talleres educativos en prácticas y entornos de salud respiratoria y prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA, teniendo como herramientas educativas: el Módulo de Promoción de la Salud Respiratoria y Prevención de la Tuberculosis, cartilla de Promoción de la Salud Respiratoria y Prevención de la Tuberculosis y cartilla educativa de Promoción de la Salud Respiratoria y Prevención de la Tuberculosis y cartilla para el VIH/SIDA en la Institución Educativa (**01 Taller de 90 minutos de duración**).

**Para registro de Tuberculosis (TBC):**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el nivel de la Institución educativa, según detalle:
    - **TP:** Cuando la I.E es del nivel Primario.
    - **TS:** Cuando la I.E es del nivel Secundario
  - En el casillero Lab 3: Registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°67**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°		
	ETNIA		CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
19	APP144			Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	TP	161	C0005
					M			TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH/SIDA:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el nivel de la Institución educativa, según detalle:
    - **TP:** Cuando la I.E es del nivel Primario.
    - **TS:** Cuando la I.E es del nivel Secundario
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre **“D”**

**Registro N°68**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°		
	ETNIA		CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
19	APP144			Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	TP	162	C0005
					M			TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

**Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje**

Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje. (01 reunión de 45 minutos de duración).

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

En el 1º casillero registrar Asistencia técnica

- **En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes**
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
  - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria

- **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
- En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°69**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
19	APP144			Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Asistencia Técnica	P	D	R	10	TP	161	C7004				
					M																		
					M		Pab	TALLA		C	C		P	D	R								
					D			Hb		R	R		P	D	R								

✚ **Para registro de VIH/SIDA:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°70**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
19	APP144			Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Asistencia Técnica	P	D	R	TP	162		C7004				
					M																		
					M		Pab	TALLA		C	C		P	D	R								
					D			Hb		R	R		P	D	R								

✚ **Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos de y/o sesiones de aprendizaje**

Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 30 minutos de duración).

✚ **Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda

- **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
- **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
- En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°71**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
17	APP144			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	TP	161	C7001
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH/SIDA:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°72**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
17	APP144			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	TP	162	C7001
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb		R	R		P	D	R			

**2. SUBPRODUCTO 4395204: COMUNIDADES CON LÍDERES CAPACITADOS DESARROLLAN VIGILANCIA COMUNITARIA EN FAVOR DE ENTORNOS Y PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA.**

(Trazador de actividad 2) Registro 80

Comunidades ubicadas en la jurisdicción de establecimientos de salud del 1º nivel de atención y del 2º nivel con población asignada, clasificados como alto y muy alto riesgo para tuberculosis, cuyos líderes de organizaciones comunitarias adscritas al gobierno local (incluye a los agentes comunitarios de salud) reciben educación y acompañamiento para

promover prácticas y entornos saludables y la implementación de vigilancia comunitaria que contribuyan a la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA.

Estas acciones son realizadas por el personal de salud en coordinación con el gobierno local (Gerencia de Participación vecinal o la que haga sus veces) y organizaciones comunitarias, a través de reuniones de coordinación, desarrollo de talleres de capacitación, acompañamiento/asistencia técnica y seguimiento a las acciones de vigilancia comunitaria. Dichas actividades se realizan en locales comunales, salas municipales, establecimiento de salud u otro ambiente que los participantes consideren conveniente, también se realiza a través de Telecapacitación o Telegestión.

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

**Fase 1: PLANIFICACIÓN**

**Para registro de Tuberculosis:**

Incluye las siguientes acciones:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Identificación y selección de comunidades en riesgo para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.
3. Identificación de organizaciones comunitarias con base en el padrón del gobierno local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de Salud.
4. Selección de contenidos claves, instrumentos y metodología para vigilar

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividades en la comunidad**

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

- En el 1º casillero registrar Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar de acuerdo al siguiente el número del 1 al 4 según la acción que corresponda
  - En el casillero Lab 2: colocar el número de comunidades seleccionadas para la VC, cuando seleccionen la actividad número 2 en el 1º casillero, de lo contrario para la actividad 1 o 3 o 4 dejar en blanco.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°73**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
17	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	2	5	161	C0021						
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R										
				D			Hb	R	R		P	D	R										

**Para registro de VIH/SIDA**

Incluye las siguientes acciones:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Identificación y selección de comunidades en riesgo para el desarrollo de la vigilancia comunitaria.

3. Identificación de organizaciones comunitarias con base en el padrón del gobierno local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de Salud.
4. Selección de contenidos claves, instrumentos y metodología para vigilar.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividades en la comunidad**

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

- En el 1º casillero registrar Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar de acuerdo al siguiente el número del 1 al 4 según la acción que corresponda
  - En el casillero Lab 2: solo se usará para colocar el número de comunidades seleccionadas para la VC, cuando seleccionen la actividad número 2 en el 1º casillero, de lo contrario para la actividad 1 o 3 o 4 dejar en blanco.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°74**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP108			Tarapoto	A			PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	5	162	C0021
					M	PC												
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					F	Pab												
					B		Hb		R	R		P	D	R				

**Capacitación en vigilancia comunitaria y prácticas y entornos saludables a agentes comunitarios y organizaciones comunitarias**

Se desarrollará las reuniones en número de tres por año:

- **1ra reunión** = al 1er trimestre, se desarrollará el tema de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención de la tuberculosis o VIH según sea el caso. (01 reunión de 2 horas de duración).
- **2da reunión** = al mes de la 1ra reunión, se desarrollará el tema de vigilancia comunitaria. (01 reunión de 2 horas de duración).
- **3ra reunión** = al mes de la segunda reunión, se desarrollará reforzamiento de las primeras reuniones y se hará seguimiento al avance de acciones de vigilancia comunitaria (01 reunión de 2 horas de duración). **El cumplimiento de esta reunión, indicará que la actividad ha sido cumplida satisfactoriamente.**

**Para registro de tuberculosis:**

**❖ Para agentes comunitarios de salud (ACS):**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas según corresponda
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 75**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP138			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión entrenamiento de agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	10	VCO	161	C3151
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **Para organizaciones comunitarias:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Taller en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas según corresponda
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 76**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Taller comunidad en	P	<del>D</del>	R	10	PSA	161	C0006
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

❖ **Para agentes comunitarios de salud (ACS):**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 138 de Agentes Comunitarios**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas según corresponda
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 77**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
10	APP138		Tarapoto	A		PC		PESO	N	N	1.Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	VCO	162	C3151
				M														
				M				TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab		Hb	R	R		P	D	R				

❖ **Para organizaciones comunitarias:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Taller en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas según corresponda
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 78**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
10	APP108		Tarapoto	A		PC		PESO	N	N	1.Taller comunidad en	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	PSA	162	C0006
				M														
				M				TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab		Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** El *trazador* para esta actividad es la tercera (3ª) sesión de entrenamiento a ACS, esta se colocará siempre y cuando se haya realizado previamente la primera (1ª) y segundo (2ª) sesión de entrenamiento.

- Indicar el tema desarrollado, tal como se indica en el *ejemplo anterior (PSA)*

✚ **Fase 2: EJECUCIÓN**

Incluye las siguientes acciones:

❖ **Aplicación de la vigilancia comunitaria**

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes (registrar un participante por familia)
    - En el casillero Lab 2: registrar el número de intervención (**mínimo 04 anual/1 por trimestre**) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de zonas de riesgo.
    - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 79**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	1	161	C0021
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes (registrar un participante por familia)
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de intervención (**mínimo 04 anual/1 por trimestre**) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de zonas de riesgo.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 80**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	4	162	C0021
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**FASE 3: ACOMPAÑAMIENTO O ASISTENCIA TÉCNICA**

Esta fase se realiza a partir del acompañamiento del personal de salud a las acciones comunitarias de la vigilancia y educación de pares para la reducción de riesgos asociados a la tuberculosis y el VIH/SIDA. Se desarrollarán **02 acompañamientos**

durante el año (**1 por semestre**), la duración para cada acompañamiento será de 45 minutos cada una.

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de organizaciones y/o instituciones que participan en la Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 81**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
19	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	2	161	C7004
					M	M												
						F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Agentes Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de organizaciones y/o instituciones que participan en la Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 82**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
19	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	2	162	C7004
					M	M												
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Fase 4: EVALUACIÓN**

Esta actividad está referida a informar por medio de reportes periódicos los avances que se tengan en la implementación de la Vigilancia Comunitaria, permitiendo la identificación de logros,

dificultades o nudos críticos y lecciones aprendidas. Se desarrollará como mínimo **01 una reunión de evaluación** al año (**último trimestre del año**), con una duración de **45 minutos**.

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 161 de Actividad de TBC

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

**Registro N° 83**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación de	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	161		C7003
					M													
				SECTOR 1	M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab											
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2º casillero: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

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

**Registro N° 84**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
	APP108			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	162		C7003
					M													
				SECTOR 1	M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab											
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**3. SUBPRODUCTO 4395205: MUNICIPIOS IMPLEMENTAN ACCIONES PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO PARA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA SEGÚN DISTRITOS/ PROVINCIAS PRIORIZADOS**

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial de distritos priorizados para tuberculosis y VIH/SIDA, que consiste en realizar asistencia técnica y abogacía para la elaboración del plan de acción multisectorial y programación presupuestal en acciones que promuevan la salud respiratoria y en el mejoramiento y mitigación de riesgos del entorno para la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA. La modalidad de entrega de la actividad es a través de reuniones de trabajo en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación participativa, realizados por el personal de salud capacitado de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumpliendo un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria. Dichas actividades se realizan a través de reuniones de trabajo en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación participativa, realizado en el local municipal u otro ambiente que los participantes consideren conveniente; incluye también Telegestión y Telecapacitación. Para ello se deben de realizar las siguientes actividades:

**FASE 1: PLANIFICACIÓN**

Durante la fase de Planificación el personal de salud capacitado desarrollara las siguientes acciones:

1. Reunión con el gobierno local, actores sociales públicos y privados en el comité multisectorial o la que hagan sus veces para integrar la información relacionada a la situación de la tuberculosis y el VIH/SIDA –Sala Municipal de Salud.
2. Reunión para sectorización y priorización territorial homologada entre Salud y el gobierno local, tomando como referencia el catastro municipal.
3. Reunión para mapeo de actores sociales (actividades y recursos según actor social).
4. Reunión de socialización periódica de información integrada, con el gobierno local, actores sociales públicos y privados en el comité multisectorial o la que hagan sus veces (trimestral)

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Actividad con Municipio**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FP” de fase de planificación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 85**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
18	APP104		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión Municipio con	P	<del>D</del>	R	1	FP	161	C0001
				M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1	M							P	<del>D</del>	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Actividad con Municipio**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **FP** de fase de planificación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N° 86**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPORA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
19	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión con Municipio	P	<del>D</del>	R	1	FP	162	C0001		
					M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R						
				SECTOR 1	M		Pab						P	<del>D</del>	R					
					D			Hb		R	R		P	<del>D</del>	R					

**RECUERDE:** Las acciones 1, 2 y 3 podrán realizarse en una sola reunión de ser posible (1), también se podrá realizar cada actividad por separado en distintas reuniones. El tiempo destinado para cada reunión es de 2 horas por reunión en promedio

**FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA**

Durante la fase de Asistencia Técnica el personal de salud capacitado desarrollara las siguientes acciones:

- A. Asistencia técnica para elaboración del plan de acción multisectorial. (2 reuniones de 2 horas de duración en promedio).
- B. Asistencia técnica para la programación presupuestal para gobiernos locales en el marco de la articulación territorial: Programa Presupuestal 016 para gobiernos locales para prevenir y controlar la tuberculosis y el VIH/SIDA (2 reuniones de 2 horas de duración en promedio).

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión de la siguiente manera:
    - **1=** Plan de acción
    - **2=** Programación presupuestal
    - **3=** Para los casos que se haya elaborado el Plan de acción y la Programación presupuestal durante la asistencia técnica.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”** En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 87**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
04	APP96			Tarapoto	A			PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	8	3	161	C7004
					M	PC												
				SECTOR 1	M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F	Pab												
					D		Hb		R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión de la siguiente manera:
    - 1= Plan de acción
    - 2= Programación presupuestal
    - 3= Para los casos que se haya elaborado el Plan de acción y la Programación presupuestal durante la asistencia técnica.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 88**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
04	APP96			Tarapoto	A			PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	9	3	162	C7004
					M	PC												
				SECTOR 1	M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F	Pab												
					D		Hb		R	R		P	D	R				

**FASE 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Acompañamiento al gobierno local en el monitoreo y evaluación del **Plan Local** articulado para la prevención y control de la tuberculosis y el VIH/SIDA, priorizadas en el territorio (municipio), que incluye las acciones educativas (del personal de salud, los proyectos de aprendizajes en las instituciones educativas, y las realizadas por otros actores sociales y las acciones que realizan los sectores competentes para mejorar y mitigar los riesgos del entorno.

❖ **MONITOREO:**

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 89**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
14	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1 Reunión monitoreo de	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	2	161	C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** Que para esta actividad el número de monitoreo es **02 como mínimo**, como se muestra en el ejemplo anterior. El tiempo destinado para cada reunión de monitoreo es de 2 horas por reunión en promedio. De preferencia realizar el primer monitoreo al finalizar el (2º) **segundo trimestre** y el segundo monitoreo al finalizar del (3º) **tercer trimestre**.

**Para registro de VIH-SIDA:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión (*mínimo 02 reuniones*)
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 90**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
14	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión monitoreo de	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	2	162	C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **EVALUACIÓN**

**Para registro de Tuberculosis:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación

- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda:
    - 1= Si cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis
    - 2= Si cumplió menos del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 91**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDECENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	8	2	161	C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** Se realizará **01 reunión** de evaluación al año, con una duración de 90 minutos aproximadamente. De preferencia se realizará la evaluación en el **(4°) cuarto trimestre**.

**Para registro de VIH-SIDA**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104 Consejo Municipal**

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

- En el 1° casillero Reunión de Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda:
    - 1= Si cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH/SIDA
    - 2= Si cumplió menos del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH/SIDA
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 92**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDECENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
14	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	8	2	162	C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Y/O

Durante la reunión de evaluación:  
Cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de la tuberculosis

Durante la reunión de evaluación:  
Cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH-SIDA

Municipio implementa acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de tuberculosis y VIH/SIDA.

**ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS**

**ACTIVIDADES**

Pág.

**4.1. ACTIVIDAD 5000087: PROMOCIÒN DE PRÀCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÒN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO.**

1 4397701: Familias que desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas (Subproducto trazado de la Actividad 1 y del Producto) Registro 94 **80**

2 4397702: Familias que desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades zoonóticas. **82**

**4.2 ACTIVIDAD 5005989: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS.**

3 4397703: Comunidades priorizadas en el distrito que están implementando la vigilancia comunitaria asociada a enfermedades metaxénicas y zoonóticas. *(Subproducto trazador de la Actividad 2)* **84**

4 4397704: Municipios (Comité Multisectorial) capacitado y articulado para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénica o zoonótica. **87**

5 4397705: Docentes, Directivos y Padres de familia, capacitados y comprometidos a desarrollar acciones para la promoción de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénica y zoonóticas. **90**



**PRINCIPALES CODIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 018: ENT**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
18	Actividades de Daños no transmisibles		
181	Actividades de Metales Pesados		
	<b>SESIONES</b>		
C0009	Sesión educativa		
C0010	Sesión demostrativa		
	<b>GESTIÓN</b>		
C0001	Reunión en Municipio		
C0002	Reunión en Institución Educativa		
C6121	Vigilancia en metales pesados		
C7001	Reunión de monitoreo		
C7003	Reunión o visita de evaluación		
C7004	Asistencia técnica		
	<b>TALLERES</b>		
C0005	Taller para instituciones educativas		
	<b>APP</b>		
APP136	Familia y vivienda		
APP104	Actividad con municipio		
APP144	Actividades con docentes		
APP108	Actividad en comunidad		
			<b>CAMPO LAB</b>
		ALI	Alimentación saludable / módulo educativo
		AFI	Actividad física / módulo educativo
		SBU	Salud bucal/ módulo educativo
		IE	Institución educativa
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		PAT	Plan aprobado
		IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
		TP	Módulo terminado en IE nivel primario
		TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
		TE	Módulo terminado en IE nivel especial
		LMA	Módulo educativo de lavado de manos
		SO	Módulo educativo de salud ocular
		SVI	Módulo educativo de seguridad vial
		FO	Fase de organización
		CMP	Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados
		TA	Término de actividad

4. PRODUCTO 3043977: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONÓTICAS.

4.1 ACTIVIDAD 5000087: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONÓTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO.

4.1.1 SUB PRODUCTO 4397701: FAMILIAS QUE RESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS (Subproducto trazado de la Actividad 1 y del Producto) Registro 94

01 Consejería

Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado dirigido a familias, realizado en el domicilio de la familia, con el propósito de analizar las condiciones de la vivienda y su entorno peridomiciliario, la importancia de apertura de sus casas al personal de salud, identificar y eliminar los criaderos de zancudos de su vivienda; y ayudar a tomar decisiones a la familia sobre la permanente autoevaluación de la vivienda, identificando y eliminando criaderos de zancudo, higiene y mantenimiento saludable de sus viviendas y de su entorno peridomiciliario, entre otras prácticas saludables.

En el ítem HC/ Documentos de identidad **ingresar el DNI de representante de familia para fines de identificación a la familia**

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

- En el 1º casillero Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
  - En el casillero Lab 1: registrar las siglas según corresponda
    - **VR**= Cuando la consejería se centra sensibilizar a la familia sobre la importancia de la apertura de sus casas para intervenciones sanitaria
    - **HA**= Cuando la consejería se centra en la higiene y ordenamiento de la vivienda para eliminación de criaderos
  - En el 2º casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar **SIEMPRE** el número 5 de Actividad de Dengue
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

Registro N° 93

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Wendy Quispe Chávez													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
20	70659896			Tarapoto	29	M	PC	PESO	70	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R	HA		99404.01			
	188							M	F	Pab	TALLA		1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	5	C0011
		58									D				Hb			R	R	P	D

**Sesiones educativas y demostrativas**

Esta actividad se desarrolla a través de 02 sesión educativa y 02 sesiones demostrativas, con 15 familias participantes. La duración de cada sesión será de 45 minutos cada una.

**Sesiones educativas y demostrativas:**

Contenidos para las sesiones educativas:

- **1° Sesión Educativa:** Almacenamiento y mantenimiento adecuado de agua (recipiente con tapa), limpieza y escobillado de recipientes que conservan agua, identifica y elimina potenciales criaderos del vector (inservibles), limpieza y refacción de viviendas.
- **2° Sesión Educativa:** Implementación de medidas preventivas (uso de mosquiteros, uso de ropa apropiada y repelente e identificación de señales de peligro), conservación adecuada del larvicida dentro del recipiente de agua, y el uso adecuado de otra tecnología dispuesta para la vigilancia vectorial, entre otros temas priorizados de las metaxénicas prevalentes en la zona (4).

**Para una sesión demostrativa:**

Contenidos para las sesiones demostrativas:

- **1° Sesión Demostrativa:** Almacenamiento adecuado de agua, limpieza y mantenimiento de recipientes que almacenan agua.
- **2° Sesión Demostrativa:** Uso de arena húmeda en floreros en lugar de agua identificación de criaderos, limpieza y refacción de viviendas y uso de repelente.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el DNI de representante de familia.  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Sesión Demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión demostrativa 1 o 2 según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de enfermedad metaxénica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 94**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___										
28	70226598		Tarapoto	38	<del>A</del>	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R				C0009						
	2589	58			M							M	TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	2	2		C0010
					F							Pab												
					D		Hb		R	R		P	D	R										

4 Otras enfermedades metaxénicas según sea el caso, considerar: lavado de manos, higiene de la vivienda, tapado de grietas en las paredes, limpieza peri-domiciliaria del huerto, corte de maleza 100 metros a la redonda de la vivienda, tapado de charcos, no exposición en lugares y horas donde circula el vector. En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño al que están expuestos.

**4.1.2 SUB PRODUCTO 4397702: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ZONÓTICAS.**

**01 Consejería**

Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado dirigido a familias, realizado en el domicilio de la familia, con el propósito de brindar una consejería sobre el conjunto de medidas preventivas o profilácticas frente a una exposición potencial al virus rábico, incorporando conocimientos sobre RABIA y su prevención ante un accidente de mordedura: INCORPORACION DE TRIADA PREVENTIVA DE LA RABIA: 1.- lava la herida con agua y Jabón, 2.- Ubica al animal agresor y 3.- Acude de inmediato a tu centro de salud más cercano.

En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia**.  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
- En el 2º casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar **SIEMPRE** el número 4 de Actividad de Rabia

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 95**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Wendy Quispe Chávez																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	70659896		Tarapoto	29	M	PC	PESO	70	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R			99404.01
	188						TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	4		C0011
		58				F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

**Sesiones educativas y demostrativas**

La actividad se ejecuta en el local comunal o la que haga sus veces, haciendo uso del material educativo comunicacional de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas. Esta actividad se desarrolla a través de 02 sesión educativa y 02 sesiones demostrativas, con 15 familias participantes. La duración de cada sesión educativa será de 45 minutos cada una y 3 horas de duración cuando hay sesión demostrativa.

Las prácticas saludables a promover dependerán de la zoonosis priorizada y se consideran las siguientes:

- ❖ **Para las sesiones educativas:** Contenidos para las sesiones educativas.

**1º Sesión Educativa:** Lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño, y después de manipular/acariciar a sus animales, aseo del baño o letrina una vez al día, Almacenamiento de la basura dentro de la vivienda antes de botarla en un recipiente o

contenedor cubierto. Utiliza Equipo de Protección Personal (EPP) en actividades agropecuarias (botas y guantes). No se baña en aguas estancadas. Coloca mallas en las ventanas de su vivienda y tiene espacios limpios y exclusivos para la crianza de animales menores y mayores. Cuida responsablemente a sus mascotas: (alimento, higiene, salud: lo vacuna y lo desparasita periódicamente).

**2° Sesión Educativa:** No manipula animales con muerte súbita. Avisa sobre epizootias (animales muertos sin causa conocida) No da vísceras infectadas al perro después de faenar /beneficiar a su ganado. Toma o bebe agua hervida y no clorada en zonas endémicas para zoonosis parasitarias, y evita consumir leche y derivados lácteos de dudosa procedencia, así como vegetales de tallo corto regados con agua contaminada. En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño al que están expuestos.

❖ **Para las sesiones demostrativas:** Contenidos para las sesiones demostrativas.

**1° Sesión Demostrativa:** Lavado de manos, disposición adecuada de residuos sólidos en la vivienda, almacenamiento adecuado de granos, higiene personal e higiene de los alimentos, protección del agua para beber y disposición adecuada de alimentos, disposición de residuos sólidos, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración.

**2° Sesión Demostrativa:** Limpieza y refacción de viviendas medidas preventivas en el uso de mosquiteros, tenencia responsable de animales, control de roedores e identificación de situaciones de riesgo y notificación de animales enfermos y muertos. En el ítem HC/ Documentos de identidad ingresar el **DNI de representante de familia.**

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

- En el 1° casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión educativa 1 o 2 según corresponda
- En el 2° casillero Sesión Demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según tipo de enfermedad zoonóticas

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 96**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA									P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
17	70226598		Tarapoto	38	<del>A</del> M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	2			C0009
	2589	58			<del>M</del> F	Pab	TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	10			C0010
						<del>F</del> D		Hb		R	R		P	D	R			

#### 4.2 ACTIVIDAD 5005989: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONÓTICAS.

##### 4.2.1 SUB PRODUCTO 4397703: COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTAN IMPLEMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONÓTICAS. (Trazado de actividad 2) Registro 99.

Acción educativa y de acompañamiento realizada por personal de salud, a líderes de organizaciones comunitarias adscritas al Gobierno Local que cuenten o no con Agentes Comunitarios de la Salud y/o voluntarios, para la promoción de prácticas saludables y la implementación vigilancia Comunitario, se realizara las siguientes acciones:

Los aspectos sujetos a la vigilancia comunitaria según enfermedad metaxénicas y zoonóticas son:

- ⇒ **Enfermedades Metaxénicas:** Se vigilará en el entorno de la comunidad presencia de montículos de residuos sólidos (potenciales criaderos de zancudo *Aedes aegypti*), zonas inundadas o con aguas estancadas, áreas de reciclaje al aire libre, llanterías o vulcanizadoras en inadecuadas condiciones. Maleza crecida alrededor de viviendas, uso de floreros con agua en cementerios grutas, iglesias, zonas industriales o de producción con potenciales criaderos de zancudos, fuentes de agua, tuberías o caños malogrados que gotean agua, grietas en las paredes y techos de las viviendas
- ⇒ **Enfermedades zoonóticas:** Los aspectos sujetos de la vigilancia comunitaria dependen del tipo de zoonosis priorizadas y son: Presencia de epizootias (muerte de animales), incremento de animales (canes vagabundos, murciélagos hematófagos, roedores y pulgas, caracoles), presencia montículos de basura, aguas estancadas, charcos y pantanos. Uso del campo abierto para eliminar excretas humanas, zonas de faenamiento o beneficio clandestino de ganado.

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

1. Conformación del equipo para la implementación de la Vigilancia Comunitaria.
2. Selección de comunidades a vigilar.
3. Elección de instrumentos y metodología para vigilar.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número del 1, 2 y 3 según la acción que corresponda
  - En el casillero Lab 2: cuando Lab1 es 2, se registra el número de comunidades a vigilar

Cuando Lab1 es 1 o 3 se deja en blanco.

- En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 97**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	2	5	7	C0021
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1														
					D			Hb	R	R		P	D	R			

**Taller de capacitación a líderes comunitarios (LC) y agentes comunitarias de salud (ACS).**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Taller en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "PDS" cuando participantes son solamente agentes comunitarios de salud si queda en blanco se considerará que son líderes comunitarios.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 98**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
28	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller comunidad en	P	<del>D</del>	R	8	PDS	7	C0006
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1														
					D			Hb	R	R		P	D	R			

**Vigilancia comunitaria de puntos Críticos Identificados (PCI)**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral

- En el casillero Lab 1: En el 1º casillero se registra el número de intervenciones (mínimo 04) para indicar vigilancia comunitaria de identificación periódica de Puntos críticos.
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FE” de Fase de Ejecución
- En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”

**Registro N° 99**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
30	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	4	FE	7	C0021
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

**Acciones de movilización comunitaria**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunitaria**

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

- En el 1º casillero Acciones de la movilización social
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de acciones de movilización comunitaria
- En el 2º casillero Escribir según corresponda o dejar en blanco:
  - **C6091**= Ejecución de campaña de recojo y eliminación de inservibles
  - **C0041.04** = Vigilancia de reservorios y vectores en la comunidad
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de organización y/o institución que participan
    - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FE” de fase de ejecución
    - En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”

**Registro N° 100**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
30	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Movilización social	P	<del>D</del>	R	4			C3071
				M			TALLA	C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	5	FE	5	C6091
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

**Acompañamiento y evaluación de la vigilancia**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP108 Actividad en Comunidad**

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar número de participantes
- En el 2º casillero Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 101**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
30	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	<del>D</del>	R	12		C0021	
				M			TALLA	C	C	2.Reunión monitoreo de	P	<del>D</del>	R	7		C7001	
				F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			
				D													

**4.2.2 SUB PRODUCTO 4397704: MUNICIPIOS (COMITÉ MULTISECTORIAL) CAPACITADO Y ARTICULADO PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO DE ENFERMAR O MORIR POR ALGUNA ENFERMEDAD METAXÉNICA O ZONÓTICA**

Asistencia técnica brindada al gobierno local en distritos que son priorizados según EMZ endémica o brote, con la finalidad de que ejecute acciones dirigidas a mejorar o mitigar riesgos en el entorno comunitario y favorecer prácticas saludables según sus competencias. El personal de salud previamente capacitado de la DIRESA/GERESA/Red/Microred de Salud, según corresponda, facilitará en el marco de La Gestión Territorial: 1) La acción intersectorial, 2) la participación ciudadana y 3) Educación para la salud; teniendo como horizonte de tiempo los cuatro años para los que han sido elegidos las autoridades locales, para lo cual facilitará periódicamente información del daño priorizado y de los determinantes sociales asociados a este. Según EMZ priorizada en el territorio (municipio), la labor del personal de salud respecto a esta actividad registrará de la siguiente manera:

