



# MANUAL DE REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

# 2021



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Intervenciones Estratégicas  
en Salud Pública

Dirección de Promoción  
de la Salud

# **“Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de Promoción de la Salud”**

## **Ministerio de Salud.**

Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- Promoción de la Salud.

### **Equipo de Trabajo:**

Nut. Beatriz Quispe Quille – Responsable PP. PAN – DPROM  
Obsta. Gladys Esther Cusiatado Santiago - Responsable PP. Materno Neonatal – DPROM  
Lic. Tania Angélica Cervera Villalobos - Responsable PP. TBC – VIH/ SIDA – DPROM  
Lic. Sonia Loarte Céspedes - Responsable PP. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis – DPROM  
Psic. Néstor Jesús Rejas Tataje - Responsable PP. Enfermedades no transmisibles – DPROM  
Dra. Ana Carpio Contreras - Responsable PP. Prevención y Control de Cáncer – DPROM  
Lic. Doris Cáceres Ramírez De Maldonado - Responsable PP. Prevención y Control en Salud Mental – DPROM  
Dr. Rogger Eduardo Torres Lao, Equipo técnico – DPROM  
Lic. Laura Veramendi Benites, Equipo técnico – DPROM  
Obsta. María Luz Sotomayor Garnica, Responsable de Promoción de la salud en Centros Laborales Saludables – DPROM

### **Revisión y validación**

Abog. Alexandro Daniel Saco Valdivia – Director Ejecutivo de Promoción de la Salud  
Ing. Albertico Quispe Cruzatti – Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la información  
CD. Joel Collazos Carhuay – Jefe de Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud  
Obsta. Juky Paola Vega Baldeón - Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud  
CD. Andrea Vilca Najarro – Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud  
Lic. Luis Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo Oficina de General de Tecnología de la Información.  
Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.

### **Diseño y Diagramación**

María Claudia La Rosa Perez



Oscar Ugarte Ubilluz  
**Ministro de Salud**

Gustavo Rosell de Almeida  
**Viceministro de Salud Pública**

Bernardo Elvis Ostos Jara  
**Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

Luis Alberto Huamaní Palomino  
**Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública**

Jaime Alejandro Honores Coronado  
**Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información**

Alexandro Saco Valdivia Director de Promoción de la Salud  
**Director de Promoción de la Salud**

## CONTENIDO

I.	PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL.....	5
	PRODUCTO 3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES.....	7
II.	PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL .....	27
	PRODUCTO 3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	29
III.	PP 0016TBC-VIH/SIDA.....	42
	PRODUCTO 3043952: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS.....	44
IV.	PP 0017 METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS.....	66
	PRODUCTO 3043977: FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZOONOTICAS.....	68
V.	PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	81
	PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	82
VI.	PP 024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER .....	96
	PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS.....	97
	PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS.....	97
VII.	PP 0131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL .....	105
	PRODUCTO 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES.....	106
VIII.	ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN PROGRAMAS PRESUPUESTALES.....	114
IX.	ACTIVIDADES DE SALUD FAMILIAR .....	147

## **I. PP 001 ARTICULADO NUTRICIONAL**

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

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Pág.</b>
	<b>1.1. ACTIVIDAD 5000014: FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES</b>	
1	<b>3325104:</b> Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	<b>7</b>
2	<b>3325107:</b> Familias con niños (as) menores de 24 meses reciben consejería a través de visita domiciliaria 3325107 (Trazador).	<b>10</b>
3	<b>3325109:</b> Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que participan en Grupos de apoyo comunal para promover el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	<b>16</b>
	<b>1.2. ACTIVIDAD 5005982: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES</b>	
4	<b>3325101:</b> Comités Multisectoriales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito.	<b>18</b>
5	<b>3325102:</b> Actores sociales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades.	<b>22</b>
6	<b>3325108:</b> Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI.	<b>24</b>

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS DEL PAN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
001	Actividades de Articulado Nutricional		<b>APP</b>
99499.08	Teleorientación Síncrona	APP104	Actividad con Municipios
		APP108	Actividades con la Comunidad
		APP93	Actividad con Instituciones educativas
	<b>SESIONES</b>	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
C0009	Sesión educativa	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
C0010	Sesión demostrativa	APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal	APP144	Actividad con Docentes Ciclo I
	<b>CONSEJERIA</b>	APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical		
99401.10	Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar		<b>CAMPO LAB</b>
99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma.	LME	Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
C0011	Visita Familiar Integral	ALI	Preparación de alimentos
99401	Consejería integral <b>PARA NIÑOS (AS)</b>	FCO	Fase de Concertación
		DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia
Z762	Consulta para Atención y Supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.
		AA	Alimentación responsiva
	<b>GESTIÓN</b>	COO	Coordinación
		FSE	Fase de sensibilización
		FO	Reunión de Organización
		PP	Fase de Planificación participativa
C0001	Reunión en Municipios	FEV	Fase de Evaluación
C0002	Reunión en Instituciones educativas	VCO	Vigilancia Comunitaria
C0003	Reunión en Comunidad	AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
		GL	Actividad promovida por el Gobierno Local
		PNO	Padrón Nominal
		ENM	Estímulos no monetarios a los ACS
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición
		TA	Termino de Actividad



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

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

**1. SUB PRODUCTO 3325104: FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES RECIBEN SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** (Trazador de actividad 5000014) (Reg. 1 y 2)

**Definición.** -Es una actividad educativa de “**aprender haciendo**”, en la cual las familias con niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, con prioridad en niños de 6 a 8 meses y gestantes, en el cual realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante. Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un local comunal, centros de promoción y vigilancia comunal u otros espacios que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin.

