

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

Sistema de Información HIS

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva  
Atención Planificación Familiar



# Planificación Familiar

# 2024

# **MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

**Sistema de Información HIS**

**DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

**ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**2024**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

**Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa – Atención Planificación Familiar - Sistema de Información HIS/** Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Lima: Ministerio de Salud; 2023.

57 p. ilus.

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD/ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-05635

**Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Dirección de salud sexual y reproductiva: Atención planificación familiar. Sistema de información HIS.**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (MINSa / OGTI / DGIESP).

**Equipo técnico de trabajo:**

Dr. Víctor Javier Correa Tineo, Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Obsta. Marysol Campos Fanola, DGIESP / DSARE

Obsta. Sonia Rodríguez Soto, DGIESP / DSARE

Obsta. Ulalia Cardenas de Torres, DGIESP / DSARE

Dr. Walter Mendoza, Analista del Programa en Población y Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA Perú

**Revisión y Validación:**

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Director Ejecutivo, OGEI

Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, OGTI / OGEI

Lic. Celia Miri Oviedo Rodríguez, OGTI / OGEI

**Diseño y Diagramación**

Alan Baca Maldonado

©MINSa – noviembre, 2023.

**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, noviembre 2023

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/6370.pdf>



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ**  
Ministro de Salud

**ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ**  
Viceministro de Salud Pública

**CIRO ABEL MESTAS VALERO**  
Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

**CRISTIAN DIAZ VELEZ**  
Director General de la Dirección General de  
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ REYES**  
Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información

**VICTOR JAVIER CORREA TINEO**  
Director Ejecutivo de la Dirección de  
Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección  
de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



## CONTENIDO

<b>ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES.....</b>	<b>7</b>
<b>INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA –</b>	
<b>ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....</b>	<b>9</b>
REGISTRO SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA (AUTORRECONOCIMIENTO) .....	9
REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN EXTRANJERA .....	10
<b>CONSEJERIA GENERAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....</b>	<b>14</b>
<b>CONSEJERÍA ESPECIALIZADA EN ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV).....</b>	<b>15</b>
<b>PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS .....</b>	<b>15</b>
A. USUARIAS NUEVAS.....	15
B. USUARIAS CONTINUADORAS .....	17
<b>MÉTODO DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS .....</b>	<b>19</b>
PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA.....	20
REINSERCIÓN DEL DIU.....	21
REMOCIÓN DEL DIU .....	21
<b>PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA NUEVA .....</b>	<b>23</b>
<b>MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA).....</b>	<b>25</b>
<b>MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA: RITMO, BILLINGS Y DÍAS FIJOS / COLLAR.....</b>	<b>27</b>
Usuarías Nuevas .....	27
Usuarías Continuadoras .....	27
<b>MÉTODOS DEFINITIVOS: ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA .....</b>	<b>28</b>
Bloqueo Tubárico Bilateral - Ligadura de Trompas en Intervalo: .....	28
Vasectomía.....	29
EN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS .....	29
CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO .....	30
<b>METODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTETRICO .....</b>	<b>30</b>
<b>ATENCION EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL CONTROL PUERPERAL (Después del alta de la paciente) .....</b>	<b>33</b>
<b>DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y EXAMEN CLÍNICO DE MAMAS: .....</b>	<b>33</b>
<b>TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DETECCIÓN MOLECULAR DEL VPH (DM VPH) .....</b>	<b>34</b>
<b>PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH O TBC .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPTACIÓN DE LA USUARIA.....</b>	<b>37</b>
<b>EFFECTOS ESPERADOS/ SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS .....</b>	<b>38</b>
<b>FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....</b>	<b>41</b>
Falla de Método DIU .....	41
Falla de Método DIU Liberador de Progestágeno .....	41
<b>ENTREVISTA DE TAMIZAJE .....</b>	<b>43</b>
<b>ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO .....</b>	<b>44</b>
<b>TAMIZAJE PARA VIH EN MEF USUARIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....</b>	<b>44</b>
<b>REGISTRO DE PAREJAS PROTEGIDAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP).....</b>	<b>46</b>
<b>ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL.....</b>	<b>49</b>
<b>REGISTRO PARA PROCEDIMIENTO REALIZADO A TRAVÉS DE PRUEBA RÁPIDA DUAL .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>52</b>
Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de la.....	52
Violencia Sexual y la Violencia Basada en Género .....	52
Actividades más frecuentes .....	53
Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades.....	53
Definiciones.....	54

**ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>1. Definiciones de los casos de violencia basada en género .....</b>	<b>55</b>
<b>2. Registro de casos de violencia física .....</b>	<b>56</b>
El personal de salud identifica casos de violencia basada en género con motivo de la atención o por indagación durante la atención de salud independientemente del motivo de consulta. Los casos identificados de violencia física (abuso físico T74.1, según CIE-10) son registrados con los diagnósticos listados a continuación.....	56
<b>3. Registro de casos de violencia sexual distintos a abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal .....</b>	<b>56</b>
<b>4. Registro de casos de abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal cuando la atención se da hasta las 72 horas de ocurrido el último episodio, con tratamiento y entrega completa de kit de emergencia .....</b>	<b>57</b>
<b>5. Registro de casos de abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal cuando la atención se da después de las 72 horas de ocurrido el último episodio, con tratamiento y entrega completa de kit de emergencia .....</b>	<b>59</b>
<b>6. Registro de casos de abuso sexual (sin uso de fuerza física, y bajo coacción) o agresión sexual con fuerza corporal cuando se requiere referencia para completar la entrega de kit de emergencia .....</b>	<b>60</b>
<b>7. Seguimiento de casos de violencia sexual .....</b>	<b>63</b>

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
99402.04	Consejería en planificación familiar
99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva
58300	Inserción de dispositivo intrauterino de Cobre
58300.01	Inserción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno
11975	Inserción de cápsulas anticonceptivas implantables
99208.13	Administración y uso del método oral combinado
99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual
99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral
99208.02	Provisión de preservativos masculinos
99208.06	Provisión de preservativos femeninos
99208.15	Administración y uso del método oral combinado baja dosis
99208.16	Administración y uso del método inyectable trimestral subcutáneo
55250	vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)
58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal bilateral
58605	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado)
58611	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea o cirugía abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)
99208.07	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
99208.08	Atención en el método de Abstinencia periódica Ritmo
99208.09	Atención en el método de Abstinencia periódica Billings
99208.10	Atención en el método de los días fijos (MDF)/Collar
99208.11	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
99208.12	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno
99208.14	Evaluación de riesgo reproductivo
T833	Complicación de Dispositivo anticonceptivo Intrauterino DIU
T8331	Expulsión de DIU
T8332	Sangrado anormal asociado a DIU
T8333	DIU en cavidad abdominal

Código	Diagnóstico / Actividad
T8334	DIU encarcelado
T8335	Complicación de DIU con perforación uterina
T8336	Dolor pélvico asociado con DIU
Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía
N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica
Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada
Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual
Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
Y4253	Efectos secundarios del Implante
Z21X1	Infeción de VIH sin SIDA
Z3002	Consejería en AQV
Z33X1	Falla de DIU
Z33X31	Falla inyectable mensual
Z33X32	Falla inyectable trimestral
Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
Z33X5	Falla preservativos masculino
Z33X51	Falla preservativos femenino
Z33X7	Falla de ligadura de trompas
Z33X4	Falla de implante
Z33X8	Falla de vasectomía
Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
Z33X24	Falla anticonceptivo oral de emergencia / Levonorgestrel
Z33X91	Falla de Ritmo
Z33X92	Falla de Billings
Z33X93	Falla de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
99386.03	Examen clínico de mamas
58301	Remoción de dispositivo intrauterino de Cobre
58301.01	Remoción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno
11976	Remoción cápsulas anticonceptivas implantables
88141	Citopatología, vaginal o cervical. Toma de PAP
88141.01	Inspección Visual con Ácido Acético
87621	Detección Molecular VPH.
59410	Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto
59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio
59515	Cesárea, incluyendo atención postparto
59812	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente
86703.01	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único /Prueba rápida VIH)

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

86780.01	<i>Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)</i>
----------	---------------------------------------------------------------------------

Código	Diagnóstico / Actividad
87342	<i>Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)</i>
99401.02	<i>Consejería en la importancia de la lactancia materna</i>
99401.33	<i>Consejería Pre-Test para VIH</i>
99403.03	<i>Consejería Post Test para VIH Reactivo</i>
99401.34	<i>Consejería Post Test para VIH No Reactivo</i>
99402.03	<i>Consejería en salud sexual y reproductiva</i>
99402.08	<i>Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer</i>
99402.09	<i>Consejería en riesgos de salud mental</i>
99402.05	<i>Consejería en prevención de ITS, VIH, Hepatitis</i>
99385.02	<i>Atención preconcepcional (18 a 39 años)</i>
99386.02	<i>Atención preconcepcional (&gt; 40 años)</i>
99199.11	<i>Administración de Tratamiento Kit VS</i>
99402.07	<i>Consejería para AE</i>
96150.01	<i>Tamizaje de Violencia</i>
R456	<i>Problemas relacionados con la violencia</i>
C0009	<i>Sesión Educativa</i>
C0011	<i>Visita familiar integral</i>
C0011.02	<i>Visita familiar para Cuidados esenciales AQP</i>



## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en los ambientes que se brinda la atención de planificación familiar como son: consulta externa, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico. Según nivel de atención.

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

**SISTEMA DE INFORMACIÓN MÓDULO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR-WAWARED:** Si bien es cierto en el presente manual se establece la manera de registrar las actividades en el HISMINSA, es indispensable que todas las IPRESS utilicen el módulo de Planificación Familiar- Wawared, el cual optimizará tiempos al prestador, ya que la información migrará al HISMINSA de manera automática.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

- P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y **utilice los siguientes ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” hasta un máximo de 20 actividades para completar el registro de la atención.**

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

### REGISTRO SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA (AUTORRECONOCIMIENTO)

**Pertenencia Étnica:** Es el reconocimiento que a una persona hace de un conjunto de características socioeconómicas y culturales, que considera como propias tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes, cuyo propósito es facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad.