**Incluye las siguientes acciones:**

1. Integración de información sanitaria (Sala Municipal de Salud)
2. Incidencia y abogacía al gobierno local
3. Sectorización y homologación territorial salud – gobierno local
4. Mapeo de actores sociales (actividades y recursos según actor social)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP104 Actividad con Municipio**

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de la acción que corresponda: 1, 2, 3 o 4
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE:

**Registro N° 102**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
8	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión Municipio en	P	<del>D</del>	R	2	7		C0001
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb		R	R		P	D	R			

**Acompañamiento y evaluación de la vigilancia**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Constitución de Comité Multisectorial
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla **"FSE"** de Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 103**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP96			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Constitución de Comités Multisectoriales	P	<del>D</del>	R	FSE	7		C3061
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab					P	D	R				
					D			Hb		R	R		P	D	R			

Incluye las siguientes acciones:

1. Asistencia técnica para elaboración del plan multisectorial.
2. Asistencia técnica para la apertura de programas presupuestales para gobiernos locales.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de acciones según corresponda 1 (Plan) o 2 (PPR)
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FP” de fase de planeamiento
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: “D”

**Registro N° 104**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
18	APP96		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	FP	7	C7004
				M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

Incluye las siguientes acciones:

1. Monitoreo (acompañamiento) de las acciones multisectoriales y municipal.
2. Evaluación de la actividad multisectoriales y municipal.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

**1. MONITOREO**

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

- En el 1º casillero reunión de **Monitoreo**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reuniones de acompañamiento que realiza
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 105**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	P	D											R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
18	APP96			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	4	7		C7001
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**2. EVALUACIÓN**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: **APP 96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º reunión de **Evaluación**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE: "D"

**Registro N° 106**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	P	D											R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____										
12	APP96			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	7			C7003
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**4.2.3 SUBPRODUCTO 4397705: DOCENTES, DIRECTIVOS Y PADRES DE FAMILIA, CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS A DESARROLLAR ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICA Y ZONÓTICAS**

Acción educativa y de acompañamiento a los docentes y padres de familia de la institución pública de educación básica regular del nivel inicial, primaria y secundaria que desarrolla acciones educativas, proyectos de aprendizaje y acciones participativas en relación a las prácticas saludables para la prevención y control de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas.

Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en el local de la institución

educativa, local comunal u otros que se considere pertinente. El personal de salud capacitado realiza las siguientes acciones:

**Taller Educativo dirigido a docentes**

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas frente a las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad. Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **IN** = IE del nivel Inicial
    - **TP** = IE del nivel Primaria
    - **TS** = IE del nivel Secundaria
    - **TE** = IE del nivel Especial
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

**Registro N° 107**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
18	APP144		Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller instituciones educativas para	P	<del>D</del>	R	10	TS	5	C0005
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Cuando el docente capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje relacionados a la prevención de las enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas se registrará:**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Visita de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de alumnos participantes del proyecto o sesión de aprendizaje
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

Registro N° 108

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
18	APP144		Cámana	A			PESO	N	N	1.Visita evaluación de	P	<del>D</del>	R	16	10		C7003
				M		PC					P	D	R				
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Concurso Interescolar para la prevención de las Enfermedades Metaxénicas**

Es aquella intervención que se realiza en las Instituciones Educativas ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que consiste en participar en el concurso de recojo y eliminación de criaderos de zancudos predominantes en esa zona. En un concurso la DREL/UGL invita a participar a un número de instituciones educativas de esa zona en coordinación con salud y gobierno local.

La lógica del concurso es que no solo se recoge los criaderos de la institución educativa, sino que los alumnos y padres recojan y traigan de sus casas los criaderos predominantes de la zona a la institución educativa el día señalado del concurso. El ganador es la institución educativa que más peso per cápita de criaderos de zancudo recoge y elimina.

Como mínimo dos concursos inter escolares al año en el distrito de riesgo, previos al periodo de lluvias.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Colegios/Institución Educativa.**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de instituciones educativas participantes en el concurso
- En el 2º casillero Campaña de Recolección y Eliminación de criaderos
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de concurso Interescolar realizado en el distrito (2 al año)
  - En el casillero Lab 2: registrar el total de toneladas de criaderos recogidas en el concurso
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

Registro N° 109

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	APP93		Cámana	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	4			C7003
				M	M		TALLA	C	C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	1	24	5	C6091
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

 Incidencia de Directivos y Docentes:

Esta actividad está a cargo del personal del Establecimiento de Salud, quien hará Incidencia a los directivos y docentes capacitados por la Micro Red de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. Se desarrollará Una reunión de 30 minutos

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP93 Actividades con instituciones educativas.**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según donde se desarrolla la actividad
    - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
    - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
    - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

Registro N° 110

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
07	APP93		Cámana	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	13	TP	5	C0002
				M	M		TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Acompañamiento al directivo:**

Se desarrollará en el monitoreo pedagógico, a través de una reunión de 60 minutos. Cada institución educativa se acompañará al menos a dos (2) tutores (incluye las instituciones unidocentes). Por Cada I.E. se desarrollarán 01 acompañamiento.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividad con Docentes**

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

- En el 1º casillero Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de tutores
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según donde se desarrolla la actividad
    - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
    - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
    - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

**Registro N° 111**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
07	APP144		Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión monitoreo de	P	<del>D</del>	R	2	TS	5	C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F	Pab												
				D			Hb		R	R		P	D	R			

## V. PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

**PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)**

ACTIVIDADES	Pág.
<p><b>4.1. ACTIVIDAD 5005995: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b></p>	
1	97
<p>4398801: Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (<i>Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto</i>)</p>	
<p><b>4.2. ACTIVIDAD 5005996: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.</b></p>	
2	99
<p>4398802: funcionarios municipales sensibilizados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles.</p>	
3	101
<p>4398803: Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal (<i>Subproducto trazador de la Actividad 2</i>)</p>	
4	108
<p>4398804: Líderes comunitarios capacitados realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos</p>	

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS CÁNCER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
<b>24</b>	Actividades de prevención del cáncer		
	<b>SESIONES</b>		
C0009	Sesión educativa	APP104	Actividad con municipios
C0010	Sesión demostrativa	APP96	Actividades con Comité Multisectorial
	<b>GESTIÓN</b>	APP136	Familia y vivienda
		APP93	Actividad con institución educativa
		APP144	Actividad con docentes
		APP146	Actividad con padres de familia
			<b>CAMPO LAB</b>
C0001	Reunión en Municipio	PP	Planificación participativa
C7001	Reunión de monitoreo	COO	Reunión de Coordinación
C0002	Reunión en Instituciones Educativas	TA	Tabaco y alcohol/ módulo educativo
C7003	Reunión o visita de evaluación	HIG	Higiene y cuidado ambiente/ módulo educativo
C7004	Asistencia técnica		
	<b>TALLERES</b>	SSI	Salud sexual y reproductiva
C0005	Taller para instituciones educativas	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución educativa

**5. PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

**5.1 ACTIVIDAD 5005995: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

**5.1.1 SUB PRODUCTO 4398801: FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES** (Trazador de Actividad y de producto 1) Registro 112 y 113

Su registro deberá realizarse de manera individual de cada uno de los participantes (representantes de familia). La duración de cada sesión será de **45 minutos** en promedio cada una.

En las sesiones educativas y demostrativas se desarrollarán los siguientes contenidos:

- **Sesión educativa y demostrativa en Alimentación Saludable (ALI):** Se desarrollarán contenidos relacionados a prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas, verduras, granos integrales y semillas; reducir el consumo de productos refinados (sal, azúcar, otros) y evitar productos procesados (con octógonos).
- **Sesión educativa y demostrativa en actividad física (AFI):** Se desarrollarán contenidos sobre la importancia de la vida activa regular en los siguientes dominios: doméstico o familiar, laboral, educativo, recreativo y transporte; así como evitar las actividades sedentarias
- **Sesión educativa y demostrativa en salud bucal (SBU):** Correcto cepillado dental y uso del hilo dental; insumos para el cepillado dental; momentos del cepillado dental; medidas preventivas en salud bucal y evitar alimentos no cariogénicos.
- **Sesión educativa y demostrativa en Salud Ocular (SO):** Postura e iluminación en la visión; Distancia de exposición a medios visuales y audiovisuales; ejercicios visuales; higiene; protección ocular; alimentación. Así como la adherencia a lentes correctores, según corresponda
- **Sesión educativa y demostrativa en Sueño Adecuado (1):** Cantidad y calidad del sueño nocturno; rituales previos al sueño; alimentación; mantenimiento los ritmos circadianos
- **Sesión educativa y demostrativa en Gestión del Estrés (2):** Identificación de las situaciones estresantes y las emociones que generan; elementos distractores; reinterpretación de la realidad; ubicación en el presente y organización a corto plazo
- **Sesión educativa y demostrativa en Metales Pesados:** Identificación de los Metales Pesados; evitar la exposición o sobre exposición; desintoxicación del cuerpo; higiene de los alimentos y cuidado del agua.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia**.

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

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

- En el 1º casillero **Sesión educativa**
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla o número según corresponda de acuerdo a las temáticas que se estén desarrollando.
    - **ALI=** Alimentación Saludable
    - **AFI=** Actividad Física
    - **SBU=** Salud Bucal
    - **SO=** Salud Ocular
    - **1=** Sueño Adecuado
    - **2=** Gestión del Estrés
    - **181=** Actividad de Metales Pesados
- En el 2 casillero **Sesión demostrativa**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

Ejemplo de “Familia intervenida/ Familia con paquete básico” frente a las enfermedades no transmisibles [indicador trazador]

**Registro N° 112**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>María Torres Grados</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
2	70283289		58	Tarapoto	31	M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	ALI	SBU	C0009		
	444							M	Pab	TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	18		C0010
										D		Hb		R	R	P	D	R		

**Registro N° 113**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>María Torres Grados</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
2	70283289		58	Tarapoto	31	M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	AFI		C0009	
	444							M	Pab	TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	18	C0010
										D		Hb		R	R	P	D	R	

Se considera “Familia intervenida/Familia con paquete básico” cuando la familia recibe las sesiones educativas y demostrativas en los temas de: Alimentación Saludable (ALI), Actividad Física (AFI) y Salud Bucal (SBU), como muestra en el ejemplo (registro 109 y 110); este es el indicador trazador de la actividad y producto.

Ejemplo de “Familia con paquete completo” frente a las enfermedades no transmisibles  
Paquete completo, además del paquete básico considera: Salud Ocular, Sueño Adecuado y Gestión del Estrés; así como Reducción a la sobre exposición a Metales Pesados

**Registro N° 114**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>María Torres Grados</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
2	70283289		58	Tarapoto	31	M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	SO	1	2	C0009
	444							M	Pab	TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	18	C0010
										D		Hb		R	R	P	D	R	

## Registro N° 115

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>María Torres Grados</b>													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
15	70283289		Tarapoto				PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	D	R	181		C0009	
	444			31	M		TALLA	1.68	C	C	2.Sesión demostrativa	P	D	R	18		C0010	
		58					Hb		R	R		P	D	R				

## 5.2. ACTIVIDAD 5005996: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Los actores sociales (funcionario o servidor municipal; docente y directivos de institución educativa pública de Educación Básica y Superior; autoridades, docentes y administrativos de universidades; Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad) reciben información relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, a fin de cada actor social desarrolle acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y las prácticas saludables. Para esta actividad se considera.

### 1. SUBPRODUCTO 4398802: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACION DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Esta actividad es realizada por el responsable de Promoción de la Salud del establecimiento de mayor capacidad resolutoria presente en el distrito, quien comparte información bimestral a las autoridades, funcionarios o servidores municipales, sobre la situación de las enfermedades no trasmisibles a nivel local, a fin que implementen políticas, programas, proyecto y/o desarrollen acciones dirigidas a mejorar condiciones que favorezcan las prácticas saludables de alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión del estrés, salud bucal, salud ocular y evitar la sobre exposición a metales pesados.

Se realiza a través de **al menos ocho reuniones de trabajo con el gobierno local**, desarrolladas en ambientes de la Municipalidad, Establecimiento de Salud o donde acuerden, la duración variará, de acuerdo al tipo de reunión

**Para ello se debe desarrollar las siguientes acciones:**

#### FASE 1: Planificación

Considera una reunión de incidencia y tres reuniones de planificación:

- La reunión de incidencia/Sensibilización (FSE) se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito presentar la problemática, así como la propuesta de intervenciones a realizar para mejorar las condiciones de vida de la población; se desarrolla en una reunión de un tiempo máximo de 45 minutos.
- La reunión de planificación (PP), se realiza con el o los técnicos designados por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales; tiene como propósito elaborar un cronograma anual o multianual de intervenciones para mejorar las condiciones de vida y reducir las condiciones obesogénicas en el distrito. Se realiza en tres reuniones, cada una durante 45 minutos en promedio

**Nota:** Para fines de avance de meta se considerará al menos 02 reuniones

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código APP104 Actividad con Municipios

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipio
- En el casillero Lab 1: registrar el número reunión (1, 2, 3 o 4, según corresponda)
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda:
  - (FSE) Fase de Sensibilización
  - (PP) Fase de Planeamiento/planificación participativa
- En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

**Registro N° 116**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión en municipio	P	<del>B</del>	R	2	FSE	18	C0001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**FASE 2: Reunión de organización**

Se realiza con el o los técnicos designados por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales. Tiene como propósito acompañar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida. Se consideran al menos tres reuniones, de una duración promedio de 45 minutos cada una

**Nota:** Para fines de avance de meta se considerará al menos 01 reuniones

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con**

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FO" de fase de organización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

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

**Registro N° 117**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión en municipio	P	<del>B</del>	R	6	FO	18	C0001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**FASE 3: Reunión de evaluación**

Reunión de evaluación, se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito evaluar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Se realiza en al menos una reunión de una duración promedio de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación.
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

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

**Registro N° 118**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
22	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	7	18		C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** Se recomienda que las acciones de evaluación se programen durante el 4º trimestre del año.

**2. SUBPRODUCTO 4398803: DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL. (Subproducto trazador de la Actividad 2) Registro 127**

Son acciones que se realizan en la Institución Educativa de Educación Básica (nivel inicial, primario y secundario) y/o Superior para que implementen proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo, en temas relacionados a la alimentación saludable, actividad física, salud bucal, salud ocular, sueño adecuado y gestión del estrés; así como la prevención de riesgos por exposición a metales pesados (en zonas priorizadas).