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el tema de la sesión demostrativa, según corresponda:
    - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
    - **ALI:** Preparación de alimentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

Código CIE/CPT:

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

**Registro N°1**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Andrea Calsin Vilcapoma      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
02	12535481		Camaná	6	A	M	PC		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	ALI		C0010
					<del>M</del>				<del>C</del>	<del>C</del>		P	D	R			
		58				<del>F</del>	Pab		R	R		P	D	R			



**Temas a enfatizar, según grupo de edad:**

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**  
Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**  
Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.

**En gestantes:**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI de la gestante para efectos de identificar a la familia

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el Tema de la sesión demostrativa, según corresponda:
    - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
    - **ALI:** Preparación de alimentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

Código CIE/CPT: En la 1º Fila: **C0010:** Sesión demostrativa

[Escriba aquí]



Registro N°2

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020																	
02	45366704		Combapata	28	A	PC				1. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI			C0010
					M												
			58			F	Pab										
	Gestante				D												



Temas a enfatizar, según trimestre de gestación:

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos, incluye lavado de manos: ALI**  
Gestantes (I, II o III trimestre)
- **Sesiones demostrativas en técnicas de amamantamiento (extracción y conservación de la leche materna): LME**  
Gestantes (III trimestre)

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

Para **Familias con Niños:**

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "AE"

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

Para **Gestantes:**

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el Tema de la sesión demostrativa, según corresponda:
    - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
    - **ALI:** Preparación de alimentos
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "AE"

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

**Niños menores de 03 años**

Registro N°3

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
09	12535481		Camaná	6	A	PC				1. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	AE		C0010
					M												
			57			F	Pab										
					D												

[Escriba aquí]



**Gestantes**

**Registro N°4**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020																		
02	45366704		Combapata	28	<del>A</del>	M	PC			N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	ALI	AE	C0010
					M	<del>C</del>	<del>C</del>											
		58			<del>F</del>	Pab												
	Gestante				D						R	R		P	D	R		

**Cuando la sesión demostrativa sea promovida por el Gobierno Local:**

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "GL"

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

**Para Gestantes:**

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el Tema de la sesión demostrativa, según corresponda:
    - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
    - **ALI:** Preparación de alimentos
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla "GL"

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

**Niños menores de 6 a 11 meses.**

**Registro N°5**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
09	12535481		Camaná	6	<del>A</del>	M	PC			N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	ALI	GL	C0010
					M	<del>C</del>	<del>C</del>											
		57			<del>F</del>	Pab												
					D						R	R		P	D	R		

[Escriba aquí]



**Gestantes**

**Registro N°6**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ana Medina Calsin      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/09/2020																							
02	45366704		Combapata	28	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	ALI	GL		C0010						
		58																					
	Gestante																						

**Algunas precisiones:**

1. Generalmente las sesiones demostrativas son actividades extramurales, donde es difícil tener disponible el número de Historia Clínica, por lo tanto, es suficiente registrar el número de DNI en la Hoja HIS y el digitador podrá ingresarlo con su N° de Historia clínica autoguardado en el sistema o duplicar el N° de DNI del niño (a) ó gestante.
2. Según la metodología establecida para cada actividad, solo se podrá registrar un máximo de hasta **2 sesiones demostrativas** por niño (a) ó gestante al día:
3. En el caso que sea realizado por diferente personal de salud deberán registrar individualmente con las UPSS que le corresponde.
4. Para aquellas sesiones demostrativas en niños, niñas y gestantes que **NO** cuenten DNI:
  - Escribir "S/D", para especificar que no tiene Documento de Identidad.
  - En el campo de Historia Clínica dejar en blanco, y el digitador duplicará el código autogenerado por el sistema en el Documento de Identidad.

**Registro N°7**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evelin Cáceres Limpe      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
09	S/D		Camaná	6	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	ALI			C0010						
		57																					

**2. SUB PRODUCTO 3325107: FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 24 MESES RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA (trazador de actividad 5000014 y del Producto) (Reg. 12 y 13)**

**Definición.** -Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 12 meses con la finalidad de brindar **consejería integral** para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con hierro (Jarabe o gotas de hierro).  
Complementa y refuerza las consejerías brindadas en el servicio de salud y durante las sesiones Demostrativas.

❖ **Visita domiciliaria al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):**

En el ítem: DNI/HC registre el DNI del recién nacido

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

[Escriba aquí]



- En el 1° y 2° casillero Consejería en ..., según corresponda
  - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
  - Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
  - Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
  - Consejería en Identificación de signos de alarma.

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

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

Nota: Según la metodología establecida de la Consejería integral, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 consejerías por recién nacido al día.

- En la 3° Fila: **C0011**: Visita familiar integral

Registro N°8

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
18	84751247		Comas	6	A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.	P	D	R			99401.03
					M	F	Pab		TALLA	C	C	2. Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.	P	D	R			99401.04
	58				F				Hb	R	R	3. Visita familiar integral	P	D	R			C0011

**Prácticas saludables a reforzar al menos dentro de los primeros 7 días:** Lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, lavado de manos, signos de alarma y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

❖ **Teleorientación al Recién Nacido (dentro de los 7 días de nacido):**

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

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

- En el 1° y 2° casillero Consejería en..., según corresponda
  - Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
  - Consejería en Corte y cuidado del cordón umbilical
  - Consejería en Higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
  - Consejería en Identificación de signos de alarma.