**Para el registro, tener en cuenta la R.M. N° 975-2017/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°240-MINSA/2017/INS: Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.**

En el ítem ETNIA, registre claramente:

- En el casillero 1º anote el Código que corresponde a la pertenencia étnica del paciente o usuario, en el ejemplo el código **05** representa **Asháninka**.

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	40224779	10	Satipo	42	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208		
	4022779	05	Satipo		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04		
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99208.13		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14		
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

**REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN EXTRANJERA**

En el ítem DNI/Historia Clínica, registre claramente:

- En el casillero 1º C.E. (Carné de Extranjería) y el número de documento correspondiente.

En el ítem Distrito de Procedencia, registre claramente:

- En el casillero 1º El país de origen del paciente.

En el ítem Establecimiento: Marcar con un aspa si es Nueva, Continuada o Reingresante a la IPRESS.

En el ítem Servicio: Marcar con un aspa si es Nueva, Continuada o Reingresante a la UPSS de Planificación Familiar.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre todos los diagnósticos y/o procedimientos realizados en la consulta.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	C.E. 152322585	10	VENEZUELA	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208		
		58			M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04		
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99208.13		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14		
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ACTIVIDADES A REGISTRAR EN UNA ATENCIÓN GENERAL A USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DÍA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junin		M	PC	PESO			Atención en Planificación Familiar y SSR	P		R				99208
	66682502		58	Junin	32	M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P		R	1		99402.04
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P		R	1		99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO		N	N	Tamizaje de violencia	P		R			96150.01
						M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P		R			99402.09
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Inspección Visual con Ácido Acético	P		R	N		88141.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO		N	N	Examen clínico de mamas	P		R	N		99386.03
						M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P		R	1		99402.08
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Consejería Pre Test para VIH	P		R			99401.33
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO		N	N	Detección de VIH – Prueba Rápida	P		R	RN		86703.01
						M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P		R			99401.34
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P		R	RSM		99208.14

**En usuarias que correspondan, se realizará la evaluación del riesgo reproductivo con el código 99208.14 y registrar en Lab cuando corresponda a:**

**Alto riesgo reproductivo RSA=Alto**

**RSR=Mediano**

**RSM=Bajo.**

## RIESGO REPRODUCTIVO:

**RIESGO REPRODUCTIVO:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

## Valoración del riesgo reproductivo:

A: La presencia de una o más de las siguientes enfermedades califica a la usuaria como de alto riesgo reproductivo:

- Anemia severa (Hb. < 7 gr°k).
- Enfermedad mental.
- Enfermedad cardiovascular.
- Enfermedad neurológica.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad pulmonar.
- Hepatopatías
- Cáncer.
- Diabetes.
- Miomas.
- Anomalías uterinas.

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Dos o más cesáreas previas.
- Antecedente de ruptura uterina, cirugía miomectomias, cirugía vaginal previa
- Enfermedades congénitas.
- Obesidad.
- Isoinmunización.
- Lupus eritematoso, esclerodermia y otras enfermedades del colágeno.
- Cromosopatías hereditarias.
- Portadora de Hemofilia.

B. Cuando no existe ninguna de las enfermedades anteriores, la valoración del riesgo reproductivo estará dada por la suma de los factores de riesgo, que representan la presencia de alguna de las variables incluidas en los cuatro componentes que son:

- Madre: menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Cuarto embarazo o más.
- Menos de un año o más de cinco años de intervalo intergenésico.
- Mala historia obstétrica:
  - Aborto.
  - Mola hidatiforme
  - Parto prematuro.
  - Cesárea.
  - Hijo nacido muerto.
  - Hemorragias genitales.
  - Enfermedad hipertensiva.(pre eclampsia, eclampsia, Hellp)
  - Hijo muerto menor de un mes de edad.

El riesgo reproductivo se considerará:

- BAJO (R.S. Mínimo): Ausencia de factores de riesgo,
- MEDIANO (R.S. Regular): Presencia de un (1) factor de riesgo.
- ALTO (R.S. Alto): Presencia de dos (2) o más factores de riesgo.

En la atención a evaluación del Riesgo Reproductivo en la usuaria, anote:

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En los otros casilleros anote los procedimientos como: El método anticoncepcional administrado, consejería en salud sexual y reproductiva, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero Lab1, el número de insumos entregados.
- En el 3º casillero Lab1 anote la sigla correspondiente a la clasificación del riesgo reproductivo, según corresponda:
  - **RSM (Riesgo Sanitario Mínimo)** si el riesgo es *BAJO*.
  - **RSR (Riesgo Sanitario Regular)** si el riesgo es *MEDIANO*.
  - **RSA (Riesgo Sanitario Alto)** si el riesgo es *ALTO*.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033137	10	Tarma	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033137	58	Tarma	24	M	Pab.	TALLA	R	R	Administración y uso del método Inyectable Trimestral	P	D	R	1			99208.05
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## En la Atención a la Usuaría con Discapacidad, anote:

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En los otros casilleros anote los procedimientos como: El método anticoncepcional administrado, consejería en salud sexual y reproductiva, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Lab1 anote la sigla “DIS” correspondiente a Discapacidad
- En el 2º casillero Lab1, el número de insumos entregados.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033137	10	Tarma		M	PC		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R	DIS			99208
	67033137	58	Tarma	24	M	Pab.	TALLA	D	E	Administración y uso del método inyectable Trimestral	P	D	R	1			99208.05
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

### Esquema de Programación de Consultas, Controles y Entrega de Medicamentos e Insumos de acuerdo con el tipo de Anticonceptivo

Método	Duración de la Protección	Consultas Nuevas y de Seguimiento	Cantidad de Insumos a Entregar		Número de Consultas Programáticas Anual
			Por Consulta	Programática Anual	
Preservativo o condón masculino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Preservativo o condón femenino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Hormonal combinado oral (Píldora)	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Hormonal combinado inyectable mensual	Uno por mes	Cada mes por todo el año	Uno por consulta	Doce	12 por usuaria
Hormonal de solo progestágenos inyectable trimestral	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
Implante	Uno por 3 años	Inserción, 1er control a los tres días, luego al mes, a los 3 meses y luego cada año	Uno cada tres años	Uno	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
DIU (T de cobre) DIU LNG	Uno por 12 años para DIU de Cobre Uno por 5 años para DIU LNG	Inserción, 1er. control a la semana, luego al mes de inserción luego cada año	Uno cada doce años Uno cada 5 años DIU LNG	Uno por nueva o reinserción	3 por usuaria nueva o reinserción
					1 por continuadora
Bloqueo Tubárico Bilateral	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, Segundo control al mes	No aplicable	Uno por nueva	2 por nueva
		01 cada año			1 por continuadora
Vasectomía	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	3 por nuevo
		01 cada año			1 por continuador



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	6 meses	Primer control a los 45 días posparto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
Billings o del moco cervical	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Ritmo o de la Regla	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Método de los días fijos o método del collar	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora

## CONSEJERIA GENERAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**Definición Operacional:** Es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria.

La consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda: para la **elección**, al **aceptar** y al **cambio** del método anticonceptivo.

Para la inserción del Implante y DIU de cobre y DIU liberador de progestágeno se requiere de consentimiento informado firmado.

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero el método elegido por la usuaria

**Las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"**

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la consejería 1, 2 según corresponda
- En el 3º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	32	M	PC	PESO			Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502				M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1		99402.04
		58	Junín		D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	1		99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	PC	PESO		N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM		99208.14
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R			
					D	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R			

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CONSEJERÍA ESPECIALIZADA EN ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)

**Definición Operacional:** Sesión educativa donde se tratará aspectos relacionados a la AQV como: características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, fallas (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgo de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control. Se requiere de firma del **consentimiento informado**.

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

En el ítem: Lab anote 1, 2, según corresponda el número de la consejería.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
	66682502	10	Junín	37	M	PC	PESO			Consejería en AQV	P	D	R	1			Z3002
	66682502	58	Junín	37	M	Pab.	TALLA		C	C	P	D	R				
					D	Ppreg.	Hb		R	R	P	D	R				

## PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

## A. USUARIAS NUEVAS

**Definición Operacional:** Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un determinado método anticonceptivo. Una usuaria puede ser nueva, tantas veces como métodos existan.