Las acciones desarrolladas se registrarán de la siguiente manera:

**Acciones de la Red de Salud en Educación Superior.** El personal de la Red de Salud en articulación con la Diresa/GERESA, o quien haga sus veces, realiza, dos reuniones con autoridades y cuatro reuniones de asistencia técnica a las universidades y/o institutos superiores; estas actividades se realizan en el local de la Universidad, Instituto Superior, o la que se designe para tales fines. Según sea el caso, realizarán:

**❖ REUNIÓN DE INCIDENCIA**

- ✓ Se realiza con las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables, para la conformación o fortalecimiento del Comité de Gestión de Universidades Saludables. Se realiza en una reunión de 45 minutos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP 163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
    - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FSE” de Fase de Sensibilización
    - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no transmisibles
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N° 119**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
22	APP163			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	8	FSE	18	C0002		
					M			TALLA	C	C		P	D	R						
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

**RECUERDE:** El número de reunión es de 01 al año, es importante que en esta reunión participen autoridades universitarias

❖ **REUNIÓN DE PLANIFICACIÓN**

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables, con quién se elabora la programación conjunta de proyectos y/o actividades a realizar por cada institución. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “PP” de Fase de Planificación participativa
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no transmisibles

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “

**Registro N° 120**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
22	APP163			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	7	PP	18	C0002		
					M			TALLA	C	C		P	D	R						
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

❖ **REUNIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA**

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito acompañar la implementación proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo. Se consideran al menos dos reuniones de una duración promedio de 45 minutos cada una. (2 Reuniones)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión según corresponda 1 o 2
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

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

**Registro N° 121**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
22	APP163			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	9	2	18	C7004
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **REUNIÓN DE EVALUACIÓN**

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito evaluar la implementación de proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Se realiza en una reunión que tiene una duración promedio de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP163 Actividades con Universidades

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

- En el 1º casillero colocar Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 18 de Actividad de daños no transmisibles

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

**Registro N° 122**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
22	APP163			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	9	18		C7003
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** El número de reunión es de **01 al año**, es importante que, en el segundo casillero de la Actividad, precise la Reunión de Evaluación, para diferenciarla de las otras reuniones

❖ **REUNIÓN DE INFORME**

Se realiza ante las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables. Tiene como propósito presentar el informe de intervenciones a realizadas para mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; el mismo que contiene los logros, avances de resultados, puntos críticos, lecciones aprendidas y recomendaciones. Tiene una duración promedio de 45 minutos. (1 Reunión)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**  
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “FI” de Fase de informe
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

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

**Registro N° 123**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
22	APP163		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	7	FI	18	C0002
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F	Pab					P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R			

**RECUERDE:** El número de reunión es de **01 al año**, es importante que se precise la sigla “FI” de fase de informe, para diferenciarla de las otras reuniones

**ACTIVIDADES CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN BASICA**

❖ **INCIDENCIA PARA LA PROGRAMACIÓN DE HOJA DE RUTA PARA LA CAPACITACIÓN A DOCENTES Y DIRECTIVOS**

Acción ante la Institución educativa para la programación conjunta con la hoja de ruta para la capacitación en su ámbito, dirigida a docentes y directivos. Se realiza en una reunión de **45 minutos**.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP93 Actividades con Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

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

**Registro N° 124**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
20	APP93		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	8	18		C0002
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** Se realiza una (01) reunión al año

❖ **INCIDENCIA PARA LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE PROYECTOS Y SESIONES DE APRENDIZAJE**

Dirigida a los directivos y docentes capacitados de su jurisdicción, para la **programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje**. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos. En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FSE" de Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

**Registro N° 125**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
20	APP144		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	8	FSE	18	C0002
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **REUNIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD (NUEVO REGISTRO)**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP93 Actividades con Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero colocar Taller para instituciones educativas (C0005)
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reuniones (mínimo 4 reuniones)
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividad de daños no trasmisibles

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

**Registro N° 126**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán															
20	APP93			Anco Huallo		A		PESO	N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	8	4	18	C0005
						M	PC					P	D	R				
						M		TALLA		C	C		P	D	R			
						D	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

❖ **CAPACITACIÓN A DOCENTES Y DIRECTIVOS DE EDUCACIÓN BÁSICA (REGISTRO MODIFICADO)**

Dirigida a docentes y directivos de instituciones educativas públicas. Se realiza en un taller de capacitación por cada nivel de educación; cuya duración y contenidos dependerá del nivel de educación al que corresponden.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **SIEMPRE el DNI del docente**

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

- En el 1º casillero colocar Taller para instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el nivel de educación que corresponde, según las siguientes siglas:
    - **IN** = Cuando corresponde al Nivel Inicial
    - **TP**= Cuando corresponde al Nivel Primaria
    - **TS**= Cuando corresponde al Nivel Secundaria
    - **TE**: Cuando corresponde a Nivel Especial
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 18 de Actividad de daños no transmisibles
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla o número según el tema desarrollado
    - **ALI**= Alimentación Saludable
    - **AFI**= Actividad Física
    - **SBU**= Salud Bucal
    - **SO**= Salud Ocular
    - **1**= Sueño Adecuado
    - **2**= Gestión del Estrés
    - **181**= Actividad de Metales Pesados

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

**Registro N° 127**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																
20	70334566			Anco Huallo	42	<del>A</del>		PESO		N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	IN	18	ALI	C0005
						M	PC						P	D	R				
			80			M		TALLA		<del>C</del>	<del>C</del>		P	D	R				
						D	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

❖ **ACOMPAÑAMIENTO – MONITOREO**

Dirigido al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y sesiones de aprendizaje. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla “PAT” (Plan Aprobado)
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 18 de Actividad de daños no transmisibles

Tener en cuenta que: Si el Plan Anual de Trabajo Aprobado de la IE ha incorporado acciones de salud deberá colocar “PAT” (Plan Aprobado) en el 3º casillero del campo Lab.

**Registro N° 128**

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
05	APP144		Anco Huallo	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	3			C0002
				M		PC	TALLA	C	C	2. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	PAT	18		C7001
				M													
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

❖ **EVALUACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (NUEVO REGISTRO)**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP93 Actividades con Instituciones Educativas**

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

- En el 1º casillero **Reunión en Instituciones Educativas (C0002)**
  - En el **Lab 1:** registrar el Nivel Educativo
    - **IN:** IE del nivel Inicial
    - **TP:** IE del nivel Primaria
    - **TS:** IE del nivel Secundaria
  - En el **Lab 2:** registrar la sigla según el nivel de logro obtenido
    - **IA:** Cuando no califica como Escuela Promotora de Salud
    - **CA:** Cuando está en Proceso
    - **LP:** Cuando califica como Escuela Promotora de Salud
- En el 1º casillero **Visita de evaluación (C7003)**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

*Ejemplo para el registro de reunión de monitoreo*

Registro N° 129

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
18 10 23	APP93		Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	TP	LP	18	C0002
				M			TALLA	C	C	2. Visita de Evaluación	P	<del>D</del>	R				C7003
				F		Pab	Hb	R	R		P	<del>D</del>	R				

**3. SUBPRODUCTO 4398804: LÍDERES COMUNITARIOS CAPACITADOS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCION DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS**

El responsable de Promoción de la Salud del establecimiento brinda sesiones educativas y/o demostrativas sobre alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión de estrés, salud bucal, salud ocular y reducción de la exposición a metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos; estas sesiones se articulan con la municipalidad y están dirigidas a los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad, a fin que implementen acciones para el cuidado de la salud individual y comunitaria, entre ellas la vigilancia comunitaria, dirigida a mejorar las condiciones de su entorno.

Estas acciones se realizan en locales comunales, salas municipales u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.

**FASE 1: REUNIÓN DE INCIDENCIA**

Participan los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad. Se puede convocar conjuntamente con la municipalidad, cuyo técnico designado por la autoridad local puede participar en la reunión. Tiene como propósito mostrar datos locales sobre la situación de salud y sensibilizar en la necesidad de la intervención comunitaria. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 45 minutos. (1 Reunión).

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP150 Actividad con Autoridades y líderes comunales**

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

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

- En el 1° casillero Reunión en Comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FSE" para indicar Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

Registro N° 130

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
25	APP150		Anco Huallo		A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<del>D</del>	R	5	FSE	181	C0003	
	M	TALLA			C							C	P	D	R				
	D	Hb			R							R	P	D	R				
	F	Pab																	

**RECUERDE:** Esta actividad es fundamental para trabajar con las organizaciones comunitarias, por lo que no debe dejar de hacer. La duración de la reunión será de **aproximadamente 45 minutos**.

❖ **SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS**

Consiste en dos reuniones de capacitación, cada una dura 90 minutos en promedio; la primera se desarrollará contenidos sobre estilos de vida saludable y cuidados de la salud y la segunda se desarrollará contenidos sobre condiciones de vida

- ✓ **01 Sesión educativa y demostrativa en estilos de vida saludable y 01 sesión educativa y demostrativa en condiciones de vida**, participan Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes y miembros de la comunidad. Tiene como propósito fortalecer conocimientos sobre la importancia de practicar un estilo de vida saludable. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 90 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP108 Actividad en Comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión educativa
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla "FSE" para indicar **Fase de Sensibilización**
- En el 2º casillero: Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

Registro N° 131

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
20	APP108		Anco Huallo		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	3	2	FSE	C0009	
	M	TALLA			C							C	P	D	R	181			
	D	Hb			R							R	P	D	R				
	F	Pab																	

Recuerde: Esta fase requiere dos (02) sesiones educativas y demostrativas, de 90 minutos cada una.

❖ REUNIONES DE ACOMPAÑAMIENTO – MONITOREO

Participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el representante de la municipalidad. **Tiene como propósito monitorear la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria** y otras intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de vida local. Se desarrolla en dos sesiones de aproximadamente **45 minutos cada una (2 Reuniones)**.

**Nota: Para temas de avance de meta se considerará al menos 01 reunión de monitoreo**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP108 Actividad en comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de organizaciones participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Vigilancia de metales pesados

Registro N° 132

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
20	APP108		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	3	1	C7001	
				M			TALLA	C	C	2. Vigilancia de metales pesados	P	<del>D</del>	R			C6121	
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**RECUERDE:** Para el tema de metales pesados se ha considerado el APP108 para registrar el taller dirigido a juntas vecinales, organizaciones comunitarias y agentes comunitarios en salud. Esta actividad puede realizarse a través de **dos (02) reuniones de monitoreo**, con una duración de **45 minutos cada una**.

❖ FASE 4: REUNIÓN DE EVALUACIÓN

Participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el representante de la municipalidad. **Tiene como propósito identificar los logros, los puntos críticos**, las lecciones aprendidas y recomendaciones para las autoridades e instituciones que podrían contribuir a mejorar las condiciones de vida. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente **45 minutos**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP108 Actividad en comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

**Registro N° 133**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	APP108		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>R</del>	R	13	181		C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**RECUERDE:** Al menos se debe realizar una (01) reunión de evaluación al año. La duración de esta actividad es de 45 minutos

### III. PP 024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

**PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS.**

ACTIVIDADES	Pág.
<b>4.3. ACTIVIDAD 5005998: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS.</b>	
1 0215107: Familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludable para la prevención del cáncer. <i>(Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto)</i>	114
2 0215071: funcionarios municipales sensibilizados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	115
3 0215072: Docentes capacitados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	118

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS CÁNCER**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
<b>24</b>	Actividades de prevención del cáncer		
	<b>SESIONES</b>		
C0009	Sesión educativa	APP104	Actividad con Municipios
C0010	Sesión demostrativa	APP96	Actividades con Comité Multisectorial
	<b>GESTIÓN</b>	APP136	Familia y vivienda
C0001	Reunión en Municipio	APP93	Actividad con Institución Educativa
C7001	Reunión de monitoreo	APP144	Actividad con Docentes
C0002	Reunión en Instituciones Educativas	APP146	Actividad con Padres de Familia
C7003	Reunión o visita de evaluación		<b>CAMPO LAB</b>
C7004	Asistencia Técnica	PP	Planificación participativa
	<b>TALLERES</b>	COO	Reunión de Coordinación
C0005	Taller para Instituciones Educativas	TA	Tabaco y alcohol/ Módulo educativo
		HIG	Higiene y cuidado ambiente/ Módulo educativo
		SSI	Salud sexual y reproductiva
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa

**5. PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS.**

**5.1. ACTIVIDAD 5005998: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS**

**1. SUB PRODUCTO 0215107: FAMILIAS SENSIBILIZADAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES** (Trazador de actividad y producto) Registro

134

**+ Sesiones educativas a familias**

Sesiones educativas dirigidas a las familias con el objetivo de fortalecer la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer.

Se considerará familia participante cuando al menos uno (01) de sus integrantes asiste a las sesiones educativas y familia capacitada cuando al menos uno (01) de sus integrantes de la familia participa en las tres (03) de las cuatro (4) sesiones educativas planteadas. Cada sesión tiene duración de 45 minutos y participan hasta 15 personas.