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

- En la 1° y 2° Fila:
  - 99401.03: Consejería en Lactancia Materna Exclusiva
  - 99401.04: Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical
  - 99401.10: Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar
  - 99401.08: Consejería de identificación de signos de alarma.
- En la 3° Fila:
  - 99499.08: Teleorientación Síncrona

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

[Escriba aquí]



Registro N°9

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
18	84751247		Comas	6	A	PC	PESO	N	N	1. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva.	P	D	R				99401.03						
					M																		
		58			F						Pab												
					D		Hb		R	R								99499.08					

❖ **Visita domiciliaria a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

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

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

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

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

Código CIE/CPT:

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

Registro N°10

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	84751247		Comas	4	A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con Hierro	P	D	R				99199.17					
					M																	
		58			F						Pab											
					D		Hb		R	R												

**Prácticas saludables a reforzar durante los 4 y 5 meses de edad:** Consumo del suplemento de hierro, lactancia materna exclusiva, lavado de manos y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

**Importante:**

- La VD (4 meses), se realizará dentro de los 7 días de haber iniciado la suplementación con Sulfato Ferroso.
- La VD (5 meses), se realizará a partir de los 15 días posteriores de haber cumplido 5 meses.

❖ **Teleorientación a Niñas (os) de 4 y 5 meses de edad:**

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

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

- En el 1º casillero Suplementación con Hierro
- En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

➤ En el casillero Lab 1: registre el número de visitas que corresponda

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

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: **99199.17** (Suplementación con Hierro)
- En la 2º Fila: **99499.08**: (Teleorientación Síncrona)

[Escriba aquí]



Registro N°11

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
17	84751247		Comas	4	M	PC		PESO	N	N	1. Suplementación con Hierro	P	D	R			99199.17
								TALLA	C	C	2. Teleorientación Síncrona	P	D	R			99499.08
		58				F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

❖ **Visita domiciliaria a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:**

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

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

- En el 1º casillero Suplementación con Hierro ó Suplementación con Micronutrientes, según corresponda.
- En el 2º casillero Visita familiar integral

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

Código CIE/CPT:

- En la 1ª Fila: 99199.17(Suplementación con Hierro) ó 99199.19 (Suplementación con micronutriente) según corresponda.
- En la 2ª Fila: C0011 (visita familiar integral)

Registro N°12

DA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
08	84751247		Comas	9	M	PC		PESO	N	N	1. Suplementación con Micronutrientes.	P	D	R			99199.19
								TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R			C0011
		58				F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad:** Consumo del suplemento de hierro, alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

**Importante:**

- Las 3 VD, se realizarán a los 30, 90 y 180 días de iniciada la Suplementación con hierro.

❖ **Teleorientación a Niñas (os) de 6 a 11 meses de edad sin Dx. Anemia:**

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

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

- En el 1º casillero Suplementación con Hierro ó Suplementación con Micronutrientes, según corresponda
- En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

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

Código CIE/CPT:

- En la 1ª Fila: **99199.17 ó 99199.19** 99199.17(Suplementación con Hierro) ó 99199.19 (Suplementación con micronutriente) según corresponda.
- En la 2ª Fila: **99499.08** (Teleorientación Síncrona)

[Escriba aquí]



## Registro N° 13

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alexander Martínez Castro      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																								
08	84751247		Comas	9	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación con Micronutrientes	P	<del>D</del>	R				99199.19							
		58									F	Pab	TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	4					99499.08
					D		Hb	R	R	3. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R											

❖ Visita domiciliaria a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia<sup>2</sup>:

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

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

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

- En el 2º casillero Suplementación con Hierro
- En el 3º casillero Visita familiar integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

Código CIE/CPT:

- En la 1ª Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2ª Fila: 99199.17
- En la 3ª Fila: C0011

## Registro N° 14

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Villa Castro      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
25	78754654		Lampa	6	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	<del>D</del>	<del>R</del>	LEV			D509						
		58									F	Pab	TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Suplementación con Hierro	P	<del>D</del>	R				
					D		Hb	R	R	3. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R				C0011						

2 Las visitas domiciliarias a niños con anemia se encuentran incluidos en nuestro manual con fines de establecer una secuencia lógica de visitas domiciliarias conforma a la normativa de Lucha contra la Anemia, con ello se buscar fortalecer el registro de las mismas. Señalas que este es un acuerdo con la UFANS MINSA.

[Escriba aquí]



**Prácticas saludables a reforzar durante los 6 a 11 meses de edad con Dx. Anemia:** Consumo del tratamiento de hierro, Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia.