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

- **PROVISIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo
- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente
- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
  - En el 2º casillero la Consejería en Planificación Familiar
  - En el 3º casillero el método elegido
  - En el 4º casillero Riesgo reproductivo

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

**Las usuarias NUEVAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"**

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la consejería 1 o 2 según corresponda
- En el 3º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO ORAL COMBINADO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.04
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
						A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
						D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## MÉTODO INYECTABLE TRIMESTRAL

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.04
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
						A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
						D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## MÉTODO INYECTABLE MENSUAL

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.04
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Administración y uso de método inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
						A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
						D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO PRESERVATIVO MASCULINO

DÍA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junin	21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	67033136	58	Junin		M		Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Administración y uso de método preservativos masculinos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99208.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14
					M		Pab.	TALLA	C	C		P	D	R			
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R			

## MÉTODO PRESERVATIVO FEMENINO

DÍA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junin	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	67033136	58	Junin		M		Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Administración y uso de método preservativos femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10		99208.06
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14
					M		Pab.	TALLA	C	C		P	D	R			
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R			

## B. USUARIAS CONTINUADORAS

**Definición Operacional:** Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero el método elegido

En el ítem: Tipo de diagnóstico del MAC marque SIEMPRE "R"

**Las usuarias CONTINUADORAS siempre se registran con tipo de diagnóstico "R"**

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO ORAL COMBINADO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	4			99208.13
						D	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
						A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM				99208.14
						M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
						D	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

## MÉTODO INYECTABLE TRIMESTRAL

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Administración y uso del método Inyectable Trimestral	P	D	R	1			99208.05
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

## MÉTODO INYECTABLE MENSUAL

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Administración y uso del método Inyectable Mensual	P	D	R	1			99208.04
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

## MÉTODO PRESERVATIVO MASCULINO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136		10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Administración y uso de método condón masculino	P	D	R	30			99208.02
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO PRESERVATIVO FEMENINO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACION AL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°		2°	3°						
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											P	D	R	1°	2°	3°									
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																										
	67033136		10	Junín	24	M	PC		PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99208					
	67033136		58	Junín		M	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Administración y uso de método condón femenino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		30			99208.06				
						D	Ppreg.		Hb		R	R		Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		RSM			99208.14				

## MÉTODO DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

## PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Inserción de DIU

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de consejería
- En el 3º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

## DIU DE COBRE

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACION AL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°		2°	3°						
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											P	D	R	1°	2°	3°									
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																										
	67033136		10	Junín	27	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99208					
	67033136		58	Junín		M	Pab.		TALLA		C	C		Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1			99402.04				
						D	Ppreg.		Hb		R	R		Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1			58300				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																										
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																										
					16	A	PC		PESO		N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		RSM				99208.14				
						M	Pab.		TALLA		C	C			P	D	R									
						D	Ppreg.		Hb		R	R			P	D	R									

## DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACION AL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°		2°	3°						
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											P	D	R	1°	2°	3°									
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																										
	66682502		10	Junín	16	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99208					
	66682502		58	Junín		M	Pab.		TALLA		C	C		Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		1			99402.04				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

				D		Ppreg.		Hb		R	R	Inserción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		58300.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /											
				A	M	PC		PESO		N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14
				M	F	Pab.		TALLA		C	C		P	D	R			
				D	F	Ppreg.		Hb		R	R		P	D	R			

## PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA

**Definición Operacional:** Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

## CONTROLES DEL DIU

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero Control de DIU

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero **DEJE EN BLANCO**

## DIU DE COBRE

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACION AL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /														
	67033136		10	Junín	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208	
	67033136		58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Control de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			58300
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14

## DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACION AL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /														
	67033136		10	Junín	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208	
	67033136		58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Control de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			58300.01
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## REINSERCIÓN DEL DIU

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

## REINSERCIÓN DE DIU DE COBRE

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO			Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208		
	67033136	58	Junín	30	M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1		99402.04		
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Reinserción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	R	1				58300	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM		99208.14		
					M	F	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R					

## REINSERCIÓN DEL DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R			99208		
	67033136	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1		99402.04		
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Inserción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno	P	D	R	1			58300.01		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM		99208.14		
					M	F	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R					

## REMOCIÓN DEL DIU

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero Remoción de DIU

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número DEJE EN BLANCO

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## REMOCIÓN DEL DIU DE COBRE

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	R				58301
						D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
						D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## REMOCIÓN DEL DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Remoción de dispositivo Intrauterino liberador de progestágeno	P	D	R				58301.01
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

## Si se realiza Remoción y Reinscripción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 3º casillero de la reinscripción de DIU marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

## MÉTODO DIU DE COBRE

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	R				58301
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Reinscripción de dispositivo intrauterino (DIU)	P	D	R	1			58300
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
						D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Remoción de dispositivo intrauterino liberador de progestágeno	P	D	R				58301.01
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Reinserción de dispositivo intrauterino liberador de progestágeno	P	D	R	1			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## PRESCRIPCIÓN DEL IMPLANTE EN LA USUARIA NUEVA

**Definición Operacional:** Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo. En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente

- En el 2º casillero Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Inserción de Implante

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de consejería
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Inserción de Implante	P	D	R	1			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CONTROL DEL IMPLANTE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

- En el 2º casillero el número **DEJE EN BLANCO**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136		10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P		R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Control de Implante	P	D	R				11975
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

## REINSERCIÓN DEL IMPLANTE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136		10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P		R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Reinserción de Implante	P	D	R	1			11975
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P		R	RSM			99208.14
						M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
						D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## REMOCIÓN DEL IMPLANTE

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136		10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P		R				99208
	67033136		58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Remoción de Implante	P	D	R				11976
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14

## Si se realiza Remoción y Reinserción en la misma atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico

En el 3º casillero de la reinsertión de Implante marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero **DEJE EN BLANCO**
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junín	27	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Remoción de Implante	P	D	R				11976
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Reinserción de Implante	P	D	R	1			11975
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM			99208.14
					M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Es importante no confundir la consejería en Lactancia Materna antes del alta de la paciente post parto; con el uso como método anticonceptivo natural.

En el puerperio Inmediato solo se registra como consejería en PF y consejería en lactancia materna

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

- En el 2º casillero Consejería en Planificación Familiar

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la consejería en PF "1"

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	D	R	1			59430
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería en la importancia de la Lactancia Materna	P	D	R	5			99401.02

Para ser considerado y registrado como método anticonceptivo natural de establecen las siguientes precisiones:

**Método de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA) se debe registrar a la usuaria NUEVA solo luego de la confirmación de su uso que es entre los 30 y 42 días post parto o en el 2º Control de la puérpera**

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la consejería el número correspondiente
- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA, el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA	C	C	Atención postparto Control de puérpera	P	D	R	2			59430

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

				D		Ppreg.		Hb		R	R	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99402.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /													
					A	M	PC	PESO		N	N	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99208.07	
					M	F	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
					D		Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 06 meses cuando culmina verificando que cumplió con los criterios de lactancia materna exclusiva y amenorrea.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En ambos casos marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de lactancia materna y amenorrea MELA el número de la consulta 2.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /													
	67033136	10	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208	
	67033136	58	Junín	25	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.07	
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

En el caso que se hagan consultas intermedias antes de los 6 meses.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casillero marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab "DEJE EN BLANCO"

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /													
	67033136	10	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208	
	67033136	58	Junín	25	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en el método de lactancia materna y amenorrea MELA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99208.07	
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## MÉTODO DE ABSTINENCIA PERIODICA: RITMO, BILLINGS Y DÍAS FIJOS / COLLAR

## Usuaris Nuevas

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

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de la consejería el número correspondiente 1, 2
- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 1.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208		
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04		
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg.	Hb		R	R	Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99208.08	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14		
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208		
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04		
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg.	Hb		R	R	Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99208.09	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14		
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R					
					D	F	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

## Usuaris Continuatoras

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el casiller marque SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del método de la abstinencia el número de la consulta 2, 3...

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208	
	67033136	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en el método de abstinencia periódica Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			99208.08	
				25	D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14	

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208	
	67033136	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en el método de abstinencia periódica Billings	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	3			99208.09	
				25	D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14	

## MÉTODOS DEFINITIVOS: ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Esta actividad se recoge de los libros de sala de operaciones y se registra en el HIS por no tener otro registro además de la historia clínica que permita recogerla de manera sistematizada.

**Este procedimiento sólo registra a nivel hospitalario.**

**Bloqueo Tubárico Bilateral - Ligadura de Trompas en Intervalo:**

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

- En el 2º casillero Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal o bilateral

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	39	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208	
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				58600	
				39	D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA			99208.14	

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## Vasectomía

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

- En el 2º casillero Vasectomía bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	47138187	10	Junín	40	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	47138187	58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.		TALLA		C	C	Vasectomía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			58250
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

## EN LOS CONTROLES POST OPERATORIOS

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de control post operatorio

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín	39	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	67033136	58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		58250
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA	

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	47138187	10	Junín	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	47138187	58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vasectomía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		58250
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA	



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CONTROLES AQV EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control post operatorio según corresponda
- En el 2º casillero el número de visita domiciliaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio.	P	D	R	1			58600		
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	C	C	Visita familiar para Cuidados esenciales	P	D	R	1			C0011.02		
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R						

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	47138187	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Vasectomía	P	D	R	1			55250		
	47138187	58	Junín	40	M	Pab.	TALLA	C	C	Visita familiar para Cuidados esenciales	P	D	R	1			C0011.02		
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	P	D	R						

## METODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTETRICO

## Cuando se realiza la ligadura de trompas durante la cesárea

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

En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva

- En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea

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

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208		
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	C	C	Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea	P	D	R				58611		
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			99208.14		

## Cuando se realiza la ligadura de trompas durante la misma hospitalización

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización

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

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	C	C	Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización	P	D	R				58605
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			99208.14

### Cuando se prescribe el MÉTODO ANTICONCEPTIVO TEMPORAL después de la cesárea

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

- En el 1° casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2° casillero la Consejería en Planificación Familiar
- En el 3° casillero Cesárea, incluyendo atención postparto (**59515**)
- En el 4° casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Cesárea, incluyendo atención postparto marque “R”
- En los demás casilleros marque “D” si es nueva al método y “R” si es continuadora (cuando antes del embarazo uso alguna vez el método anticonceptivo).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Cesárea, incluyendo atención postparto	P	D	R				59515
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Administración y uso de método inyectable Trimestral	P	D	R	1		99208.05
					M	F	Pab.	TALLA	C	C	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR		99208.14
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R			

### Cuando se realiza Post aborto

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

- En el 1° casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2° casillero la Consejería en Planificación Familiar
- En el 3° casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente (**59812**)
- En el 4° casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente “R”
- En los demás casilleros marque “D” si es nueva al método y “R” si es continuadora (cuando antes del embarazo uso alguna vez el método anticonceptivo).

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	39	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	M	PC	PESO	N	N	Inserción de DIU	P	D	R	1			58300
					M	Pab.	TALLA		C	C	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			99208.14
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## Cuando se realiza después del Parto Vaginal antes del alta.