Las familias pueden recibir hasta cuatro (4) sesiones considerando los siguientes temas (el orden de las sesiones es referencial):

- ⇒ 1° Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco)
- ⇒ 2° Reducción del consumo de alcohol
- ⇒ 3° Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- ⇒ 4° Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia** (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar las siglas del tema a trabajar
    - **TA**= evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - **AD**= reducción del consumo de alcohol
    - **HA**= promoción de la higiene y cuidado del ambiente
    - **SSI** = salud sexual y reproductiva
- En el 2º Orientación familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

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

Registro N° 134

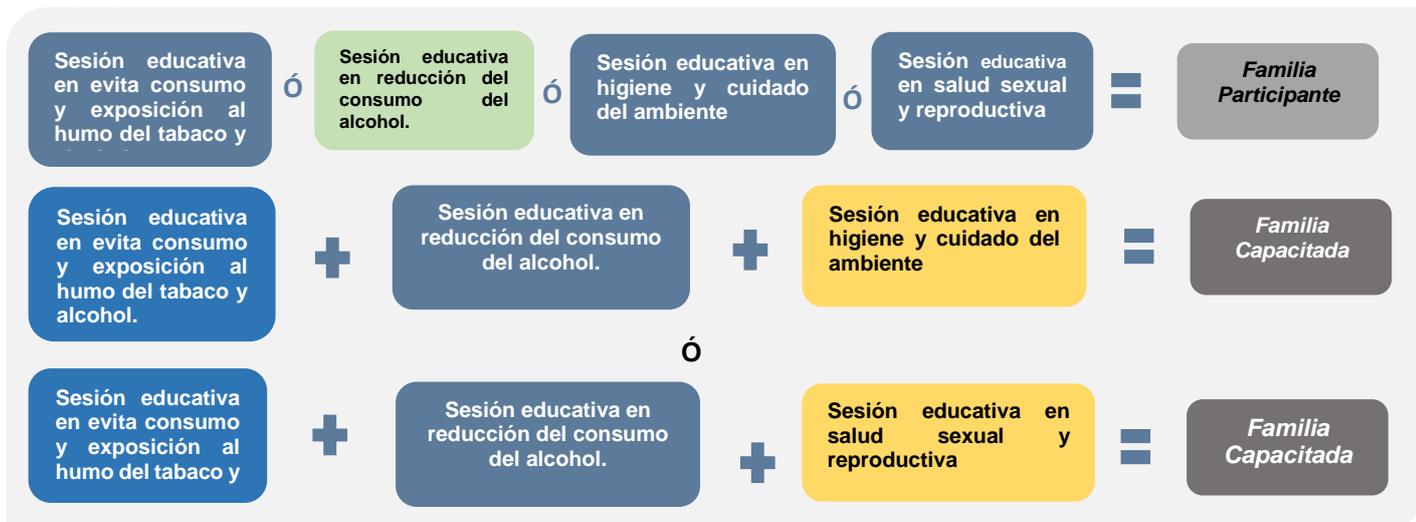
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mauro Ríos Pérez											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
20	70228588		Lampa	35	<del>A</del>	<del>M</del>	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	TA	AD	HA	C0009	
					M			TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	24				C2062
		58				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

→ Se considerará **Familia Capacitada** cuando al menos 1 integrante de la familia haya participado en 3 (tres) sesiones educativas de las 4 cuatro planteadas (**TA, AD, HA o SSI**)

**RECUERDE:**

El subproducto trazador en el PP0024 es: **FAMILIAS SENSIBILIZADAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES** es por ello es importante que se registren esta las sesiones educativas realizadas usando en LAB las siguientes siglas: evitar consumo y exposición al humo de tabaco (TA), reducción del consumo de alcohol (AD), promoción de la higiene y cuidado del ambiente (HA), salud sexual y reproductiva (SSI).

Ejemplos:



**4. SUB PRODUCTO 0215071: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER**

**Reunión de sensibilización**

El representante de la DIRESA/GERESA/DIRIS, red de salud o microred de salud según corresponda; socializa la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificados y acuerdos con la municipalidad para la elaboración conjunta de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer y la asignación presupuestal al PP 024.

Se desarrollarán 02 reuniones de sensibilización durante el año (la primera reunión se desarrollará en el 1° trimestre del año en curso), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una.

**Nota:** Para fines de avance de metas se considerará al menos un (1) reunión de sensibilización

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con Municipalidades**

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

- En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar sigla **"FSE"** para indicar Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 135**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
29	APP104		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión con municipios	P	<del>D</del>	R	8	FSE	24	C0001	
				M			TALLA	C	C		P	D	R					
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**RECUERDE:**

Registrar la sigla **"FSE"**, esta indica que se está en la **fase de sensibilización**, tal como se muestra en el ejemplo.

**Asistencia técnica**

Se brindará asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrolla con el comité multisectorial instalado por la municipalidad e incluye:

- ⇒ 1°Sectorización del distrito.
- ⇒ 2°Mapeo de las organizaciones sociales de base e instituciones educativas.
- ⇒ 3°Desarrollo de políticas públicas o intervenciones dirigidas a evitar el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco, reducir consumo de alcohol, promoción de la higiene y cuidado del ambiente, salud sexual y reproductiva
- ⇒ 4°Programación de la capacitación de las organizaciones sociales de base adscritas al municipio.

Se desarrollarán **02 asistencias técnicas** durante el año, la duración para cada asistencia técnica será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1° casillero colocar Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de asistencia técnica (1 o 2, según corresponda)
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 136**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
20	APP96		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	8	2	24	C7004					
				M			TALLA	C	C		P	D	R									
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**Reunión de monitoreo**

Se monitoriza las acciones del plan de promoción de prácticas y generación de entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrollan 02 (dos) reuniones (una semestral y otra anual) y participan los funcionarios de la municipalidad en coordinación con el personal de la red o micro red de salud y representantes de las instituciones involucradas en el comité multisectorial.

Se desarrollarán **02 reuniones de monitoreo** durante el año, la duración para cada monitoreo será de 45 minutos cada una.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial**.

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

- En el 1º casillero escribir reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión de monitoreo 1 o 2.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 137**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
20	APP96		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	2	24		C7001					
				M			TALLA	C	C		P	D	R									
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R									

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP108 Actividad en Comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas del tema a trabajar
    - TA= evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - AD= reducción del consumo de alcohol

- HA= promoción de la higiene y cuidado del ambiente
- SSI = salud sexual y reproductiva
- En el casillero Lab 3: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer
- En el 2º casillero: Sesión demostrativa

**Registro N° 138**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA		CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
20	APP108			Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. educativa Sesión	P	<del>D</del>	R	10	TA	24	C0009			
					M		TALLA		C	C	2. demostrativa Sesión	P	<del>D</del>	R				C0010			
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R						

**5. SUB PRODUCTO 0215072: DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER**

**Reunión de coordinación**

Se desarrollarán **02 reuniones de coordinación** durante el año (preferentemente durante el 1º trimestre), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero colocar: Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 139**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA		CENTRO POBLADO	P								D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___													
	APP93			Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	2	TP	24	C0002			
					M		TALLA		C	C		P	D	R							
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R						

**Taller de capacitación a docentes**

Se realizará los talleres de capacitación a docentes para la implementación de los proyectos de aprendizaje que contribuyan a la prevención del cáncer (02 talleres de dos horas de duración cada una), pudiendo elegir entre los siguientes temas

- Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco

- Reducción del consumo de alcohol
- Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

**Nota:** Para fines de avance de metas se considerará al menos un (1) taller de capacitación a docentes

Para registrar los talleres dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el Código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

- En el 1º casillero: Taller para Instituciones Educativas
  - En el Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el Lab 3: registrar las siglas del tema a trabajar
    - **TA=** evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - **AD=** reducción del consumo de alcohol
    - **HA=** promoción de la higiene y cuidado del ambiente
    - **SSI =** salud sexual y reproductiva
- En el 2º casillero Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 140**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
18	APP144		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller en instituciones educativas	P	D	R	5	TP	TA	C0005	
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	D	R	24			C3101	
				D			Hb	R	R		P	D	R					

**Sesiones educativas a padres de familia**

Convocados por docentes de instituciones educativas priorizadas en articulación con el personal de salud. Cada sesión educativa presenta una duración de 45 minutos y pueden participar hasta 30 personas. Se considera persona capacitada cuando el o los padres de familia participan en tres sesiones educativas. Las familias (para consultar y coordinar) pueden recibir hasta cuatro (4) sesiones educativas considerando los siguientes temas (el orden de las sesiones es referencial):

- Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco
- Reducción del consumo de alcohol
- Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP146 Actividades con Padres**

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

- En el 1º casillero: Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de padres de familia participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda

- **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
- **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
- En el casillero Lab 3: registrar según corresponda
  - **TA=** evitar consumo y exposición al humo de tabaco
  - **AD=** evitar el consumo de alcohol
  - **HA=** promoción de la higiene y cuidado del ambiente
  - **SSI** = salud sexual y reproductiva
- En el 2º casillero “Orientación familiar”
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 141**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
18	APP146		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	TP	HA	C0009	
				M			TALLA	C	C	Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	24			C2062	
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**Monitoreo**

Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos de y/o sesiones de aprendizaje, a través del acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 30 minutos de duración).

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 144 Actividades con docentes.**

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

- En el 1º casillero registrar Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 24 de Actividad de prevención de cáncer

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°142**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
17	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	12	TP	24	C7003	
				M			TALLA	C	C		P	D	R					
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

## IV. PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

### PRODUCTO 3000706: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

ACTIVIDADES	Pág.
<b>5.2. ACTIVIDAD 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES</b>	
1 0070601: Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil ( <i>Subproducto trazador de la Actividad 1 y del Producto</i> )	124
2 0070602: Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable	126
<b>5.3. ACTIVIDAD 5006071: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE</b>	
3 0070604: Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad	127
4 0070603: Agentes comunitarios de salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja ( <i>Subproducto trazador de la Actividad 2</i> )	130

PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO  
FAMILIAS SALUD MENTAL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
	<b>CONSEJERÍA</b>		<b>APP</b>
C0011	Visita Familiar Integral	APP104	Actividad con Municipios
99401	Consejería integral	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
	<b>GESTIÓN</b>	APP108	Actividad en Comunidad
C0001	Reunión en municipio	APP 150	Actividad en Autoridades
C7003	Reunión de evaluación	APP151	Actividad con Mujeres
C0003	Reunión en comunidad	APP93	Actividad con Institución Educativa
C7001	Reunión de monitoreo	APP 166	Actividades con Líderes Escolares
C0002	Reunión en instituciones educativas	APP144	Actividad con Docentes
C7004	Asistencia técnica	APP146	Actividad con Padres de familia
	<b>TALLER</b>		<b>CAMPO LAB</b>
C0005	Taller para instituciones educativas	COO	Coordinación/ concertación
C0006	Taller para la comunidad	PP	Planificación participativa
C0011	Visita familiar integral	FSE	Fase de sensibilización
		VCO	Vigilancia comunitaria
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución educativa
		IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
		TP	Modulo terminado en IE nivel primario
		TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
		TE	Módulo terminado en IE nivel especial

## 7. PRODUCTO 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

### 7.1. ACTIVIDAD 5006070: PROMOCIÓN DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CON GESTANTES O NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

#### 1. SUB PRODUCTO 0070601: MADRES, PADRES Y CUIDADORES/AS CON APOYO EN ESTRATEGIAS DE CRIANZA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL (Trazador de actividad 1 y producto) Registro 43 a la 46

Se refiere a la intervención que se realiza en aquellas familias con niños menores de cinco años. El personal de salud capacitado, brinda consejería integral a través de las visitas domiciliarias a las familias. Cada visita tiene una duración de 45 minutos efectivos en el hogar de la familia. Es desarrollada por establecimientos de salud del I-2 al I-4. Para el desarrollo de las visitas domiciliarias se deberá tener en cuenta lo siguiente:

**Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:**

#### + Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI e historia clínica del niño**

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero registre la modalidad de entrega de la consejería:
  - ❖ **Visita familiar integral (C0011)**
  - ❖ **Teleorientación Síncrona (99499.08)**

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

#### Registro N° 143

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	07458077		Lima	7	A	PC		N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	D	R	1			99401.25	
	252223			7	M					2. Visita familiar integral	P	D	R				C0011	
		58				F	Pab		R	R		P	D	R				

#### + Visita domiciliaria a Niñas (os) de 2 a 6 meses de edad:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI e historia clínica del niño**

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero registre la modalidad de entrega de la consejería:
  - ❖ **Visita familiar integral (C0011)**
  - ❖ **Teleorientación Síncrona (99499.08)**

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

**Registro N° 144**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
10	07458077		Lima	6	A	PC	PESO	N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	D	R	2			99401.25
	252223	58		6	M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Teleorientación Síncrona	P	D	R			99499.08
					D												
							Hb	R	R		P	D	R				

**📍 Visita domiciliaria a Niñas (os) de 7 a 11 meses de edad:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI e historia clínica del niño**

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero registre la modalidad de entrega de la consejería:
  - ❖ **Visita familiar integral (C0011)**
  - ❖ **Teleorientación Síncrona (99499.08)**

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

**Registro N° 145**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
10	07458077		Lima	8	A	PC	PESO	N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	D	R	3			99401.25
	252223	58		8	M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R			C0011
					D												
							Hb	R	R		P	D	R				

**📍 Visita domiciliaria a Niñas (os) de 12 a 59 meses de edad:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI e historia clínica del niño**

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero registre la modalidad de entrega de la consejería:
  - ❖ **Visita familiar integral (C0011)**
  - ❖ **Teleorientación Síncrona (99499.08)**

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

**Registro N° 146**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca																	
10	07458077		Lima		M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	D	R	1			99401.25
	252223			3	M		TALLA	C	C	2. Teleorientación Sincrónica	P	D	R				99499.08
		58				F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**2. SUBPRODUCTO 0070602: PAREJAS CON CONSEJERÍA EN LA PROMOCIÓN DE UNA CONVIVENCIA SALUDABLE**

Se refiere a la intervención con parejas mediante sesiones de consejería para adquirir habilidades que permitan comprender y resolver los conflictos y tensiones que favorezcan la promoción de una convivencia saludable. Es realizado por la personal de salud, quien implementará las estrategias necesarias para la convocatoria de las parejas que participarán en el taller.

**Coordinación con organizaciones de la comunidad**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 147**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
10	APP 108		Lima		A		PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	D	R	10			C0003
					M	PC	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
						F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**Consejería en convivencia saludable en pareja**

**Registro individual de la consejería:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI del representante de pareja para fines de identificación de la familia**

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

- En el 1 casillero Consejería en convivencia saludable en pareja
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión de consejería según corresponda.

- En el 2 casillero Intervención en grupo de salud mental.  
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 148**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Ramos Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
15	78986898			Anco Huallo	35	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en convivencia saludable en pareja 2. Intervención en grupo de salud mental	P	D	R	4			99401.29				
	855					M			TALLA					P	D	R				99207.02			
		58					D	F	Pab	Hb	R		R		P	D	R						

❖ **Registro grupal de la consejería:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 136 Actividades con Familia**

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

- En el 1° casillero **Consejería en convivencia saludable en pareja**

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el casillero Lab 1: se registra el número de sesión del taller que se ha desarrollado (1, 2, 3 ó 4) según corresponda.
- En el casillero Lab 2: se registra el número de parejas que han participado de la sesión.