**Importante:** Las 3 VD, se realizarán dentro del primer mes, a los 60 y 90 días de iniciado el tratamiento con hierro.

❖ **Teleorientación a Niñas (os) menores de 11 meses de edad con Dx. Anemia:**

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: D500, D508, D509 o D649, según corresponda.
- En la 2º Fila: 99199.17
- En la 3º Fila: 99499.08

DTA	Registro N° 15	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: José Villa Castro		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
25	78754654		Lampa	6	<del>A</del> <del>M</del> F	PC Pab			N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	<del>R</del>	LEV			D509
							TALLA		<del>C</del>	<del>C</del>	2. Suplementación con Hierro	P	<del>D</del>	R				99199.17
		58					Hb		R	R	3. Teleorientación síncrona	P	<del>D</del>	R				99499.08

[Escriba aquí]

**3. 3325109 - FAMILIAS CON NIÑOS (AS) MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES QUE PARTICIPAN EN GRUPOS DE APOYO COMUNAL PARA PROMOVER CUIDADO INFANTIL, LME Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES (Reg 20).**

**Definición.** -Esta actividad está dirigida a familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes. Consiste en el desarrollo de sesiones de grupos de apoyo para promover prácticas de lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil según su necesidad; con énfasis en las familias con niños (as) menores de 12 meses de edad; las cuales son conducidas por madres guías en el local comunal u otro que considere pertinente. El grupo de apoyo es una estrategia de educación de pares en espacios comunales, en el que las madres desarrollan sus capacidades para compartir con otras madres sus dificultades, así como sus vivencias exitosas durante la lactancia materna, alimentación, nutrición y cuidado infantil.  
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión**

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

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

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

- En el 1º casillero Reunión de coordinación comunal
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según corresponda
    - 1: Implementación de grupos de apoyo
    - 2: Reactivación o continuidad de grupos de apoyo
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°17**

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
12	APP108		Cámana	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<del>D</del>	R	5	2	001	C0003
				M			TALLA		C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Algunas precisiones:**

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

 **Talleres de capacitación**

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

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

[Escriba aquí]



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

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

- En el 1º casillero Sesiones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de madres guías participantes de la sesión
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión según corresponda

**Lactancia materna:**

- **Sesión 1:** Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo
- **Sesión 2:** Lactancia materna y embarazo
- **Sesión 3:** Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses
- **Sesión 4:** Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses.

**Alimentación, nutrición y cuidado infantil:**

- **Sesión 5:** Alimentación complementaria
  - **Sesión 6:** Anemia y suplementación con hierro
  - **Sesión 7:** Desnutrición crónica, cuidado infantil, entre otros temas de prioridad
- En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambas

**Cuando inicie la sesión:**

**Registro N°18**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
26	APP151		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	15	1	001	C0009
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

**Temas a desarrollar, según grupo de edad:**

**LACTANCIA MATERNA, incluye:**

Familias con recién nacidos y niños (as) menores de 6 meses.  
Familias con niños (as) entre los 6 y 23 meses.  
Gestantes (I, II o III trimestre).

▪ **ALIMENTACION, NUTRICIÓN Y CUIDADO INFANTIL, incluye:**

Familias con niños (as) entre los 6 y 11 meses.  
Familias con niños (as) a partir de los 12 meses.

**Cuando culmine la sesión:**

**Registro N°19**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
29	APP151		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	15	4	001	C0009
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

[Escriba aquí]

**Asistencia técnica**

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

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

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de "Madres Guía" en la asistencia técnica
  - En el casillero Lab 2: registre "LME" o "ALI", según corresponda
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional.

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

**Registro N°20**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D				R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
30	APP151		Curahuasi	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	10	ALI	001	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

Se considerará dos asistencias técnicas para cada uno de los grupos de apoyo conformados.

**Funcionamiento de los Grupos de apoyo**

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

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

- En el 1º casillero Sesión de grupo de ayuda mutua
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias integrantes de los grupos de apoyo
  - En el casillero Lab 2: registre la temática de la sesión de grupo de apoyo, según corresponda.
    - LME: Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada
    - ALI: Alimentación, nutrición y cuidado infantil
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°21**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D				R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
30	APP151		Capelo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión de grupos de ayuda mutua	P	<del>D</del>	R	15	LME	001	C0012
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

Se considera producto entregado cuando se cumple con la Sesión 4 (Para el caso de grupo de apoyo comunal para promover y proteger la Lactancia Materna) y Sesión 3 (Para el caso de los grupos de apoyo a madres de niños menores de 36 meses en alimentación, nutrición y cuidado infantil).

[Escriba aquí]



**Monitoreo**

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión de Grupo de Ayuda Mutua
  - En el casillero Lab 1: registrar el número madres integrantes de los grupos de apoyo
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de visita de monitoreo 1 ó 2 según corresponda.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°22

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
11	APP151		Sechura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	D	R	4	2	001	C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D							P	D	R				

**1.1. ACTIVIDAD 5005982: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES.**

**1. SUB PRODUCTO 3325101: COMITES MULTISECTORIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES EN SU DISTRITO. (Reg. 27).**

2. **Definición.** - Esta actividad está dirigida a Alcalde, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad e integrantes del comité multisectorial quienes están informados, motivados y capacitados para implementar políticas públicas y planes de intervención en promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de coordinación con la Municipalidad**

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “COO”, referido a reunión de coordinación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

[Escriba aquí]



Registro N°23

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º			
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
01	APP104			Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	10	COO	001	C0001					
					M		TALLA		C	C		P	D	R									
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R								

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

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la fase del proceso **"FO"** para indicar Reunión de Organización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°24

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º			
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
01	APP104			Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	15	FO	001	C0001					
					M		TALLA		C	C		P	D	R									
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R								

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

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"FSE"** para indicar la Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

[Escriba aquí]



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## Registro N°25

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
05	APP96		Chilca	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipios	P	<del>D</del>	R	25	FSE	001	C0001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Taller de planificación para la elaboración del plan de trabajo multisectorial para contribuir en la reducción de la Anemia y DCI en el distrito.**En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Taller para Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "PP" para indicar taller de planificación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