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto **(59410)**
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto **"R"**
- En los demás casilleros marque **"D"** si es nueva al método y **"R"** si es continuadora (cuando antes del embarazo uso alguna vez el método anticonceptivo).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	67033136	10	Junín	39	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	67033136	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	M	PC	PESO	N	N	Inserción de Implante	P	D	R	1			11975
					M	Pab.	TALLA		C	C	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			99208.14
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL CONTROL PUERPERAL (Después del alta de la paciente)

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

- En el 1º casillero Atención en Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva
- En el 2º casillero la Consejería en Planificación Familiar
- En el 3º casillero atención del post parto control de puerpera (**59430**)
- En el 4º casillero el método elegido por la usuaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el casillero Atención del post parto control de puerpera (**59430**) se registra como “D” y en el primer casillero LAB colocar si es el 1º o 2º control.
- En los demás casilleros marque “D” si es nueva al método y “R” si es continuadora (cuando antes del embarazo usó alguna vez el método anticonceptivo).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
	67033136	10	Junín		M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	67033136	58	Junín	39	M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Atención del post parto control de puerpera	P	D	R	1			59430
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
					A	M	PC	PESO	N	N	Inserción de Implante	P	D	R	1		11975
					M	Pab.	TALLA	C	C	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR			99208.14
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

### Detección de Cáncer de Cuello Uterino y examen clínico de mamas:

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

- En los primeros casilleros anote las actividades como Atención en planificación Familiar y SSR, consejería en PF, la prescripción del método anticonceptivo, tamizaje de violencia, etc.
- En los siguientes casilleros libre: La Toma de PAP o Inspección Visual con Ácido Acético o Detección Molecular según corresponda; examen clínico de mamas y la consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades.

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de Atención en Planificación Familiar y SSR anote “PC” si la usuaria fue captada
- En el casillero de la Toma de PAP deje en blanco
- En el casillero del examen de mamas anote:
  - “N” si es normal
  - “A” si es anormal
- En el casillero de la consejería el número de sesión 1, 2... según corresponda

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## Toma de PAP

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R	PC			99208
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
				16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Administración y uso del método inyectable trimestral subcutáneo	P	D	R	1			99208.16
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Tamizaje de violencia	P	D	R			96150.01
					M	F	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en riesgos de salud mental	P	D	R			99402.09
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Toma de PAP	P	D	R			88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Examen clínico de mamas	P	D	R	N		99386.03
					M	F	Pab.	TALLA	C	C	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1		99402.08
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSR		99208.14

## TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DETECCIÓN MOLECULAR DEL VPH (DM VPH)

En el ítem: Valor Lab:

En el primer casillero Lab del procedimiento de **Detección Molecular de VPH** registre:

- “1” cuando el profesional recolecta la muestra.
- “2” cuando la usuaria recolectó su muestra (auto toma).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	C	C	Detección molecular de VPH	P	D	R	2			87621
				16	D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

### Cuando se tienen los resultados de detección de Cáncer de Cuello Uterino normal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de PAP
- En el 3º casillero consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado del resultado la letra “N” de normal.

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	C	C	Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	D	R	N			88141
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	2			99402.08

### Cuando se tienen los resultados de detección de Cáncer de Cuello Uterino anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero la evaluación y entrega de resultado
- En el 3º casillero consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del resultado anote "A" de anormal.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	C	C	Entrega de resultados de PAP	P	D	R	A			88141	
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	2			99402.08	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	M	PC	PESO	N	N	Displasia cervical leve	P	D	R	1			N870
					M	F	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

### Cuando el examen clínico de mama es anormal

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero Atención en planificación Familiar y SSR
- En el 2º casillero examen clínico de mama
- En el 3º el resultado del examen clínico

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del examen clínico anote "A" de Anormal

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	C	C	Examen clínico de mama	P	D	R	A			99386.03
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH o TBC**

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA Z21X1 o TBC con el código CIE10 que corresponda.
- En los otros casilleros atención de planificación familiar y SSR, el método anticonceptivo prescrito, la toma de PAP, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el 1er casillero marque siempre "R"

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /														
	66682502	10	Junín	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Infeción de VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	66682502	58	Junín		M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg.		Hb			R	R	Administración y uso del método oral combinado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	4		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /														
					A	M	PC		PESO		N	N	Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				88141
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab.		TALLA		C	C	Examen clínico de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			99386.03
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R	Riesgo reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA			99208.14

**El diagnóstico preexistente de Infección por VIH debe registrarse con tipo de diagnóstico "R", de lo contrario se estarían duplicando los casos ya existentes.**

**La entrega de preservativos con fines de prevención de VIH, no debe ser considerado como método anticonceptivo, tampoco registrados en HIS.**

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CAPTACIÓN DE LA USUARIA

**Definición Operacional:** Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra-murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

**Registre:**

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

- En el 1º casillero Usuaría Captada
- En el 2º casillero la Consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico en el casillero del método anticonceptivo marque siempre “D” si la usuaria es nueva ó “R” si es continuadora en el método

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo anote el número de insumos entregados a la usuaria

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R	PC		99208	
	66682502				M	Pab.	TALLA	C	C	Consejería en PF	P	D	R	1		99402.04	
		58	Junín		D	Ppreg.	Hb	R	R	Administración y uso del método oral combinado	P	D	R	1		99208.13	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	PC	PESO	N	N	Toma de PAP	P	D	R			88141	
					M	Pab.	TALLA	C	C	Examen clínico de mamas	P	D	R	N		99386.03	
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1		99402.08	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	D	R	RSM		99208.14	
					M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				

**Usuaría Captada es aquella que una vez intervenida, asiste a la IPRESS y OPTA POR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, no consideramos usuaria captada si no opta por un método anticonceptivo.**

**Los registros que sólo señalen “usuaria captada” y no describan el método anticonceptivo elegido por la usuaria NO SERÁN INGRESADOS EN EL HISMINSA.**

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## EFECTOS ESPERADOS/ SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo	Código	Efectos Secundarios/Complicaciones
<b>1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)</b>	N912 R11X R51X	<b>Efectos Colaterales:</b> a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
<b>2. Anticonceptivos Hormonales Combinados de Depósito: Inyectable Combinado</b>	N912 R11X R51X	<b>Efectos Secundarios:</b> a. Amenorrea b. Náuseas, vómitos c. Cefalea persistente
<b>3. Inyectables solo de Progestina:</b>	N912 N914 N939 R58X R51X	<b>Efectos Secundarios:</b> a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
<b>4. Implantes solo de Progestina</b>	N912 N914 N939 R58X R51X	<b>Efectos Secundarios:</b> a. Amenorrea b. Sangrado infrecuente c. Sangrado frecuente d. Sangrado prolongado e. Cefalea persistente
<b>5. Dispositivo Intrauterino (DIU)</b>	N912 N943 T8331 N914 T8332 R58X T8333 T8334 T8335 T8336	<b>Efectos Secundarios/Complicaciones:</b> a. Amenorrea b. Dismenorrea c. Expulsión de DIU d. Sangrado infrecuente e. Sangrado frecuente asociado a DIU f. Sangrado prolongado g. DIU en Cavidad Abdominal h. DIU Extraviado i. Perforación Uterina j. Dolor Pélvico
<b>6. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina</b>	C678 R58X R102 N837 T81.4 T814	<b>Complicaciones:</b> a. Lesiones de la Vejiga o del Intestino b. Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo) c. Dolor de la incisión d. Hematoma subcutáneo e. Infección de Herida operatoria f. Fiebre postoperatoria
<b>7. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculino</b>	R60.0 R233 N50.1 T814 N492	<b>Complicaciones:</b> a. Inflamación severa b. Equimosis c. Hematoma d. Infección de la herida operatoria e. Granuloma a nivel de la herida

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

- En el 2º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 3º casillero el efecto secundario del método en uso de acuerdo a la especificación que se muestra en el cuadro anterior.

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

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502		58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N912
					16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Efecto secundario Inyectable Trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4252

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502		58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N912
					16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Efectos secundario oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4241

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502		58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N912
					16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Efecto secundario Inyectable Mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4251

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502		58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N912
					16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Efectos secundarios del Implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Y4253

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502		10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502		58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangrado anormal asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				T8332
					16	D	Ppreg.	Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## COMPLICACIONES DIU

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°		3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	D	E	Complicaciones DIU con perforación uterina	P	D	R				T8335	
				16	D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R					

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°		3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	D	E	Dolor pélvico asociado a DIU	P	D	R	P			T8336	
				16	D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R					

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°		3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	16	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab.	TALLA	D	E	Amenorrea sin otra especificación	P	D	R				N912	
				16	D	Ppreg.	Hb	R	R	Complicaciones del DIU	P	D	R	P			T833	

Para complicaciones asociadas a DIU Liberador de Progestágeno, deberá agregar la sigla “P” en el registro de la complicación del DIU.

Además, cuando se traten de complicaciones que no estén confirmadas deberán ser registradas con tipo de diagnóstico Presuntivo “P”

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal
- En el resto de casilleros, anotar todos los procedimientos y diagnósticos que aplican para una Gestante nueva o atendida.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero Lab1 de la Atención Prenatal anote "1" de la primera atención, en Lab2 la semana de gestación.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Falla de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z33X21
	66682502	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención Pre Natal 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	10		Z3591
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				81025

**Falla de Método DIU**

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal
- En el resto de casilleros, anotar todos los procedimientos y diagnósticos que aplican para una Gestante nueva o atendida.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero Lab1 de la Atención Prenatal anote "1" de la primera atención, en Lab 2 la semana de gestación.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Falla de método DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z33X1
	66682502	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención Pre Natal 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	10		Z3591
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				81025

**Falla de Método DIU Liberador de Progestágeno**

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal
- En el resto de casilleros, anotar todos los procedimientos y diagnósticos que aplican para una Gestante nueva o atendida.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero Lab1 de la Falla de Método anote "P" de Progestágeno
- En el 1º casillero Lab1 de la Atención Prenatal anote "1" de la primera atención, en Lab2 la semana de gestación.