En el 2° casillero **Taller para la Familia**

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

**Registro N° 149**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Ramos Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
15	APP136			Anco Huallo	35	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en convivencia saludable en pareja 2. Taller para la familia	P	D	R	4	8		99401.29				
	855					M			TALLA	C	C			P	D	R				C0007			
		58					D	F	Pab	Hb	R		R		P	D	R						

**7.2. ACTIVIDAD 5006071: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE**

**1. SUB PRODUCTO 0070604: LÍDERES ADOLESCENTES PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN SU COMUNIDAD**

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado. Para implementar estas acciones, se deberá identificar a los adolescentes (población objetivo) de las comunidades priorizadas que cuenten con el perfil para desarrollar las acciones de vigilancia de problemas de salud mental en sus pares y poder brindar la orientación según corresponda.

**Coordinación con institución educativa**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 93 Actividades con instituciones educativas**

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

- En el 1º casillero Reunión con institución educativa.
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión 1 o 2 según corresponda
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 150**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:									
10	APP 93		Sanegua	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión con institución educativa	P	D	R	1			C0002
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Reunión de inducción con docentes**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 144 Actividad con Docentes.**

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

- En el 1º casillero Taller para institución educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes en la reunión.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión 1 o 2 según corresponda
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 151**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				FECHA DE ULTIMA REGLA:									
10	APP 144		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para institución educativa	P	D	R	10	2		C0005
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R				99402.14
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Taller de capacitación a adolescentes líderes**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI del adolescente**

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

- En el 1º casillero Taller psicoeducativo grupal
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión 1 o **2 según corresponda**
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“CDJ”** si la actividad es realizada por un Centro de Desarrollo Juvenil, caso contrario dejar en blanco

- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 152**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Ramos Huamán													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
10	87528978		Anco Huallo	35	A	PC	PESO	N	N	1. Taller psicoeducativo grupal 2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R	2	CDJ	C2111		
	7174	60	F		M		TALLA	C	C		P	D	R			99402.14		
					D		Hb	R	R		P	D	R					

**Reunión de Monitoreo:**

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 166 Actividades con Líderes Escolares**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:
- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión (1,2 ó 3) según corresponda.
    - En el casillero Lab 2: registrar el número de participantes
  - En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 153**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	APP 166		La victoria		A	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo 2. Promoción del buen trato y salud mental	P	D	R	2	10	C7001		
					M		TALLA	C	C		P	D	R			99402.14		
					D		Hb	R	R		P	D	R					

**Reunión de Evaluación:**

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 166 Actividades con Líderes Escolares**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote a claramente:
- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión (1 o 2) según corresponda.
    - En el casillero Lab 2: registrar el número de participantes
  - En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 154**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
15	APP 166			La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	2	10		C7003					
					M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14					
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**2. SUB PRODUCTO 0070603: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA (Trazador de actividad 2) Registro 156**

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud del establecimiento de salud I-2, I-3 y I-4 incluido los Centros de salud mental comunitarios. Están dirigido a miembros de las organizaciones comunitarias preferentemente las agentes comunitarias. Estas actividades se realizan en un local comunal o en la que se designe para tales casos. Cada sesión educativa, se realiza con un máximo de 30 personas.

**🚩 Reunión de Incidencia ante organizaciones comunitarias**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"VCO"** de fase de vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 155**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
15	APP 150			La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de comunidad	P	<del>D</del>	R	8	VCO		C0003					
					M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14					
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R									

**🚩 Taller de capacitación a miembros de organizaciones comunitarias**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"VCO"** para indicar vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 156**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
15	APP 150		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	<del>D</del>	R	16	VCO		C0006						
				M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14						
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R										

**Monitoreo de la implementación de la vigilancia comunitaria**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de madres guías participantes de la sesión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "VCO" para indicar vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 157**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
15	APP 108		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	8	VCO		C7001						
				M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14						
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R										

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN PROGRAMAS  
PRESUPUESTALES**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
1	Actividades de Desarrollo Infantil Temprano		
181	Actividades de Metales Pesados		
5	Actividades de Dengue		
2	Actividades de Chikungunya		
3	Actividades de Zika		
68	Actividades de Emergencias y Desastres		
002	Actividades de Materno Neonatal		
171	Actividades de Tuberculosis		
18	Actividades de Daños no Transmisibles		
24	Actividades de Prevención del Cáncer		
<b>SESIONES</b>			
C0009	Sesión Educativa		
C0010	Sesión Demostrativa		
C2062	Orientación Familiar		
99401	Consejería Integral		
C0011	Visita Familiar Integral		
C2061	Consejería Familiar		
99401.11	Consejería para la prevención de accidentes		
<b>TALLERES</b>			
C0005	Taller para Instituciones Educativas		
C0006	Taller para la Comunidad		
<b>SESIONES</b>			
C0009	Sesión Educativa		
			<b>APP</b>
		APP136	Actividades Familia y Vivienda
		APP143	Actividades del Adulto Mayor
		APP93	Actividad con Institución Educativa
		APP107	Actividad en Centro de Expendio de Alimentos
		APP144	Actividades con Docentes
		APP146	Actividades con Padres de Familia
		APP149	Actividades con Manipuladores de Alimentos
		APP166	Actividades con Líderes Escolares
		APP163	Actividades con Universidades
		APP91	Actividad con Junta Vecinal
		APP168	Actividad con Centros Laborales
		APP104	Actividad con Municipio
		APP100	Actividad con Personal de Salud
			<b>GESTIÓN</b>
		C7003	Reunión de evaluación
		C0002	Reunión en Instituciones Educativas
		C0003	Reunión en Comunidad
		C7001	Reunión de Monitoreo
		C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
		C7004	Asistencia Técnica
		C0001	Reunión en Municipio
			<b>CAMPO LAB</b>
		ALI	Alimentación Saludable/Módulo Educativo
		LMA	Lavado de manos/Módulo Educativo
		SBU	Salud Bucal/Módulo Educativo
		SO	Salud Ocular/Módulo Educativo
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición

CAMPO LAB		CAMPO LAB	
VR	Vivienda recuperada	LP	Logro Previsto
PDS	Promotor de Salud/Agente Comunitario de Salud	TA	Logro Destacado
ST	Trabajador de Salud	MT	Metaxénicas/Módulo Educativo
CA	Cáncer / Logro en proceso	ZOO	Zoonóticas/Módulo Educativo
IA	Logro en inicio	EMG	Emergencias y desastres/Módulo Educativo
AFI	Actividad Física/Módulo Educativo	CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
SVI	Seguridad Vial/Módulo Educativo	FCO	Fase de Concertación
CMP	Contaminación Metales Pesados	FP	Fase de Planificación
IN	Módulo terminado en IE nivel primario	FAS	Fase de Asistencia Técnica
TS	Módulo terminado en IE nivel secundario	SIS	Fase de Sistematización
TE	Módulo terminado en IE nivel especial	COO	Coordinación
PP	Planificación Participativa	HA	Higiene y Ambiente
PSA	Prácticas Saludables (actividad de promoción de la salud)	SSI	Salud Sexual y Reproductiva
FSE	Fase de Sensibilización	HPV	Habilidades para la Vida
CSV	Convivencia Saludable	VSX	Violencia de Género
GD	Género, Derechos e Interculturalidad	GT	Gestión Territorial
SO	Actividades de Salud Ocular		

## ACTIVIDADES REALIZADAS CON EL GOBIERNO LOCAL

### Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años

**Definición.** - El Padrón Nominal es una lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

#### Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el Padrón nominal.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica “PNO” para indicar Padrón Nominal.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

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

## Registro N°158

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETR O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
17	APP104			Kimbiri	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	D	R	1	PNO	1	C7004
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

### Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal para el cuidado integral de la madre y el niño

**Definición.-** Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

#### Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la implementación y funcionamiento del CPVC.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica

- En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
- En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica “AE”
- En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N°159**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
29	APP104		San Miguel	A			PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	AE	1	C7004
				M	M	PC											
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Principales actividades para el funcionamiento del CPVC:**

**A. Educación en Salud:**

- a) En Sesiones Demostrativas
- b) En Sesiones Educativas para el cuidado de la madre y el niño:  
 En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
  - En el 1° casillero Sesión educativa
    - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.
    - En el casillero Lab 2: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano
 En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N°160**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP165		San Miguel	A			PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	1		C0009
				M	M	PC											
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**c) Sesiones educativas en importancia del juego y afecto:**

Actividad dirigida a los padres, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 36 meses, a realizarse en el CPVC, que constituye una forma organizada para facilitar una secuencia de información sobre la importancia del juego y afecto, permitiendo la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva como bases fundamentales del proceso de aprendizaje con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes en los padres y/o cuidadores que contribuyan en el aprendizaje, interrelación, seguridad e independencia de la niña y niño, desde los primeros años de su vida.

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1° casillero Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto
    - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.

- En el casillero Lab 2: registrar el número "1" cuando corresponde a la 1ra sesión educativa realizada; "2" para la 2da sesión
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N°161**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP165		San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto.	P	<del>D</del>	R	17	1	1	C0009.01
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Sub-código C0009.01 para "Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto"

**B. Vigilancia comunal**

**a) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Gestantes.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de gestantes vigiladas
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda: "G"
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

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

**Registro N°162**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP165		San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<del>D</del>	R	15	G	1	U1291
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**b) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños (as).**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de niños/as vigilados
  - En el casillero Lab 2: registrar "N" para indicar que el registro comunal es de niños
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

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

**Registro N°163**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
	APP165			San Miguel	A		PC	PESO		N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	N	1	U1291	
					M															
					M			TALLA		C	C		P	D	R					
					F		Pab													
					D			Hb		R	R		P	D	R					

Para esta actividad por convención utilizaremos el U1291 Producción de material educativo para la actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas

**C. Toma de decisiones:**

Reuniones de análisis, reflexión y toma de decisiones para la intervención; participan autoridades de la junta comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias, entre otros, para conocer los resultados de la vigilancia comunal analizar las causas y motivos para planear acciones o intervenciones a ser realizados por uno o varios actores sociales para el cuidado de la salud de la madre, niñas y niños.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de personas asistentes a la reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión que se realiza durante el año 1, 2... según corresponda.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano
  - En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N°164**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
	APP165			San Miguel	A		PC	PESO		N	N	1. Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	1	1	C0003	
					M															
					M			TALLA		C	C		P	D	R					
					F		Pab													
					D			Hb		R	R		P	D	R					

**Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud**

**Definición.** - Conjunto de acciones de fortalecer y reconocer la labor voluntaria de personas de la comunidad (ACS) y permite el desarrollo de sus actividades en la comunidad. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

### Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
    - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
    - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica **“ENM”** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**
    - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

#### Registro N°165

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
03	APP104		Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	ENM	1	C7004
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

### 01 monitoreo por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Reunión con municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de agentes comunitarios adscritos a la municipalidad que están siendo reconocidos por la municipalidad.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica **“ENM”** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**
  - En el casillero Lab 3: registrar según corresponda
    - 1=** Entrega de Kit básico
    - 2=** Entrega de Materiales educativos
    - 3=** Entrega de Kit básico y Entrega de Materiales educativos
- En el 2º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°166**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
13	APP104		Combapata	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión con municipio	P	<del>D</del>	R	20	ENM	1	C0001
				M			TALLA	C	C	2. Reunión de Monitoreo	P	D	R	1			C7001
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada)**

**Definición.** - Conjunto de acciones que desarrolla la municipalidad con el propósito de prestar algunos servicios claves que requieren la población orientada a mejorar el acceso a los servicios de salud; tales como: Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación, vacunación, entre otros. Así mismo en las ferias integrales pueden incluir servicios como: Sesiones demostrativas de lavado de manos, sesiones demostrativas y exposiciones gastronómicas que promuevan prácticas de alimentación saludable (con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro), entre otros. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la realización de las ferias integrales de salud y nutrición.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica **“FIS”** para indicar la organización de las **Ferías integrales de salud y nutrición** (Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada).
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N°167**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	APP104		Combapata	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	FIS	1	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R	0			
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Ejecución de ferias integrales de salud y nutrición realizadas por la Municipalidad:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Desarrollo de encuentros de participación comunitaria
  - En el casillero Lab 1: registrar **"FIS"** para indicar la **Feria integrales de salud y nutrición**.
  - En el casillero Lab 2: registrar **"FE"** para indicar la Fase de Ejecución
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 1 de Desarrollo Infantil Temprano

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

**Registro N°168**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
				Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Desarrollo de encuentros de participación comunitaria	P	<del>D</del>	R	FIS	FE	1	C3031
	APP104				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA ACCIONES EN METAXÉNICAS: INTERVENCIONES EN CASAS RENUENTES (CR).**

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que sus casas se encuentran cerradas o rechazan la intervención educativa o de control. La consejería está basada en las prácticas saludables y actitud colaborativa que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio y comunidad. Puede ser realizada por personal de salud y ACS/autoridades externas (Fiscalía provincial del delito, PNP o Gobierno local)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anótelas dirección de la vivienda y **APP136** Actividades con Familias

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

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para Metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de casas **RENUENTES**
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de casas **RECONVERTIDAS**
- En el 2º casillero indicar visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda si es
    - 05:** Actividades de Dengue
    - 02:** Actividades de Chikungunya
    - 03:** Actividades de Zika
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

**Registro N° 169**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
			NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
	APP136			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral	P	<del>D</del>	R	10	6		99401
12					M	M	Pab	TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	5			C0011
					D			Hb	R	R		P	D	R				

**REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA ACCIONES FRENTE A LESIONES EXTERNAS**

**Intervenciones en establecimientos de salud relacionados a seguridad vial y cultura de tránsito (REGISTRO MODIFICADO)**

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgos de lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito. La consejería está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de lesiones por accidentes de tránsito: uso de implementos de seguridad (SRI, cinturones de seguridad y casco) y conocimiento y respeto de señales de tránsito.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **DNI del representante de familia**

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

- En el 1º casillero **Consejería para la prevención de accidentes (99401.11)**
  - En el 1º casillero Lab1: **registrar la sigla “SVI” de seguridad vial**

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

**Registro N° 170**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mirtha Cupizo Sangama													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
12	09865765		Camaná	Camaná	30	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería para la prevención de accidentes	P	<del>D</del>	R	SVI			99401.11							
	8965											58	M	Pab	TALLA	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	P	D	R				
																			D	Pab	Hb	R	R	P	D

**Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres**

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgo de bajas temperaturas o lluvias. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de enfermarse durante estas temporadas o a las familias que han sido afectadas y ubicadas en albergues.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136 Actividades con Familias**

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

- En el 1º casillero Orientación familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de temática que se va a desarrollar:
    - 1= Temporada de bajas temperaturas
    - 2= Temporada de lluvias
    - 3= Familias afectadas por desastres
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 68 de actividades de emergencias y desastres

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

**Registro N° 171**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
10	APP136			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	10	1	68	C2062					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R									
					D																		

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

**Implementación y funcionamiento de quioscos, cafeterías y comedores saludables en instituciones educativas**

**Definición.** – Conjunto de acciones que desarrolla el personal de salud con el propósito de lograr la implementación y/o funcionamiento de quioscos, cafeterías y comedores saludables en Instituciones educativas de Educación Básica (Nivel inicial, primario y secundario).