## Registro N°26

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
05	APP96		Corani	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para municipios	P	<del>D</del>	R	18	PP	001	C0004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Asistencia técnica para la implementación de la sala situacional municipal, políticas públicas o planes de intervención**En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP96 de Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de asistencia técnica 1, 2,3 o 4 según corresponda
    - 1: Implementación de la sala situacional municipal
    - 2: Implementación de políticas públicas (Ordenanzas municipales)
    - 3: Implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición infantil.
    - 4: Programación multianual y formulación anual del presupuesto en PAN
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

[Escriba aquí]



Registro N°27

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
17	APP96		Huaral	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	15	1	001	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

Reunión de Monitoreo

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

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión de monitoreo 1 o 2, según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°28

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
28	APP96		Condorama	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	001		C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

➡ Reunión de Evaluación

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

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

[Escriba aquí]



Registro N°29

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º	
	ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
28	APP96			Huacho	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Evaluación de	P	<del>D</del>	R	10	001		C7003
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**3. SUB PRODUCTO 3325102: ACTORES SOCIALES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES DEL DISTRITO. (Trazador de actividad 5005982) (Reg. 31)**

**Definición.-** Esta actividad está dirigida a actores sociales (Agentes Comunitarios de Salud, autoridades, líderes comunales, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Reunión de coordinación con la Comunidad**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP108 de Actividad con Comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **“COO”**, referido a reunión de coordinación
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°30

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º	
	ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
04	APP108			Cusco	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<del>D</del>	R	8	COO	001	C0003
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

[Escriba aquí]

**01 Taller de capacitación a los agentes comunitarios de salud en vigilancia comunitaria**

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registre el número del participante
  - En el casillero Lab 2: registre la temática del taller “**VCO**” para indicar Vigilancia Comunitaria.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°31**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
01	APP138			Piura	A		PC	PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	15	VCO	001	C0009
					M			TALLA		C	C		P	D	R				
					M								P	D	R				
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R				

➔ **01 Taller de capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en Sesiones demostrativas de preparación de alimentos**

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

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

- En el 1º casillero sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registre el número del participante
  - En el casillero Lab 2: registre la temática del taller “**ALI**” para indicar preparación de alimentos.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°32**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
24	APP138			Piura	A		PC	PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	15	ALI	001	C0010
					M			TALLA		C	C		P	D	R				
					M								P	D	R				
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R				

[Escriba aquí]



**4. SUB PRODUCTO 3325108: PROMOTORES EDUCATIVOS CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES A FAMILIAS DEL PRONOEI. (Reg. 35).**

**Definición.** - Esta actividad está dirigida a Docentes coordinadores, docentes de aula, auxiliares y promotores educativos del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) quienes reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.  
Se debe desarrollar las siguientes tareas:

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

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Instituciones Educativas**

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**COO**” para indicar la reunión de coordinación.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°33

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
13	APP93		Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión Instituciones Educativas en	P	<del>D</del>	R	10	COO	001	C0002
				M			TALLA		C		P	D	R				
				F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

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

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Instituciones Educativas**

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

- En el 1º casillero Reunión de concertación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**FCO**” para indicar la reunión de concertación.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

[Escriba aquí]



PERÚ

Ministerio de Salud

Registro N°34

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º			
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
20	APP93			Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	10	FCO	001	C0002					
					M		TALLA		C	C		P	D	R									
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R								

➡ 3 Talleres de capacitación a los promotores educativos

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática del taller:
    - **SBS**: Importancia de los servicios básicos de salud.
    - **ALI**: Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
    - **AA**: Alimentación responsiva.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°35

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º			
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
02	APP144			Acora	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	18	SBS	001	C0009					
					M		TALLA		C	C		P	D	R									
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R								

[Escriba aquí]



## II. PP 002 SALUD MATERNO NEONATAL

### PRODUCTO 3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ACTIVIDADES	Pág.
<b>2.1. ACTIVIDAD 5005984: PROMOCIÓN DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS</b>	
1 3341201: Familias de la gestante y puérpera que recibe consejería en el hogar a través de la visita domiciliar para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva durante la visita domiciliar (Sub Producto trazador)	28
2 3341202: Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientaciones a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva	31
3 3341203: Familias de adolescentes que reciben sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral	34
<b>2.2. ACTIVIDAD 5005985: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	
4 3341204: Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la intuición educativa (Trazador Actividad)	35
5 3341205: Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva	38



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

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

## PRODUCTO 3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

## 1. SUB PRODUCTO 3341201 - FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA QUE RECIBEN CONSEJERÍA EN EL HOGAR ATRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA VISITA DOMICILIAR (Trazados de Actividad y Producto) (Reg. 36, 37, 38 y 39)

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

**Consejería durante el periodo gestacional:**

- ✓ **Primera visita domiciliaria, 1° consejería:** entre la 14 y 27 semanas (segundo trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del embarazo.
  - Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres.
- ✓ **Segunda visita domiciliaria, 2° consejería:** entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del embarazo.
  - Reforzar signos de alarma del embarazo.
  - Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
  - Planificación familiar.
  - Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

**RECUERDE:**

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

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

[Escriba aquí]



Registro N°36

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																							
FECHA DE ULTIMA REGLA: 10 /09 / 2020																							
14	84751247		Sechura	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	1. Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99402.03						
					<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>												
					<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>												
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			R	R	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011						
				<input checked="" type="checkbox"/>																			
	Gestante				<input checked="" type="checkbox"/>							P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									

**RECUERDE:**

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

❖ **Teleorientación durante el periodo gestacional:**

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

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

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

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

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

Registro N°37

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																							
FECHA DE ULTIMA REGLA: 10 /09 / 2020																							
14	84751247		Sechura	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	1. Consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99402.03						
					<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>												
					<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>												
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			R	R	2. Teleorientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08						
				<input checked="" type="checkbox"/>																			
	Gestante				<input checked="" type="checkbox"/>							P	<input checked="" type="checkbox"/>	R									



❖ **Consejería durante el periodo post natal**

- ✓ **Primera visita domiciliaria, 1º Consejería durante el periodo de puerperio:** en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
  - Signos de alarma del puerperio.
  - Signos de alarma en el RN.