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDECENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°		
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																					
	66682502	10	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Falla de método DIU liberador de progestágeno	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P			Z33X1	
	66682502	58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención Pre Natal 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	10			Z3591
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg.		Hb		R	R			Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ENTREVISTA DE TAMIZAJE

**Definición Operacional:** Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas de violencia y/o trastornos de Salud Mental en la población.

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

- En el 4º casillero la Entrevista de Tamizaje de violencia

## Cuando el Tamizaje es Negativo

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	66682502	10	Junín	24	M	PC	PESO			Atención en planificación Familiar y SSR	P		R				99208		
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	Consejería en PF	P		R				99402.04		
					D	Ppreg.	Hb		R	Administración y uso de método oral combinado	P		R	1			99208.13		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	PC	PESO		N	Tamizaje de Violencia	P		R				96150.01		
					M	Pab.	TALLA		C	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P		R				99402.09		
					D	Ppreg.	Hb		R		P		R						

## Cuando el Tamizaje es Positivo

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
	66682502	10	Junín	24	M	PC	PESO			Atención en planificación Familiar y SSR	P		R				99208		
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA		C	Consejería en PF	P		R				99402.04		
					D	Ppreg.	Hb		R	Administración y uso de método oral combinado	P		R	1			99208.13		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	PC	PESO		N	Tamizaje de Violencia	P		R				96150.01		
					M	Pab.	TALLA		C	Problemas relacionados con la violencia	P		R				R456		
					D	Ppreg.	Hb		R	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P		R				99402.09		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	PC	PESO		N	Riesgo Reproductivo	P		R	RSM			99208.14		
					M	Pab.	TALLA		C		P		R						
					D	Ppreg.	Hb		R		P		R						

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA/PROGESTÁGENO

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

- En el 2º casillero la Consejería para Anticoncepción de Emergencia
- En el 3º casillero Anticoncepción de Emergencia/Progestágeno

En el ítem Lab:

- En el 2º casillero el número de Consejería para AE
- En el 3º casillero el número de **BLISTER ENTREGADOS** a la/el usuaria/o

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502	58	Junín	24	M	Pab.	TALLA	C	E	Consejería para AE	P	D	R	1			99402.07
				24	D	Ppreg.	Hb	R	R	Anticonceptivo de Emergencia / Progestágeno	P	D	R	1			99208.12

Si el caso lo requiera se podrá prescribir el método YUZPE, con tipo de diagnóstico "D", en LAB correspondiente 8 tabletas con el siguiente código: 99208.11

## TAMIZAJE PARA VIH EN MEF USUARIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 4º casillero Consejería Pre test para VIH
- En el 5º casillero **Detección de VIH – Prueba Rápida**
- En el 3º casillero la consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
  - **NO REACTIVO 99401.34**
  - **REACTIVO 99403.03**

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	D	R				99208
	66682502	58	Junín	24	M	Pab.	TALLA	C	E	Consejería en PF	P	D	R	1			99402.04
				24	D	Ppreg.	Hb	R	R	Administración y uso de método oral combinado	P	D	R	1			99208.13
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R			99401.33
					M	F	Pab.	TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN		86703.01
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R			99401.34

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero consejería Pre Test

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99208	
	66682502	58	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R					

## CUANDO SE OBTIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

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

- En el 3º casillero la /consejería Post test de acuerdo al resultado

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
	66682502	10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	Atención en planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99208	
	66682502	58	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	Detección de VIH por ELISA	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN			87389	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34	

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## REGISTRO DE PAREJAS Y PERSONAS PROTEGIDAS

1. **PAREJA PROTEGIDA EN EL AÑO:** número de parejas protegidas que usa un método anticonceptivo, durante un año, se calcula, para cada método, dividiendo el número de insumos entregados entre el factor de conversión. El reporte lo sacara automáticamente.
2. **PERSONA PROTEGIDA CON MÉTODOS MODERNOS:** Son aquellas personas que usan de manera continua durante los últimos 12 meses un método anticonceptivo moderno, se incluyen aquellas que vienen usando de años anteriores un método de larga duración como son: DIU, Implantes, Ligadura de trompas y Vasectomía y vienen a su control de salud sexual y reproductiva.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** anote la sigla “**TA**”

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	ETNIA	1º								2º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	26	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99208
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración y uso de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99208.13
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	ETNIA	1º								2º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	30	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99208
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración y uso de método condón masculino	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30			99208.02
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		

Consideraciones para el registro del **TA**. Ejemplos:

- Usuaria/o nueva/o que inicia un método de corta duración (Inyectable trimestral, Inyectable mensual, píldoras combinadas y condones) cumplido el año de uso, en la última atención se colocará el TA.
- Usuarías/os continuadoras al método de hace 2 o más años usando un método anticonceptivo moderno de corta duración en el siguiente año serán reingresantes al EESS, debiendo cumplir con los 12 meses de protección y en su última atención se registrará el TA.
- Si se presentan usuarias con cambio de método se considera registro de TA, si el proveedor verifica que ha estado protegida por cualquier método moderno durante 12 meses, con las consideraciones anteriores.
- Para el DIU e implante completan el TA si vienen usando mínimamente hace un año y continúan con su uso el presente año; las nuevas, una vez que se ha insertado colocar igualmente el TA.
- Para las AQV, ligadura y vasectomía se considera el TA realizado el presente año, solo registran los hospitales. Y las que viene por controles de salud sexual y reproductiva colocaran TA a las que se intervinieron de 1 año a más.

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

## VISITA DOMICILIARIA

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

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Lab anote:

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

**Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral**

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Asistencia para anticoncepción no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z309
	66682502	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C0011
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.04
	66682502	58	Junín	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C0011
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM			99208.14

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Satipo	25	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99208
	66682502	05	Satipo	25	M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración y uso de método preservativos masculinos	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30			99208.02
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C0011
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSM		99208.14
					M	Pab.	TALLA	C	C		P	D	R				
					D	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R				



## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PARA CAMPAÑAS EXTRAMURALES CON ENTREGA DE MÉTODO, SE DEBERÁ REGISTRAR DE LA MISMA FORMA QUE UNA PRESTACIÓN INTRAMURAL

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Atención en Planificación Familiar y SSR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99208
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración y uso de método preservativos masculinos	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	30			99208.02
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Riesgo Reproductivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSR			99208.14

## Consideraciones:

- Las visitas de seguimiento serán programadas por el personal de salud, no existe restricciones en el ingreso para el número de visitas por paciente.
- Las visitas de seguimiento de pacientes al ser programadas deben contar con los datos del paciente en seguimiento por lo que NO DEBE OMITIRSE HC, DNI, Procedencia, etc.
- Las visitas de seguimiento de pacientes SIEMPRE deben tener el MOTIVO de la visita, EVITAR registrar sólo “Visita Familiar Integral”.

## PRESTACIONES A TRAVÉS DE TELEMEDICINA

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99402.04
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teleorientación sincrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08
					D	Ppreg.	Hb	R	R			P	D	R			

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
	66682502	10	Junín	40	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2		99208.08
	66682502	58	Junín		M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10
					D	Ppreg.	Hb	R	R			P	D	R			

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

**Definición Operacional:** Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido dos (02) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo (una dosis de 1 mg de ácido fólico al día), tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote las actividades como la Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, suplementación con ácido fólico, Toma de PAP, Tamizaje de VIH, Sífilis, etc.

En el ítem: **Lab** correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, según corresponda.

- En el casillero del Examen de mama
  - **N** si es Normal
  - **A** si es Anormal
- En el casillero de la consejería nutricional dejar en blanco
- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional "IMC" para indicar que la evaluación es el resultado del índice de mas corporal
- En el casillero de las **pruebas rápidas INDIVIDUALES**: Detección de VIH – Prueba Rápida y Detección de Sífilis – Prueba Rápida, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
  - **RP** si el resultado es reactivo
  - **RN** si el resultado es no reactivo

En el ítem: **código CIE/CPT**, anote claramente:

- En el casillero de la atención preconcepcional 1º Supervisión de embarazo
  - Atención preconcepcional (18 a 39 años) **99385.02**
  - Atención preconcepcional (De 40 años a más) **99386.02**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:											(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /						
	66682502		10	Junín	24	M	PC	PESO	N	N	Atención Preconcepcional	P	R		1			99385.02
	66682502		58	Junín	24	M	Pab.	TALLA	R	R	Sobrepeso	P	R					E6690
					24	D	Ppreg.	Hb	R	R	Examen clínico de mamas	P	R					99386.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO	N	N	Suplementación de ácido fólico	P	R		1			99199.18
						M	Pab.	TALLA	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	R					99403.01
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Tamizaje de Violencia	P	R					96150.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
						A	PC	PESO	N	N	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	R					99402.09
						M	Pab.	TALLA	R	R	Consejería Pre Test para VIH	P	R					99401.33
						D	Ppreg.	Hb	R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	R					86703.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

					A	M	PC		PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.34
					M	F	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86780.01
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		87342
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / /				Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /											
					A	M	PC		PESO		N	N	Consejería en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05
					M	F	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

## REGISTRO PARA PROCEDIMIENTO REALIZADO A TRAVÉS DE PRUEBA RÁPIDA DUAL

En el casillero de la prueba rápida **DUAL**: Deberá anotar “**Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual)**”, en el casillero **Lab1** el resultado para **VIH**, y en el **Lab2** el resultado para **Sífilis**, con la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo de la prueba dual:

- **RP** si el resultado es reactivo
- **RN** si el resultado es no reactivo

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / /				Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /												
	66682502		10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Atención Preconcepcional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99385.02
	66682502		58	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC		E6690
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg.		Hb		R	R	Examen clínico de mamas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N		99386.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / /				Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /												
					A	M	PC		PESO		N	N	Suplementación de ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.18	
					M	F	Pab.		TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01	
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R	Tamizaje de Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			96150.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / /				Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /												
					A	M	PC		PESO		N	N	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.09	
					M	F	Pab.		TALLA		C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.33	
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R	<b>Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual)</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	RN	86318.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / /				Fecha Último Resultado de Hb: / /				Fecha de Última Regla: / /												
					A	M	PC		PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.34	
					M	F	Pab.		TALLA		C	C	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		87342	
					D	F	Ppreg.		Hb		R	R	Consejería en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05	

En la siguiente Atención preconcepcional, anote:

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros anote los procedimientos como: la suplementación con ácido fólico, consejería en salud sexual y reproductiva, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional, según corresponda
- En el 2º casillero Suplementación de ácido fólico, el número que corresponda a la entrega de los comprimidos

## ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDECENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / /						Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /								
	66682502	10	Junín	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Atención Preconcepcional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99385.02
	66682502					M	Pab.	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Suplementación de ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.18
		58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.03

Se registrarán las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva cuando se desarrollen otros temas, como, por ejemplo: sexualidad, desarrollo sexual, menopausia entre otros, las cuales no correspondan específicamente al tema de Planificación Familiar con tipo de diagnóstico "D".