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de concertación con la Red Educativa/Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Institución Educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“ALI”**, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**

**Registro N° 172**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA										CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
22	APP93			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	4	ALI	PSA	C0002					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R									
					D																		

**Reunión de planificación con la institución educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de actividad con institución educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes

- En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**ALI**”, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
- En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

**Registro N° 173**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
22	APP93		Huaral	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	6	ALI	18	C0002
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Reunión de ejecución/asistencia técnica con la Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de actividad con institución educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**ALI**”, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 18 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

**Registro N° 174**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
22	APP93		Amarilis	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	8	ALI	18	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Reunión de monitoreo a quioscos, cafeterías o comedores escolares**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP107 de centros de expendio de alimentos (quioscos, cafeterías o comedores escolares)**

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

- En el 1º casillero Reunión en instituciones educativas
  - En el Lab 1: registrar el número de Visita de monitoreo, (1 o 2, según corresponda)
  - En el Lab 2: registrar el **Nivel de Logro** obtenido.
    - IA = cuando No es Saludable
    - CA = cuando está en Proceso

- LP = cuando es Saludable
  - En el Lab 3: registrar el **nivel educativo** al que pertenece el quiosco, cafetería o comedor escolar.
    - **IN** = IE del nivel Inicial
    - **TP** = IE del nivel Primaria
    - **TS** = IE del nivel Secundaria
  - En el 2º casillero Visita de Monitoreo
    - En el Lab 1: registrar el número 18 de actividades de daños no transmisibles
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 175**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
22	APP107		Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	1	IA	TS	C0002
				M	M		TALLA	C	C	2. Visita de Monitoreo	P	<del>D</del>	R	18			C7001
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Reunión de evaluación a quioscos, cafeterías o comedores escolares**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP107** de centros de expendio de alimentos (quioscos, cafeterías o comedores escolares)

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

- En el 1º casillero Visita de Evaluación conjunta de IE
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de Vista de Evaluación, (1 o 2, según corresponda).
  - En el casillero Lab 2: registrar el **nivel de logro** obtenido.
    - **IA** = cuando no es saludable
    - **CA** = cuando está en proceso
    - **LP** = cuando es Saludable
  - En el casillero Lab 3: registrar el **nivel educativo** al que pertenece el quiosco, cafetería o comedor escolar.
    - **IN** = IE del nivel inicial
    - **TP** = IE del nivel primaria
    - **TS** = IE del nivel secundaria
- En el 2º casillero "dejar en blanco"
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 18 de actividades de daños no transmisibles

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

**Registro N° 176**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
22	APP107		Bagua	A	M	PC	PESO	N	N	1. Visita de Evaluación conjunta de IE	P	<del>D</del>	R	2	CA	TP	C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R	18			
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Taller educativo para expendedores de alimentos**

Esta actividad está dirigida a expendedores y manipuladores de alimentos, que prestan servicio en las instituciones educativas. Constituye en desarrollar sesiones educativas y/o sesiones demostrativas a fin de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes para las buenas prácticas en la preparación y manipulación de los alimentos. Para registrar los talleres educativos dirigidos a expendedores de alimentos, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP149 actividades con manipuladores de alimentos**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de instituciones educativas participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **IN** = IE del nivel inicial
    - **TP** = IE del nivel primaria
    - **TS** = IE del nivel secundaria
    - **TE** = IE del nivel especial
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de actividad de promoción de la salud

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

**Registro N° 177**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
06	APP149		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller Instituciones Educativas para	P	<del>D</del>	R	2	TP	PSA	C0005
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO COMUNIDADES**

**Capacitación a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres:**

Esta actividad se registra posterior a las coordinaciones con el CPCED de la DIRESA/GERESA relacionada a la actividad "organización y entrenamiento de comunidades en habilidades frente

al riesgo de desastres” donde se capacitará a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres. El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote el código **APP138 de Agentes Comunitarios de Salud**

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios de Salud
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de ACS participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión según corresponda 1,2 o 3
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 68 de actividades de emergencias y desastres

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

**Registro N° 178**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
17	APP138			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1 sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	12	1	68	C3151
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Capacitación a miembro de junta vecinal**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP91 de Junta Vecinal (Organización Vecinal)**

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

- En el 1º casillero **Taller para la comunidad**
  - En el casillero Lab1: registrar número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - “PP” para indicar Fase de planificación participativa.
    - “PSA” para capacitación en prácticas saludables

En el casillero Lab 3: registrar la actividad acorde a codificación del programa presupuestal o temática.

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

**Registro N° 179**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
7	APP91			Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	<del>D</del>	R	10	PP	2	C0006
					M		TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Sesiones Educativas a Gestantes alojadas en la Casa**

Actividad dirigida a Gestantes y familias para promover la promoción de la salud materna y neonatal, estas acciones son realizadas por personal de salud/Agente Comunitario de Salud, en la Casa Materna.

La metodología a usar es la del Material del rotafolio, de los cuales se debe brindar, los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- Cuidados del embarazo y pos natal: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, lavado de manos, signo de alarma del embarazo, parto y puerperio.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Planificación familiar.
- Cuidados del RN: Lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 164 actividad en casa materna**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de gestantes participantes de la sesión educativa
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "G"
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de actividad de materno neonatal

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

**Registro N° 180**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
09	APP 164		Sechura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	D	R	2	G	2	C0009
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ**

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP141 actividades con adolescentes.**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de adolescentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "CDJ" si la actividad fue desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 2 de actividad de materno neonatal

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

**Registro N° 181**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
APP 141	Secura			A	M	PC		PESO	N	N	1. educativa Sesión	P	<del>D</del>	R	12	CDJ	2	C0009	
				M				TALLA	C	C		2.	P	D	R				
				D				F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

**Consejería sobre estilos de vida y ambientes saludables para la prevención de transmisión de COVID-19**

Esta actividad es realizada por el personal de salud quien brinda al usuario consejería/ Teleorientación Síncrona para la promoción de estilos de vida saludable y ambientes saludables que contribuyan a la prevención de la transmisión del COVID-19, con incidencia en temas como: medidas preventivas frente al COVID-19, correcto uso de pulsioxímetros vacunación y Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID en casa. La frecuencia e incidencia en algún tema es definida de acuerdo a la necesidad identificada en el usuario.

**❖ Cuando se realiza a través de Teleorientación síncrona (no presencial)**

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Consejería en higiene de manos
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 2º casillero **Teleorientación síncrona**

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

**Registro N° 182**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____				
10	07458077	58	Lima	A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en higiene de manos	P	<del>D</del>	R	RS			99401.24	
	M			TALLA				C	C	2. Teleorientación Síncrona		P	<del>D</del>	R					99499.08
	D			F				Pab	Hb	R		R		P	D	R			

**Para el registro de la consejería en otras temáticas por teleorientación:**

En el ítem: Ficha Familiar / Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla “RS” de Riesgo Sanitario
  - En el ítem Lab 2 según corresponda:
    - 1=Medidas preventivas frente al COVID-19: higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial, distanciamiento social
    - 2= Correcto uso de los pulsioxímetros
    - 3= Inmunización (vacunación)
    - 4= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID
- En el 2º casillero Teleorientación síncrona
  - En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 183**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca																			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
10	07458077			Lima	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en estilos de vida saludable	P	<del>D</del>	R	RS	4	99401.13						
	252223					M	<del>A</del>	<del>M</del>		TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R			99499.08					
		58				D	F	Pab	Hb	R	R			P	D	R								

❖ Quando se realiza de manera presencial

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Consejería en higiene de manos
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla “RS” de Riesgo Sanitario
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

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

**Registro N° 184**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca																			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
10	07458077			Lima	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en higiene de manos	P	<del>D</del>	R	RS		99401.24						
	252223					M	<del>A</del>	<del>M</del>		TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita Familiar Integral	P	<del>D</del>	R			C0011					
		58				D	F	Pab	Hb	R	R			P	D	R								

✚ Para el registro de la consejería en otras temáticas por visita:

En el ítem: Ficha Familiar / Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero consejería en estilos de vida saludable
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla “RS” de Riesgo Sanitario
  - En el ítem Lab 2 según corresponda:

- 1=Medidas preventivas frente al COVID-19: higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial, distanciamiento social
- 2= Correcto uso de los pulsioxímetros
- 3= Inmunización (vacunación)
- 4= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID

- En el 2° casillero Visita Familiar Integral  
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

**Registro N° 185**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pamela Córdova Pérez												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
10	71225369			Lima	22	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en estilos de vida saludable	P	D	R	RS	4	99401.13
	7575					M	F	Pab	TALLA	C	C		2. Visita Familiar Integral	P	D	R		
		58				D			Hb	R	R			P	D	R		

**SESIONES DEMOSTRATIVAS EN LAVADO DE MANOS SOCIAL (REGISTRO NUEVO)**

En el ítem: DNI / HC registre: **APP138 Actividad con Agentes Comunitarios de Salud / APP150 Actividad con Autoridades y líderes comunales/ APP108 Actividad en Comunidad/ APP93 Actividad en instituciones Educativas**

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

- En el 1° casillero registre según corresponda: **sesión demostrativa (C0010)**.
  - En el casillero **Lab 1**: registrar el número de participantes
  - En el casillero **Lab 2**: registrar la sigla **"VAL"** de Lavado de Manos Social.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

**Registro N° 188**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1°	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	APP138			Comas		A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	10	VAL	C0010
						M	F	Pab.	TALLA	C	C			P	D	R		
						D			Hb	R	R			P	D	R		

**Conformación de Comités de Vigilancia Comunitaria para el fortalecimiento de acciones frente a problemas de salud pública**

Esta actividad es desarrollada por el personal de salud responsable de promoción de la salud, quien a iniciativa voluntaria de la propia comunidad de su jurisdicción, acompaña a la comunidad en la conformación o reactivación de los Comités de Vigilancia Comunitaria salud en coordinación con los Gobiernos Locales, Direcciones Regionales de Salud/ Gerencias Regionales de Salud /Direcciones de Redes Integradas de Salud/ Redes de Salud o las que hagan sus veces y otros actores locales dispuestos a contribuir al fortalecimiento de las estrategias comunitarias frente al COVID-19.

**Comité de Vigilancia Comunitaria operativo:** Aquel comité que haya realizado al menos 01 actividad durante los últimos 30 días.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 108** Actividades en Comunidad

En el 1° casillero registrar: Constitución de Comités de Vigilancia Comunitaria

- En el Ítem Lab 1: registrar según corresponda
  - 1= Si el Comité de Vigilancia Comunitaria es nuevo
  - 2= Si el Comité de Vigilancia Comunitaria se está reactivando

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N° 186**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA - BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
	APP 108	AnccoHuayllo								2. Constitución de Comités de Salud	P	D	R	2			C3051
20											P	D	R				
											P	D	R				

**Capacitación dirigida a miembros de Comités de Vigilancia Comunitaria sobre estilo de vida saludable y ambientes saludables en el contexto COVID-19**

Definición: Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, quien realiza talleres de capacitación dirigida a miembros de los **Comités de Vigilancia Comunitaria**, con el objetivo de transferir conocimientos principalmente en temas como: lavado de manos social, higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla, uso adecuado del protector facial, distanciamiento físico y otros.

La duración de cada taller es de aproximadamente 45 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad identificada. Dicha actividad se realiza de **manera presencial o virtual por medio del uso de las TIC's**.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 150** Actividades con Autoridades y Líderes Comunales

- En el 1° casillero registrar: Taller de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda
    - 1= Medidas preventivas frente al COVID-19
    - 2= Correcto uso de los pulsioxímetros
    - 3= Autocuidado
    - 4= Alimentación saludable y estilos de vida saludable
    - 5= Esquema de vacunación
    - 6= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID en casa
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla “VCO”

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:  
Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N° 187**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1°		2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA:												
	APP 150		Comas		A	M	PC		PESO		N	N	1. Taller de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	20	1	VCO	C3011
					M				TALLA		C	C		P	D	R				
					F		Pab.		Hb		R	R		P	D	R				

**SESIONES DEMOSTRATIVAS EN LAVADO DE MANOS SOCIAL (REGISTRO NUEVO)**

En el ítem: DNI / HC registre: **APP138 Actividad con Agentes Comunitarios de Salud / APP150 Actividad con Autoridades y líderes comunales/ APP108 Actividad en Comunidad/ APP93 Actividad en instituciones Educativas**

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:
- En el 1° casillero registre según corresponda: **sesión demostrativa (C0010).**
    - En el casillero **Lab 1:** registrar el número de participantes
    - En el casillero **Lab 2:** registrar la sigla “VAL” de Lavado de Manos Social.
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N° 188**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1°		2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA:												
	APP138		Comas		A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	10	VAL		C0010
					M				TALLA		C	C		P	D	R				
					F		Pab.		Hb		R	R		P	D	R				

## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO CENTROS LABORALES

- ✚ **Implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en establecimientos del ministerio de salud, gobiernos regionales, gobiernos locales e instituciones privadas, sean o no prestadores de servicios de salud, a nivel nacional para contribuir con la lactancia materna de niños (as) de cero a 24 meses de edad.**

Esta actividad está dirigida aquellos establecimientos del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales e Instituciones Privadas a nivel nacional que cuenten con al menos veinte (20) trabajadoras en edad fértil, independientemente de su estado civil, religión o régimen laboral. Se desarrollan una serie de acciones que promuevan la implementación y funcionamiento de ambientes especialmente acondicionados, dignos e higiénicos para uso exclusivo de las madres trabajadoras con la finalidad de que extraigan su leche durante el horario de trabajo, de manera que se asegure su adecuada conservación. Con esta intervención costo efectiva se contribuirá anualmente en lograr el incremento de la lactancia materna del lactante, así como de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad, además de contribuir a evitar el riesgo de cáncer en las madres.