[Escriba aquí]



- Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido).
- Planificación familiar.

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

- ✓ **Segunda visita domiciliar, 2° consejería:** entre los 28 y 30 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas:
  - Reforzar cuidados del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del puerperio.
  - Reforzar signos de alarma del RN.
  - Reforzar cuidados del RN.
  - Incidir en planificación familiar.

**RECUERDE:**

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

**Registro N°38**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUÉRPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
22	84751247		Sechura	30	<del>A</del>	M	PC		N	N	1. Consejería de identificación de signos de alarma	P	<del>D</del>	R	2			99401.08
	91121				M				<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	2			C0011
	Puérpera	40				<del>D</del>	F	Pab		R	R		P	D	R			

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

[Escriba aquí]



❖ **Teleorientación durante el periodo post natal**

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

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

- En el 1º casillero Consejería de identificación de signos de alarma
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda
    - “1” Si la consejería se realiza en los primeros 7 días de producido el parto.
    - “2” Si la consejería se realiza entre los 28 y 30 días de producido el parto.
    - “3” Si la consejería se realiza en otro momento diferente
- En el 2º casillero Teleorientación Síncrona

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

Registro N°39																			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
22	84751247		Sechura	30	<del>A</del>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería de identificación de signos de alarma	P	<del>D</del>	R	2		99401.08		
	91121				M						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R	2		99499.08
	Puérpera	40			D						F	Pab	Hb	R	R	P	D	R	

**2. SUB PRODUCTO 3341202: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (Reg. 42).**

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

❖ **Orientación durante el periodo gestacional:**

❖ **Primera visita domiciliaria**, 1º orientación: entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de **45 minutos de duración**, se realizará en los siguientes temas:

- Pautas generales para el cuidado del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol.
- Signos de alarma del embarazo.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Pautas generales de planificación familiar.
- Pautas para el cuidado del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

[Escriba aquí]



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

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

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

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

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote la información de la gestante  
En el ítem: Gestante / Puerpera registre **Gestante seguido de fecha de ultima regla**

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

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

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

Registro N°40

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: 18/10/2020																	
14	84751247		Sechura	38	<del>A</del>	PC	PESO	N	N	1. Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	1	PDS	C2062	
	2551			M	<del>M</del>		TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R			C0011	
	Gestante	58			D	<del>F</del>	Pab	Hb	R	R	P	D	R				

**RECUERDE:**

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

❖ **Orientación durante el periodo post natal**

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

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

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

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

[Escriba aquí]



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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

**Registro N°41**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Carla Chávez Tello																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
17	84751247		Sechura	30	M	PC		N	N	1. Orientación Familiar	P	D	R	2	PDS		C2062
	91121			30	M	Pab		C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R				C0011
	Puérpera	40			D			R	R		P	D	R				

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de agentes comunitarios participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar según el tipo de temática desarrollado
    - **VCO** = Para indicar Vigilancia Comunitaria
    - **PSA** = Para prácticas saludables
    - **RF** = Para referencia Comunitaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

**Registro N°42**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
08	APP138		Combapata		A	PC		N	N	1. Sesión de entrenamiento de agentes comunitarios en salud	P	D	R	12	RF	002	C3151
					M			C	C		P	D	R				
						F	Pab		R	R		P	D	R			

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

[Escriba aquí]



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

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

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

- En el 1º casillero Orientación Familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de referencias comunitarias realizadas por el ACS durante el mes.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**RF**” de referencia comunitaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°43

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
APP138				Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	8	RF	002	C2062
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					F	Pab		Hb	R	R		P	D	R				
					D							P	D	R				

**3. SUB PRODUCTO 3341203: FAMILIA DE ADOLESCENTES QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL (Reg. 44)**

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

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

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP146 Actividades con Padres.**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes (Nº Familias de adolescentes).
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del eje temático al que corresponde la sesión educativa: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

[Escriba aquí]



Registro N°44

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		10	12								GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
25	APP146			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	7	002	C0009			
					M			TALLA	C	C		P	D	R							
					F		Pab	Hb	R	R		P	D	R							
					D																

**2.2. ACTIVIDAD 5005985: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**4. SUB PRODUCTO 3341204: DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (Trazador de Actividad 5005985) (Reg. 53).**

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

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

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

Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

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

Para ello realizará:

- ⇒ **Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local-UGEL** Para presentación de la información sobre la situación de la salud relacionada la salud del adolescente con la finalidad de programar de manera conjunta la ruta de capacitación anual a directivos y docentes.
- ⇒ **Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas** Para incorporar en el Plan Anual de Trabajo acciones relacionadas a la promoción de la salud sexual integral a través de proyectos y/o sesiones de aprendizaje (01 reunión de 1 hora de duración).

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

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión.