**ANEXO**

**Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de la  
Violencia Sexual y la Violencia Basada en Género**

## Actividades y/o procedimientos más frecuentes

A continuación, se lista, para referencia rápida, los diagnósticos y actividades más frecuentes citadas en el presente documento:

Síndromes de abuso y problemas relacionados a la violencia		Actividades para la atención integral de la violencia (abuso T74.2) sexual	
Código	Diagnóstico/Actividad	Código	Diagnóstico/Actividad
R456	Problemas relacionados con la violencia	84703	Gonadotropina Coriónica (HCG)
T741	Abuso físico	86318.01	Detección de VIH y Sífilis
T742	Abuso sexual	87342	Detección Hepatitis B
Y058	Agresión sexual con Fuerza Corporal, en otro lugar especificado	99208.12	Anticonceptivo de emergencia/Progestágeno
Y070	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	99901	Obtención de muestra con fines medicolegales
Y071	Otros síndromes de maltrato por padre o madre	99401.34	Consejería post-test para VIH No Reactivo
Y072	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo	99402.07	Consejería/Orientación para AE
99208	Atención en planificación familiar y salud sexual y reproductiva	Z206	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
96150.01	Tamizaje de violencia a mujeres		

### Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades

Para el caso de la información de: día, identificación de la historia clínica, identificación personal, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento de atención y servicio; ésta se registra de acuerdo a los lineamientos generales para el llenado del HIS.

Para el caso de tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar:

**P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico. Su carácter es provisional.

**D: (Diagnóstico Definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por historia, o evaluación clínica, o exámenes auxiliares. Debe ser registrado una sola vez por evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de condiciones agudas y solo una vez para el caso de condiciones crónicas) por persona atendida.

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

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

Asimismo, es MUY IMPORTANTE registrar el código que corresponda al tipo de etnia a la que corresponda la usuaria, según la siguiente codificación:

CODETNI	DESETNI	CODETNI	DESETNI
1	ACHUAR	31	MATSÉS
2	AIMARA	32	MATSIGENKA
3	AMAHUACA	33	MUNICHE
4	ARABELA	34	MURUI-MUINANI
5	ASHANINKA	35	NAHUA
6	ASHENINKA	36	NANTI
7	AWAJÚN	37	NOMATSIGENGA
8	BORA	38	OCAINA
9	CAPANAHUA	39	OMAGUA
10	CASHINAHUA	40	QUECHUAS
11	CHAMICURO	41	RESÍGARO

## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

12	CHAPRA	42	SECOYA
13	CHITONAHUA	43	SHARANAHUA
14	ESE EJA	44	SHAWI
15	HARAKBUT	45	SHIPIBO-KONIBO
16	IKITU	46	SHIWILU
17	IÑAPARI	47	TIKUNA
18	ISCONAHUA	48	URARINA
19	JAQARU	49	URO
20	JÍBARO	50	VACACOCHA
21	KAKATAIBO	51	WAMPIS
22	KAKINTE	52	YAGUA
23	KANDOZI	53	YAMINAHUA
24	KICHWA	54	YANESHA
25	KUKAMA KUKAMIRIA	55	YINE
26	MADIJA	56	AFROPERUANO
27	MAIJUNA	57	BLANCO
28	MARINAHUA	58	MESTIZO
29	MASHCO PIRO	59	ASIATICODESCENDIENTE
30	MASTANAHUA	60	OTRO

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y LAB presentan algunas particularidades que se desarrollaran en el documento.

El presente manual contempla los escenarios más frecuentes de captación y atención de la violencia basada en género, el lector podrá ubicar el escenario en el que se encuentre y aplicar la sección correspondiente.

### Definiciones

**Género.** Son las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre, así como al significado social y cultural que la sociedad atribuye a esas diferencias biológicas (Recomendación General N° 24 del Comité CEDAW – Política Nacional de Igualdad de Género – D.S.008-2019-MIMP).

**Violencia de género.** Cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación proveniente de la coexistencia de diversas identidades (raza, clase, identidad sexual, edad, pertenencia étnica, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado. Ocurre en un contexto de discriminación sistemática contra la mujer y contra aquellos que confrontan el sistema de género, sea al interior de las familias o fuera de ellas, al margen de su sexo, que no se refiere a casos aislados, esporádicos o episódicos de violencia (Política Nacional de Igualdad de Género– D.S.008-2019-MIMP).

**Violencia física.** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud de una persona. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación (Art. 8 de la Ley 30364). Para propósitos de registro es usado el término “abuso físico” incluido en el CIE-101. En este documento, el concepto de violencia física será citado como “violencia física (abuso físico T74.1, según CIE-10)” en adelante.

<sup>1</sup> La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Fuente: <https://icdcode.info/espanol/cie-10/codigos.html>



## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

**Violencia sexual:** Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación (Art. 8 de la Ley 30364).

**Abuso sexual:** Para propósito de la atención integral y el registro de las actividades se aplicará este término para los casos de violencia sexual que incluyan el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, que es realizado con violencia psicológica, grave amenaza o aprovechándose de un entorno de coacción o de cualquier otro entorno que impida a la víctima dar su libre consentimiento. ***Es decir, sin el uso de violencia física.***

**Agresión sexual con fuerza corporal:** Para propósito de la atención integral y el registro de las actividades se aplicará este término para los casos de violencia sexual que incluyan el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías ***que es realizado con violencia física.***

### 1. Definiciones de los casos de violencia basada en género

Para la correcta identificación de los casos, se usará siempre una definición de caso correspondiente al tipo de violencia ejercida:

Para el caso de violencia física, esta será registrada como “abuso físico” (código T741 según CIE-10).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Abuso físico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			T741
	2344				2	<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.	TALLA	C	C						
		<input checked="" type="checkbox"/>	D			Ppreg.	Hb	R	R								

Los casos de violencia sexual que han implicado el uso de la fuerza física, serán registrados como “agresión sexual con fuerza corporal” (código Y058 según CIE-10).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																	
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Agresión sexual con fuerza corporal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Y058
	2344				2	<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.	TALLA	C	C						
		<input checked="" type="checkbox"/>	D			Ppreg.	Hb	R	R								

Los casos de violencia sexual sin uso de la fuerza serán registrados como “abuso sexual” (código T742 según CIE-10) cuando este es realizado sin violencia física. Aquí se incluye casos donde la usuaria refiera haber estado inconsciente, o sometida a otro tipo de coacción como, entre otras, amenaza de riesgo físico, amenaza psicológica o económica. También se contemplan los casos de tocamiento indebidos donde la usuaria refiera que haya existido contacto genital.

## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																				
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Abuso sexual	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			T742		
	2344				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.		TALLA		C	C								
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg.		Hb		R	R								

Para la entrega de la atención integral no es necesario que la persona usuaria haya recibido atención médico legal o ginecológica o que se haya presentado alguna denuncia. Asimismo, la atención se garantiza tanto para los casos presuntivos como definitivos. La entrega debe ser inmediata.

*Todos los casos deben ser referidos al servicio de salud mental.*

Para otros casos de violencia sexual (por ejemplo, acoso sexual) estos son registrados como “Problemas relacionados con la violencia” (código R456) con el descriptor “VSX” en el campo “LAB 1”.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																				
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas relacionados con la violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX		R456		
	2344				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab.		TALLA		C	C								
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg.		Hb		R	R								

En las siguientes secciones se podrán encontrar escenarios específicos de atención para los casos descritos arriba, y el registro de los diagnósticos, condiciones y la entrega de atención integral y los kits de emergencia.

### 2. Registro de casos de violencia física

El personal de salud identifica casos de violencia basada en género con motivo de la atención o por indagación durante la atención de salud independientemente del motivo de consulta. Los casos identificados de violencia física (abuso físico T74.1, según CIE-10) son registrados con los diagnósticos listados a continuación.

Descripción	Código	Código LAB 1	Observación
Abuso físico	T741		
Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	Y070		Adicionar cuando la violencia es ejercida por pareja o ex-pareja
Otros síndromes de maltrato por padre o madre	Y071		Adicionar cuando la violencia es ejercida por padre o madre
Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo	Y072		Adicionar cuando la violencia es ejercida por conocido o amigo

### 3. Registro de casos de violencia sexual distintos a abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal

**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

1. El personal de salud identifica casos de violencia sexual que no implican *abuso sexual* o *agresión sexual* (por ejemplo, acoso sexual).
2. En estos casos, el personal que identifica el caso y hace la referencia anota en el ítem *Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud* anote “*Problemas relacionados con la violencia*” y en el ítem Código CIE/CPT anote “*R456*”. En el ítem *Tipo de Diagnóstico*, marque “*D*”.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
9	42387653	2	Rimac	20	M	PC	PESO			Atención en planificación familiar y SSR	P	D	R				99208	
	2344	2			M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería/orientación en planificación familiar	P	D	R				99402.04
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Problemas relacionados con la violencia	P	D	R				R456

El ejemplo muestra la identificación de un caso de violencia sexual distinto a abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal durante una consulta regular para la planificación familiar. A las actividades regulares se le adiciona la identificación de problemas relacionados con la violencia (R456).