El Establecimiento de Salud dependiente del Ministerio de Salud o del Gobierno Regional en determinada circunscripción territorial, será el responsable del registro de actividades para la implementación y funcionamiento de los Lactarios Institucionales en su jurisdicción, sean o no prestadores de servicios de salud, públicos y privados:

- Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas
- Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas
- Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas
- Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas

En caso de que las actividades de implementación y funcionamiento de Lactarios Institucionales sean dentro del Establecimiento de Salud, se registraran estas actividades en el HIS del Establecimiento, estando a cargo de este registro la persona responsable de las actividades de promoción de la salud.

Se deben desarrollar las siguientes acciones:

### 1.1. Reunión de sensibilización con directivos de los establecimientos y dependencias del MINSA, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Municipalidades e Instituciones Privadas, sean o no prestadoras de salud.

Esta primera reunión de sensibilización se desarrolla en las instalaciones de la institución donde se haya identificado un grupo de por lo **menos 20 trabajadoras** entre gestantes y mujeres en edad fértil, está dirigida por el personal de salud capacitado, con participación de directivos y personal del área de recursos humanos o quien haga sus veces en el establecimiento, con la finalidad de informarles y educarles de ser el caso sobre la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, así como a las niñas y niños menores de 24 meses, además de los beneficios para las madres, las familias y la sociedad, promoviendo y apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora de ejecución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.

- **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
- **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
- **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla “FSE” para indicar fase de sensibilización

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

**Registro N° 189**

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
APP 168			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	LME	FSE	C7004
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**1.2. Reunión de coordinación con el Comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces)**

Esta reunión de coordinación está a cargo de personal de salud capacitado con la participación de los miembros el comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces), la cual consiste en establecer acuerdos y compromisos de acciones dirigidas a revalorar la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, niñas y niños menores de 2 años, promoviendo así su desarrollo integral apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales en los centros laborales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1° casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.

- **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla “FSE” para indicar fase de sensibilización

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

**Registro N° 190**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	APP 168		Camaná	A		PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	D	R	1	LME	COO	C7004
				M				C	C		P	D	R				
				M		Pab	TALLA				P	D	R				
				D	F		Hb	R	R		P	D	R				

**1.3. Taller de planificación participativa para la elaboración del Plan de Trabajo para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna en los centros laborales**

Esta etapa de planificación participativa se desarrolla por medio de un taller, donde se elabora un plan de trabajo con acciones que respondan a la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales. Es importante que aquellas acciones sean asumidas por el equipo de lactancia materna o quien haga sus veces, deberá de incluir acciones que permitan identificar a la población usuaria de los lactarios, además de incluir acciones que promuevan la adherencia al uso de estos lactarios a través de actividades de sensibilización a sus trabajadoras, propiciando el compromiso del personal de recursos humanos en brindar las facilidades para el acceso y uso de los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un **tiempo aproximado de 01 hora**.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
    - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras

- En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla “FSE” para indicar fase de sensibilización
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

**Registro N° 191**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
APP 168			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	LME	PP	C7004
				M			TALLA				P	D	R				
				M				C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**1.4. Asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna (o quien haga sus veces) para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales**

La asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna, consistirá en colaborar en el desarrollo de cada una de las actividades contempladas en el plan de trabajo anual para la implementación y funcionamiento de los lactarios institucionales. El número de asistencias técnicas por año no será una limitante para el óptimo funcionamiento de un lactario institucional, las cuales tendrán un tiempo aproximada de 01 hora en promedio. Se registran las asistencias técnicas que se brindan y las que se reciben en la institución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
    - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuestos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

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

## Registro N° 192

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: APP 168				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	LME	PSA	C7004
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**RECUERDE:** Para esta actividad es importante registrar adecuadamente cada casillero, en el ejemplo anterior el código C7004 hace referencia a que se está desarrollando la asistencia Técnica.

### lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia

Esta actividad es realizada de manera conjunta entre el personal de salud capacitado y los miembros del comité de Lactancia Materna o quien haga sus veces, la cual se desarrolla con un tiempo aproximado de 02 horas. Este mecanismo permitirá: el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas, visualizar el avance en la implementación de las metas propuestas con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste a las intervenciones programadas.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1° casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda:
    - Cuando se monitorea solamente la implementación = dejar este casillero "vacío".
    - Cuando se monitorea el funcionamiento = Colocar el número de usuarias que hacen uso de los lactarios en el mes que se está haciendo la visita.
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda:
    - 1= **Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros
    - 2= **Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - 3= **Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
    - 4= **Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuestos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla "**LME**" para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada

❖ Ejemplo 1: Casos donde solo se monitorea la implementación.

Registro N° 193

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	APP 168		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	LME	C7001	
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

❖ Ejemplo 2: Casos donde se monitorea el funcionamiento.

Registro N° 194

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	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			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	APP 168		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	20	1	LME	C7001
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**1.6. Reunión de Evaluación de logros alcanzados según compromisos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna**

Se desarrolla en las instalaciones de la institución o empresa (público o privada) con una duración de 02 horas aproximadamente y tiene por objeto evaluar el logro de las metas programadas. Se identificará el cumplimiento de cada uno de los acuerdos asumidos por directivos y el comité de lactancia materna a favor de mujeres trabajadoras en edad fértil, mujeres que estén dando de lactar y sobre todo en beneficio a la alimentación de la niña y niño de cero (0) a veinticuatro (24) meses de edad.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda:
    - 1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas: Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros
    - 2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas: Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - 3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas: Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.

- 4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas. Aeropuertos, terrapuestos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
- En el casillero Lab 2: registrar sigla "LME" para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

**Registro N° 195**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
12	APP 168		Camaná	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	1	LME	PSA	C7003
				M			TALLA										
				M					C	C		P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**1.7. Campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudos Aedes aegypti**

**Campaña de Recojo y Eliminación de Criaderos en Centros Laborales**

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

- En el 1° casillero Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de campaña
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según el lugar donde se desarrolla la actividad
    - 1= Establecimientos de salud.
    - 2= Comisarias
    - 3= Penales
    - 4= Centros laborales privados
  - En el casillero Lab 3: registrar el número de toneladas de criaderos recogidas en la campaña.
- En el 2° casillero Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según corresponda
    - 5: Actividades de Dengue
    - 2: Actividades de Chikungunya
    - 3: Actividades de Zika

**Registro N° 196**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
	APP 168		Camaná	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión de Evaluación	P	<del>D</del>	R	1	3	20	C7003
				M			TALLA		C	C	2. Ejecución de Campañas de recojo y Eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	5		C6091
				M													
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MUNICIPIOS**

**Ejecución de ferias de proyectos productivos a cargo de la Municipalidad, acompañado por el personal de salud para promover la alimentación saludable en las familias.**

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP104 de Consejo Municipal**  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1° casillero Taller para la familia
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias expositoras / emprendedoras propias de la comunidad.
  - En el casillero Lab 2: registrar el tipo de proyecto agropecuario, según corresponda: Proyectos productivos relacionados a la crianza de:
    - 1= Cuyes
    - 2= Gallinas/ huevos de corral
    - 3= Cerdos
    - 4= Peces (truchas)
    - 5= Proyectos productivos relacionados al cultivo de hortalizas orgánicas (lechuga, zanahoria, betarraga, espinaca y otros)
    - 6= Otros
  - En el casillero Lab 3: registrar según corresponda: 1 = Para indicar si la Feria es promovida por FONCODES, caso contrario dejar en "blanco".

**Registro N° 197**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____											
10	APP 104		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1 Taller para la familia	P	X	R	3	1	PSA	C0007
				M		PC	TALLA				P	D	R				
				M				C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**Reunión de coordinación con el gobierno local para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por covid-19 y otros temas prioritarios de políticas del sector**

Esta actividad consiste en la participación activa del personal de salud en las reuniones de trabajo de forma presencial o virtual (uso de las TIC's) con funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial, con el objetivo de coordinar acciones para la orientación de sus recursos en acciones que favorezcan a la implementación de medidas sanitarias a favor de la población como: Anemia, COVID-19 y otros.

Dichas actividades se realizan de **manera presencial o virtual (no presencial)**, por medio del uso de las TIC's, la duración es de aproximadamente 60 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 104** Actividades con Municipio

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

- En el 1° casillero registrar: Reunión en municipio
  - En el ítem Lab 1: registrar según corresponda:

- **1=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con la Red de Soporte de la PAMAR y PcDS.
- **2=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con la regulación del funcionamiento de los mercados de abasto para la prevención y contención del COVID-19 (Meta-6).
- **3=** Si la reunión se realiza para fines relacionados a los Centros de Aislamiento temporal y seguimiento (CATS)
- **4=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con el Compromiso 1

- o En el 2º casillero registrar: Reuniones de abogacía con las autoridades locales para el trabajo articulado de la mejora de la salud de la población

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N° 198**

DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
	APP 104		AncocoHuayllo		A	M	PC			PESO	N	N	P	<del>D</del>	R	2			C1042
					M					TALLA	C	C	P	<del>D</del>	R				
					F		Pab			Hb	R	R	P	<del>D</del>	R				
					D								P	<del>D</del>	R				

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MERCADOS**

**Sesiones educativas y demostrativas sobre medidas de prevención para prevenir la transmisión del COVID-19 en mercados de abasto y espacios temporales habilitados.**

Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, quien desarrolla sesiones educativas y demostrativas sobre estilo de vida saludable y ambientes saludables, con énfasis en temas como: lavado de manos, uso de mascarillas, uso de protectores faciales y distanciamiento físico, con el objetivo de sensibilizar a la población que trabaja y/o acude (usuarios) a los mercados y/o espacios temporales habilitados.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP 121 Actividades en mercados.

- En el 1º casillero registrar sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.
  - En el Ítem Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el Ítem Lab 2: registrar según corresponda:
    - 1= Dirigido al público que asiste al mercado
    - 2= Dirigido a los trabajadores del mercado
- En el 2º casillero registrar sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N° 199**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
17	APP 121		SJM		A	PC	PESO	N	N	1. Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	<del>D</del>	R	8	1	C311	
					M		TALLA	C	C		2. Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	<del>D</del>	R			C310
					D		F	Pab	Hb			R	R	P	D	R	

**Asistencia técnica a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por COVID-19.**

Esta actividad es desarrollada por el personal de salud capacitado, quien a través de reuniones con miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto brinda el acompañamiento sobre acciones que favorezcan la adecuación y/o implementación de medidas sanitarias que eviten la transmisión por COVID-19 entre los comerciantes y usuarios que acuden a los mercados.

La duración de cada reunión de coordinación es de aproximadamente 45 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad identificada. Dicha actividad se realiza de manera presencial o virtual por medio del uso de las TIC's.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 121** Actividades en mercados.

- En el 1° casillero registrar: Asistencia técnica
- En el ítem Lab 1: Registrar el número de **Comités de Autocontrol Sanitario (CAS)** o quien haga sus veces
- En el ítem Lab 2: registrar según corresponda:
  - **1=** Si la asistencia técnica se brinda a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto **incluidos en la Meta 6.**
  - **2=** Si la asistencia técnica se brinda a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto **NO** incluidos **en la Meta 6.**

En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N° 200**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___						
15	APP 121		Camaná		A	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	5	1	C7004								
					M		TALLA	C	C			P	D	R										
					D		F	Pab	Hb			R	R	P	D	R								

## ACTIVIDADES DE SALUD FAMILIAR

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR

Las actividades de la Salud Familiar deberán ser consideradas en la UPSS **302101: ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, independientemente del personal de salud que esté realizando la actividad, esto permitirá identificar actividades extramurales que se entregan a las familias.

Para la codificación en HIS se debe registrar a la familia intervenida utilizando el número de la ficha familiar y para la codificación de las intervenciones individuales de cada uno de los integrantes de la familia el DNI.

Visita de salud familiar

**Definición Operacional.-** Actividad que implica el desplazamiento del personal de salud capacitado dirigida a la familia en su domicilio, con el fin de recoger información a través de instrumentos como la ficha familiar, entre otros, que permitan identificar las necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, del entorno y vivienda, elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia para el desarrollo adecuado de las actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la familia, el seguimiento y monitoreo de las mismas en el marco de una relación asistencial continua e integral. El tiempo promedio requerido es de 45 minutos por visita, el cual puede variar de acuerdo a las actividades programadas para intervenir a la familia. Se programarán las visitas familiares integrales con la finalidad de completar el Plan de Atención Integral a la familia.

## A. APLICACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD, FACTORES DE RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR, DEL ENTORNO Y VIVIENDA. (REGISTRO MODIFICADO)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **DNI de uno de los integrantes de la familia**.

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

- En el 1º casillero **Visita familiar integral de identificación de riesgos y necesidades (C0011.01)**

➤ En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“FAM” de Ficha Familiar**

- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

## Registro N°201

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
10	72859632		Huancayo	<del>39</del>	A	PC	PESO	N	N	1. Visita familiar integral de identificación de riesgos y necesidades	P	<del>D</del>	R	FAM			C0011.01
	1515			<del>39</del>	M		TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>		P	D	R				
		80			<del>39</del>	<del>M</del>	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

**B. AL TERMINAR DE ENTREGAR A LA FAMILIA LAS INTERVENCIONES PLANIFICADAS EN EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA (PAIFAM). (REGISTRO MODIFICADO)**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **DNI de uno de los integrantes de la familia.**

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

- En el 1º casillero **Visita familiar integral (C0011)**
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla **“FAM” de Ficha familiar**
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“TA” de Término de la PAIFAN**
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **“D”**
- 

Registro N°202

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>JUANA PARIONA VILLEGAS</b> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:      /      /      FECHA DE ULTIMA REGLA:																		
25	<b>72859632</b>			Huancayo	39	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		N	N	1. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	FAM	TA		<b>C0011</b>
	1515				M	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R				
		80				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			R	R		P	D	R			



**Ministerio de Salud**

Salaverry N° 801 - Jesus Maria - Lima

Telef.: (01) 315 6600

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)

INFOSALUD: 0800 - 10828