[Escriba aquí]



- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el casillero Lab 2: registrar las siglas según corresponda
  - **UGL**=si la reunión se está realizando con la Unidad de Gestión Educativa Local.
  - **IE**=si la reunión se realiza con los directivos de la II.EE
- En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°45

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
25	APP93			Tarapoto	A			PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	10	UGL	002	C0002					
					M	M	PC					P	D	R									
					M	F	Pab	TALLA		C	C		P	D	R								
					D			Hb		R	R		P	D	R								

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

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

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

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

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

Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

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

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

Las sesiones educativas son los siguientes:

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Reunión en instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del eje temático al que corresponda el taller educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda (cada número de eje

[Escriba aquí]



- temático corresponde a un tema definido según lo citado en la definición operacional).
- En el casillero Lab 3: registrar si el taller fue dirigido para docentes de primaria o secundaria, registrar de la siguiente manera:
    - **TP** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Primaria
    - **TS** que corresponde a taller a Docentes de IE del nivel Secundaria
  - En el 2º casillero Taller para instituciones educativas
    - En el casillero Lab 1: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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

*El trazador es el 7º taller en docentes de IE del nivel Secundaria.*

Registro N°46



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
25	APP144		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	7	TS	C0002
				M		PC	TALLA	C	C	2. Taller para instituciones educativas	P	D	R	002			C0005
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

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

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de alumnos que recibieron la sesión de aprendizaje
  - En el casillero Lab 2: registrar el número del taller 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 según corresponda al eje temático en que **fue capacitado el docente y en el cual está realizando su sesión de aprendizaje a los alumnos.**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°47

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
25	APP141		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Taller para Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	20	7	002	C0005
				M		PC	TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

[Escriba aquí]



**5. SUB PRODUCTO 3341205: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (Reg. 49)**

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

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

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

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

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el tema de la reunión según corresponda
    - **CM** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** = Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
    - **PEC** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°48

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
25	APP104			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en municipio	P	<del>D</del>	R	CM	002		C0001		
					M			TALLA	C	C		P	D	R						
					F		Pab						P	D	R					
					D			Hb		R	R		P	D	R					

❖ Capacitación a Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud.

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

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

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

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

- En el 1º casillero Constitución de Comités Multisectorial

[Escriba aquí]



- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **CM** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** = Si la reunión tiene como agenda la implementación del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ).
    - **PEC** = Si la reunión tiene como agenda la implementación de Programas educativos comunicacionales en salud sexual y reproductiva.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

Registro N°49

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
20	APP104			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Constitución de Comité multisectorial	P	<del>D</del>	R	5	CM	002	C3061					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					F		Pab						P	D	R								
					D			Hb		R	R		P	D	R								

Reunión de Monitoreo con Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud

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

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla del tema que está siendo monitorizado
    - CM = Implementación de la Casa Materna.
    - CDJ = Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°50

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
20	APP96			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo	P	<del>D</del>	R	CM	002		C7001					
					M			TALLA	C	C		P	D	R									
					F		Pab						P	D	R								
					D			Hb		R	R		P	D	R								

[Escriba aquí]



Reunión de Evaluación con Funcionarios Municipales/Comité de Gestión Local/Comité Multisectorial de Salud

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

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

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

- En el 1º casillero: Reunión con municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla del tema de la evaluación
    - **CM** =Implementación de la Casa Materna.
    - **CDJ** =Implementación del Centro de Desarrollo Juvenil.
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda
    - **1=** Si durante la evaluación se encuentra en funcionamiento.
    - **2=** Si durante la evaluación no se encuentra en funcionamiento.
  - En el casillero Lab 3: si se registra 1 en el Lab2 se debe colocar el número de personas que hacen uso de estos espacios, si se registra 2 en el Lab2 se dejara en blanco.
- En el 2º casillero: Reunión de Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 002 de Programa de Materno Neonatal

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

Registro N°51

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
20	APP96		Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Reunión con municipio	P	<del>D</del>	R	CM	1	9	C0001
				M			TALLA		C	C	2. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	002			C7003
				F		Pab												
					D			Hb		R	R		P	D	R			

[Escriba aquí]

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

ACTIVIDADES	Pág.
<b>3.1. ACTIVIDAD 5000062: PROMOVER EN LAS FAMILIAS PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS.</b>	
1 4395201: Familias que reciben consejería a través de visitas domiciliarias para promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de la Tuberculosis y VIH/SIDA (SP Trazador)	43
2 4395202: Familias que reciben sesión educativa y demostrativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la disminución de la tuberculosis y VIH/SIDA	47
<b>3.2. ACTIVIDAD 5005987: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS, VIH/SIDA.</b>	
3 4395203: Docentes de Instituciones educativas desarrollan acciones para la promoción de prácticas saludables y la prevención de la tuberculosis, VIH/SIDA. (Trazador de actividad)	49
4 4395204: Comunidades con líderes capacitados desarrollan vigilancia comunitaria en favor de entornos y prácticas saludables y la prevención de la Tuberculosis, VIH/SIDA.	53
5 4395205: Municipios implementan acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de Tuberculosis, VIH/SIDA según distritos/ provincias priorizados.	60