#### 4.Registro de casos de abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal cuando la atención se da hasta las 72 horas de ocurrido el último episodio, con tratamiento y entrega completa de kit de emergencia

1. El personal de salud identifica casos de “*abuso sexual*” o “*agresión sexual con fuerza corporal*” porque este episodio es motivo de la atención, o por indagación durante la atención de salud independientemente de la causa. **En ambos casos**, las usuarias reciben la **misma** atención integral, incluyendo la derivación a los servicios de salud mental, y son registrados con uno de los diagnósticos listados a continuación, según corresponda:

Descripción	Código	Código LAB 1	Observación
Abuso sexual	T742	“1”	Se usa el código “1” para etiquetar los casos atendidos hasta las 72 horas de ocurrido el último evento. <b>No dejar en blanco.</b> En el campo “Tipo de Diagnóstico”, se marcará “P” como presuntivo.
Agresión Sexual con Fuerza Corporal, en Otro Lugar Especificado	Y058		

**RECORDAR:** Los casos de violencia sexual con uso de la fuerza física se registran como “*Agresión sexual con fuerza corporal*” (Y058), mientras que los casos de violencia sexual en los que no se hace uso de la fuerza física (inconciencia, amenaza o coacción) se registra como “*abuso sexual*” (T742).

En todos los casos, la entrega de la atención es inmediata, independientemente de si se trata de un diagnóstico presuntivo o definitivo, siendo suficiente el relato de la usuaria.

**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

Para la entrega de la atención integral no es necesario que la persona usuaria haya recibido atención médica legal o ginecológica o que se haya presentado alguna denuncia. La entrega debe ser inmediata.

Todos los casos deben ser referidos al servicio de salud mental.

2. De acuerdo con las normas vigentes, la atención integral para los casos de violencia sexual contempla las siguientes actividades:

**Lista de actividades para la atención integral de víctimas de violencia sexual hasta las 72 horas de ocurrido el evento**

Entrega de Anticonceptivo de emergencia/Progestágeno
Consejería/Orientación para AE
Gonadotropina Coriónica (HCG)
Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
Detección Hepatitis B
Detección de VIH y Sífilis
Consejería post-test para VIH
Entrega de profilaxis antibiótica para la prevención de ITS
Vacunación Anti hepatitis viral
Profilaxis antirretroviral post-exposición
Provisión de preservativos

De completar todas estas actividades en el contacto de **emergencia**, **no se registrará las actividades de manera individual**, sino que se usará la siguiente codificación:

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote en el siguiente casillero "Administración de tratamiento". En el ítem Código CIE/CPT anote "99199.11".
- En el ítem Tipo de Diagnóstico, marque "D".
- En el ítem "LAB 1" se registra: "TA" para indicar que se ha completado la entrega del tratamiento.

[Ejemplo 1: registro completo antes de las 72 horas, con violencia ejercida por esposo o pareja]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
9	42387653	2	Rimac	20	M	PC	PESO			Abuso Sexual	P	D	R	1			T742		
	2344	2			M	Pab.	TALLA		C	C	Administración de tratamiento	P	D	R	TA		99199.11		
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	P	D	R			Y070	

Adicionalmente, tanto para los casos registrados como abuso sexual (T742) como para los casos registrados como agresión sexual con fuerza corporal (Y058) se añadirán las siguientes condiciones cuando el episodio ha sido ejercido por algún miembro del grupo familiar o una persona cercana al entorno de la víctima:

Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	Y070	Adicionar cuando la violencia es ejercida por pareja o ex-pareja
Otros síndromes de maltrato por padre o madre	Y071	Adicionar cuando la violencia es ejercida por padre o madre

**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo	Y072	Adicionar cuando la violencia es ejercida por conocido o amigo
--------------------------------------------------	------	----------------------------------------------------------------

### 5. Registro de casos de abuso sexual o agresión sexual con fuerza corporal cuando la atención se da después de las 72 horas de ocurrido el último episodio, con tratamiento y entrega completa de kit de emergencia

- El personal de salud identifica casos de “*abuso sexual*” o “*agresión sexual con fuerza corporal*” porque este episodio es motivo de la atención, o por indagación durante la atención de salud independientemente de la causa. **En ambos casos**, las usuarias reciben la **misma** atención integral, incluyendo la derivación a los servicios de salud mental, y son registrados con uno de los diagnósticos listados a continuación, según corresponda:

Descripción	Código	Código LAB 1	Observación
Abuso sexual	T742	“2”	Se usa el código “2” para etiquetar los casos atendidos después de las 72 horas de ocurrido el último evento de violencia sexual. <u>No dejar en blanco.</u> En el campo “Tipo de Diagnóstico”, se marcará “P” como presuntivo.
Agresión Sexual con Fuerza Corporal, en Otro Lugar Especificado	Y058		

**RECORDAR:** Los casos de violencia sexual con uso de la fuerza física se registran como “Agresión sexual con fuerza corporal” (Y058), mientras que los casos de violencia sexual en los que no se hace uso de la fuerza física (inconciencia, amenaza o coacción) se registra como “abuso sexual” (T742).

En todos los casos, la entrega de la atención es inmediata, independientemente de si se trata de un diagnóstico presuntivo o definitivo, siendo suficiente el relato de la usuaria.

Para la entrega de la atención integral no es necesario que la persona usuaria haya recibido atención médico legal o ginecológica o que se haya presentado alguna denuncia. La entrega debe ser inmediata.

**Todos los casos deben ser referidos al servicio de salud mental.**

- De acuerdo con las normas vigentes, la atención integral para los casos de violencia sexual contempla las siguientes actividades:

Lista de actividades para la atención integral de víctimas de violencia sexual posterior a las 72 horas
• Gonadotropina Coriónica (HCG)
• Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
• Detección Hepatitis B
• Detección de VIH y Sífilis
• Consejería pre test y post-test para VIH
• Vacunación Anti hepatitis viral
• Entrega de profilaxis antibiótica para la prevención de ITS
• Provisión de preservativos

## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

De completar todas estas actividades en el contacto en consultorio, **no se registrará las actividades de manera individual**, sino que se usará la siguiente codificación:

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote en el siguiente casillero "Administración de tratamiento". En el ítem Código CIE/CPT anote "99199.11".
- En el ítem Tipo de Diagnóstico, marque "D".
- En el ítem "LAB 1" se registra: "TA" para indicar que se ha completado la entrega del tratamiento.

[Ejemplo 2: registro completo después de las 72 horas]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /												
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Agresión sexual con fuerza corporal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		Y058
	2344				M	Pab.	TALLA	C	C	Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.11		
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Y070		

Adicionalmente, se añadirán las siguientes condiciones cuando el episodio ha sido ejercido por algún miembro del grupo familiar o una persona cercana al entorno de la víctima:

Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	Y070	Adicionar cuando la violencia es ejercida por pareja o ex-pareja
Otros síndromes de maltrato por padre o madre	Y071	Adicionar cuando la violencia es ejercida por padre o madre
Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo	Y072	Adicionar cuando la violencia es ejercida por conocido o amigo

### 6. Registro de casos de abuso sexual (sin uso de fuerza física, y bajo coacción) o agresión sexual con fuerza corporal cuando se requiere referencia para completar la entrega de kit de emergencia

1. El personal de salud identifica casos de "abuso sexual" o "agresión sexual con fuerza corporal" porque este episodio es motivo de la atención, o por indagación durante la atención de salud independientemente de la causa. **En ambos casos**, las usuarias reciben la **misma** atención integral, incluyendo la derivación a los servicios de salud mental y son registrados con uno de los diagnósticos listados a continuación, según corresponda:

Descripción	Código	Código LAB 1	Observación
Abuso sexual	T742	"1" o "2"	Se usa el código "1" para etiquetar los casos atendidos hasta las 72 horas de ocurrido el último evento. Se usa el código "2" para etiquetar los casos atendidos después de las 72 horas de ocurrido el último evento. <b>No dejar en blanco.</b>
Agresión Sexual con Fuerza Corporal, en Otro Lugar Especificado	Y058		

**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

**RECORDAR:** Los casos de violencia sexual con uso de la fuerza física se registran como “Agresión sexual con fuerza corporal” (Y058), mientras que los casos de violencia sexual en los que no se hace uso de la fuerza física (inconciencia, amenaza o coacción) se registra como “abuso sexual” (T742).

En todos los casos, la entrega de la atención es inmediata, independientemente de si se trata de un diagnóstico presuntivo o definitivo, siendo suficiente el relato de la usuaria.

Para la entrega de la atención integral no es necesario que la persona usuaria haya recibido atención médico legal o ginecológica o que se haya presentado alguna denuncia. La entrega debe ser inmediata.

**Todos los casos deben ser referidos al servicio de salud mental.**

2. De acuerdo con las normas vigentes, la atención integral para los casos de violencia sexual contempla las siguientes actividades:

Actividad	Código	Observación
Gonadotropina Coriónica (HCG)	84703	
Consejería/Orientación para AE	99402.07	
Anticonceptivo de emergencia/Progestágeno	99208.12	
Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	99402.05	
Detección de VIH – prueba rápida	86703.01	Usar “Detección de VIH y Sífilis - prueba rápida dual” código 86318.01 cuando se trate de prueba rápida dual.
Detección de Sífilis – prueba rápida	86780.01	
Consejería post-test para VIH No Reactivo	99401.34	
Consejería post-test para VIH Reactivo	99403.03	
Administración de tratamiento	99199.11	Usar “VSX” en código LAB para indicar la aplicación de profilaxis antibiótica en casos de violencia sexual
Detección de Hepatitis B – prueba rápida	87342	
Vacunación anti-hepatitis viral	90746	
Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	2206	Usar “VSX” en código LAB
Provisión de preservativos masculinos	99208.02	

3. El registro de las pruebas rápidas se realiza de la siguiente manera:

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre “Detección de VIH – Prueba Rápida”, “Detección de Sífilis – Prueba Rápida” y “Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida”, según corresponda.
- En el ítem LAB 1 anote “RP” si el resultado es reactivo o “RN” si el resultado es negativo.

4. Para el caso de la prueba dual de VIH y Sífilis,

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre “Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual”.
- En el ítem LAB 1 anote el resultado para VIH “RP” si el resultado es reactivo o “RN” si el resultado es negativo.
- En el ítem LAB 2 anote el resultado para Sífilis “RP” si el resultado es reactivo o “RN” si el resultado es negativo.



**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

5. La entrega de la profilaxis post-exposición para VIH, se registra de la siguiente manera:

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre “Administración de tratamiento”. En el ítem “Código CIE/CPT” anote “99199.11”
- En el ítem LAB 1 anote “IA” para indicar el inicio de la profilaxis.
- En el ítem LAB 2 anote “TAR”.
- En el ítem LAB 3 anote “VSX”.

Asimismo, se registra la condición de contacto con fluidos potencialmente contaminados con VIH de la siguiente manera:

- En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre “Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”. En el ítem “Código CIE/CPT” anote “Z206”
- En el ítem LAB 1 anote “VSX”

6. Las actividades serán registradas de acuerdo con el nivel resolutivo establecido por la norma correspondiente.

Cuando la IPRESS que recibe a la persona usuaria no cuenta con la capacidad para completar las actividades de atención integral, se registra solo las actividades completadas y se consigna “RF” en el código LAB del último casillero, manteniendo los ítems Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, Código CIE/CPT y Tipo de Diagnóstico en blanco.

[Ejemplo 3: referencia de atención con referencia para recibir tratamiento anti retroviral]

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
9	42387653	2	Rimac		M	PC	PESO				Abuso Sexual	P	D	R	1			T742
	2344	2		20	M	Pab.	TALLA		C	C	Gonadotropina Coriónica (HCG)	P	D	R				84703
						D	Ppreg.	Hb		R	R	Consejería/Orientación para AE	P	D	R	VSX		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	PC	PESO		N	N	Anticoncepción de emergencia	P	D	R	VSX			99208.12
					M	Pab.	TALLA		C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hep B	P	D	R				99402.05
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Detección de VIH y sífilis – prueba rápida dual	P	D	R	RN	RN	VSX	86318.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	PC	PESO		N	N	Consejería post-test para VIH no reactivo	P	D	R				99401.34
					M	Pab.	TALLA		C	C	Detección de Hepatitis B – prueba rápida	P	D	R	RN	VSX		87342
					D	Ppreg.	Hb		R	R	Vacunación anti hepatitis viral	P	D	R				90746
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																		
					A	PC	PESO		N	N	Provisión de preservativos masculinos	P	D	R	RF			99208.02
					M	Pab.	TALLA		C	C		P	D	R				
					D	Ppreg.	Hb		R	R		P	D	R				

## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

7. Para el caso de IPRESS que reciben personas usuarias referidas para continuar con la atención integral, anote el diagnóstico de referencia (*“abuso sexual”* o *“agresión sexual con fuerza corporal”*, según corresponda) en el primer casillero del ítem *Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud*.

En el ítem *Tipo de Diagnóstico*, marque *“R”*.

A continuación, en los casilleros siguientes anote el registro de actividades realizadas en la IPRESS de referencia.

[Ejemplo 4: recepción de referencia para la administración de profilaxis VIH post exposición y profilaxis antibiótica]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Abuso Sexual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			T742
	2344				2		M	Pab.	TALLA	C	C	Contacto con exposición al VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX	
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	TAR		99199.11
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
					A	M	PC	PESO	N	N	Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX		99199.11
					M		Pab.	TALLA	C	C		P	D	R			
					D	F	Ppreg.	Hb	R	R		P	D	R			

**Siempre en la primera fila de diagnóstico motivo de consulta se debe precisar la definición del caso correspondiente. Colocar “R” al tratarse de casos ya en seguimiento.**

### 7. Seguimiento de casos de violencia sexual

Posteriormente a la atención integral de emergencia de los casos de *“abuso sexual”* o *“agresión sexual con fuerza corporal”* se realizan tres (03) visitas de seguimiento para completar el esquema de descarte de VIH/ITS.

Para el seguimiento de las personas expuestas, se deben realizar pruebas de tamizaje para VIH y sífilis a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición y tamizaje para Hepatitis B (antígeno de superficie para virus de la hepatitis B) a los 3 meses post-exposición.

Anote el diagnóstico de *“abuso sexual”* o *“agresión sexual con fuerza corporal”*, según corresponda, en el primer casillero del ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque *“R”* para el primer casillero.

En el campo *“LAB 1”* anote *“1”*, *“2”* o *“3”* para indicar que se trata, respectivamente, de la visita de la 6ª semana, 3º mes o 6º mes.

Seguidamente registre *“Consejería Pre Test para VIH”* en el ítem *Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud*, en el ítem Código CIE/CPT anote *“99401.33”* y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque *“R”* para indicar que es un control.

Si se realiza prueba rápida para VIH, se anota *“Detección de VIH – Prueba Rápida”* en el ítem *Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud*, en el ítem Código CIE/CPT anote *“86703.01”* y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque *“R”*. En el ítem *“LAB 1”* anote *“RN”* para el resultado NO REACTIVO, o *“RP”* para el resultado *“REACTIVO”*. En el ítem *“LAB 2”* anote *“VSX”* para indicar que se trata de un caso de violencia sexual.

Para los resultados **NO REACTIVO**, anote *“Consejería Post Test para VIH No Reactivo”* en el ítem *Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud*, en el ítem Código CIE/CPT anote *“99401.34”* y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque *“R”*.

## VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Para los resultados **REACTIVO**, anote **“Consejería Post Test para VIH Reactivo”** en el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, en el ítem Código CIE/CPT anote “99403.03” y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque “R”.

Si se realiza prueba rápida dual de sífilis y VIH, anote **“Detección de VIH y sífilis – prueba rápida dual”** en el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, en el ítem Código CIE/CPT anote “86318.01” y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque “R”. En el ítem “LAB 1” anote “RN” para el resultado NO REACTIVO, o “RP” para el resultado “REACTIVO” de VIH. En el ítem “Lab 2” anote “RN” para el resultado NO REACTIVO, o “RP” para el resultado “REACTIVO” de sífilis. En el ítem “LAB 3” anote “VSX” para indicar que se trata de un caso de violencia sexual.

Para el registro de la prueba rápida de Hepatitis B, anote **“Detección de hepatitis B – prueba rápida”** en el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, en el ítem Código CIE/CPT anote “87342” y en el ítem Tipo de Diagnóstico, marque “R”. En el ítem “LAB 1” anote “RN” para el resultado NO REACTIVO, o “RP” para el resultado “REACTIVO”. En el ítem “LAB 2” anote “VSX” para indicar que se trata de un caso de violencia sexual.

[Ejemplo 5: ejemplo de 1ª visita (con prueba dual)]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
9	42387653	2	Rimac	20	M	PC	PESO			Abuso Sexual	P	D	R	1			T742		
	2344				M	Pab.	TALLA			Contacto con exposición al VIH	P	D	R	VSX			Z206		
					D	Ppreg.	Hb			Consejería pre-test VIH	P	D	R					99401.33	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	PC	PESO			Detección de VIH y sífilis – prueba rápida dual	P	D	R	RN	RN		86318.01		
					M	Pab.	TALLA			Consejería post-test para VIH no reactivo	P	D	R				99401.34		
					D	Ppreg.	Hb				P	D	R						

[Ejemplo 6: ejemplo de 2ª visita (prueba dual)]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
9	42387653	2	Rimac	20	M	PC	PESO			Agresión sexual con fuerza corporal	P	D	R	2			Y058		
	2344				M	Pab.	TALLA			Contacto con exposición al VIH	P	D	R	VSX			Z206		
					D	Ppreg.	Hb			Consejería pre-test VIH	P	D	R					99401.33	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / /																			
					A	PC	PESO			Detección de VIH y sífilis – prueba rápida dual	P	D	R	RN	RN		86318.01		
					M	Pab.	TALLA			Detección de Hepatitis B – prueba rápida	P	D	R	RN			87342		
					D	Ppreg.	Hb			Consejería post-test para VIH no reactivo	P	D	R				99401.34		

[Ejemplo 7: ejemplo de 3ª visita (prueba dual)]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
-----	--------	--------	-------------------------	------	------	--------------------------------------------------	---------------------------------------	-----------	----------	-------------------------------------------------------	---------------------	--	--	-----------	--	--	------------------



**VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO CEFALICO ABDOMINAL PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			1°	2°	3°	CÓDIGO CIE / CPT				
							P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
9	42387653	2	Rimac	20	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Agresión sexual con fuerza corporal	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	3		Y058	
	2344	2		20	M	Pab.	TALLA	C	C	Contacto con exposición al VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VSX		Z206	
					D	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería pre-test VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99401.33	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) Fecha de Nacimiento: / /			Fecha Último Resultado de Hb: / /			Fecha de Última Regla: / /											
					A	M	PC	PESO	N	N	Detección de VIH y sífilis – prueba rápida dual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	RN	86318.01
					M	F	Ppreg.	Hb	R	R	Consejería post-test para VIH no reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99401.34
					D												

**Siempre en la primera fila de diagnóstico motivo de consulta se debe precisar la definición del caso correspondiente. Colocar “R” al tratarse de casos ya en seguimiento.**



**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 - Lima  
Jesus Maria - Perú  
Telef.: (511) 315 -6600

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)