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

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
161	Actividad de Tuberculosis		<b>APP</b>
162	Actividades de VIH/SIDA		
	<b>SESIONES</b>	APP136	Familia y vivienda
		APP108	Actividades en Comunidad
C0009	Sesión educativa	APP104	Actividad con Municipio
C0010	Sesión demostrativa	APP93	Actividades con Instituciones educativas
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud	APP144	Actividad con docentes
	<b>CONSEJERIA</b>	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios en Salud
99401	Consejería integral	APP96	Actividad con Comité Multisectorial
C0011	Visita Familiar Integral		
			<b>CAMPO LAB</b>
	<b>GESTIÓN</b>	RSA	Zona de riesgo
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa
C7004	Asistencia técnica	TP	Taller a docentes de IE del nivel Primaria
C7001	Reunión de monitoreo	TS	Taller a docentes de IE del nivel Secundaria
C7003	Reunión de evaluación	SR	Módulo Educativo de Salud Respiratoria.
C0021	Visita comunitaria integral	VIH	Cartilla Educativa de VIH/SIDA.
C0005	Taller para instituciones educativas	VCO	Vigilancia comunitaria
C0006	Taller para la comunidad	PSA	Practicas Saludables
C0002	Reunión en Instituciones Educativas	FE	Fase de ejecución
C3071	Mobilización social	FP	Planificación Participativa

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

Definición. - Se refiere a aquellas familias cuyas viviendas se encuentran ubicadas alrededor de las viviendas de personas afectadas por tuberculosis situadas en el ámbito de los establecimientos de salud del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada que reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de VIH/SIDA y tuberculosis promovida por el personal de salud en articulación con diversos actores sociales presentes en el territorio.

Se refiere a aquellas familias de establecimientos de salud priorizados por riesgo de transmisión de tuberculosis y VIH/SIDA que reciben educación en el cuidado de la salud con la finalidad de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas para la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA promovida por el personal de salud en articulación con diversos actores sociales presentes en el territorio.

Dicha actividad se desarrolla en la vivienda de la familia, local comunal, local municipal, institución educativa o a través de Teleorientación síncrona.

Para el desarrollo de estas actividades, el personal de salud debidamente capacitado, deberá:

- Identificar y diagnosticar familias priorizadas según ficha familiar.
- Realizar el mapeo de los actores sociales involucrados con acciones de prevención y control del VIH/SIDA y tuberculosis, entre ellos: gobierno local, líderes comunales, instituciones educativas, programas sociales y actores de la sociedad civil; entre otros.
- Realizar acciones de incidencia y abogacía a nivel multisectorial e intergubernamental para la generación de entornos saludables.
- Socializar con los actores sociales, el análisis de las necesidades educativas de las familias priorizadas en población en riesgo de transmisión de VIH/SIDA y tuberculosis, y/o con algún miembro del hogar con factor de riesgo.
- Consensuar y unificar contenidos educativos con los actores locales que facilitarán la educación familiar y comunitaria.
- Realizar seguimiento y evaluación de las actividades educativas para la mejora de las prácticas y del entorno familiar.

### 3.1. ACTIVIDAD 5000062: PROMOVER EN LAS FAMILIAS PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS

#### 1. SUB PRODUCTO 4395201: FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (Trazador de Actividad 5000062 y de Producto) (Reg.52 y Reg.54)

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

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

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

- **Primera visita domiciliaria (1°):** En esta primera visita domiciliaria se desarrolla la Consejería Integral en *Prácticas Saludables*. Con una duración de **45 minutos**
- ❖ **La consejería Integral en Prácticas Saludables** involucra tocar los siguientes temas: alimentación saludable, higiene de la vivienda (limpieza y desinfección), ventilación e iluminación natural de la vivienda, lavado de manos, higiene respiratoria (cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo o un pañuelo desechable al toser y/o estornudar, eliminación adecuada de papel desechable y lavado de manos), distribución de los ambientes de la vivienda.
- **Segunda visita domiciliaria (2°):** Se desarrolla una Consejería Integral en *Medidas Preventivas*, además de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos durante la primera visita. Con una duración de **45 minutos**.

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

**RECUERDE:**

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

*Registro para la 1ra visita domiciliaria*

**Registro N°52**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
18	84751247		Secura	38	<del>A</del>	M	PC			1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R	1			99404.01
					M					2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	161			C0011
		58				<del>F</del>	Pab										
					D					Hb		R	R				

*Registro para la 2da visita domiciliaria*

**Registro N°53**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
18	84751247		Secura	38	<del>A</del>	M	PC			1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<del>D</del>	R	2			99401.36
					M					2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	161			C0011
		58				<del>F</del>	Pab										
					D					Hb		R	R				

**RECUERDE:**

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

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

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

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

- En el 1° casillero registrar Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno) / Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería (1, 2) según corresponda
- En el 2° casillero registrar Teleorientación Síncrona
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°54**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
18	84751247		Secura	38	<del>A</del>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R	1		99404.01
					M			TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R	161		99499.08
		58			<del>F</del>	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Registro N°55**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Brenda Corrales Miranda      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
18	84751247		Secura	38	<del>A</del>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<del>D</del>	R	2		99401.36
					M			TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R	161		99499.08
		58			<del>F</del>	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

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

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

### Registro para la 1ra visita domiciliaria

#### Registro N°56

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
29	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO		N	N	1. Consejería en habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1		99401.15
					M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	162		C0011
	60				<input checked="" type="checkbox"/> F		Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

### Registro para la 2da visita domiciliaria

#### Registro N°57

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
29	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO		N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2		99401.19
					M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	162		C0011
	60				<input checked="" type="checkbox"/> F		Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

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

#### ❖ Registro de la consejería a través de Teleorientación Síncrona

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N°58**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																								
29	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		N	N	1. Consejería en habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1		99401.15							
					<input checked="" type="checkbox"/> M																			
		60										<input checked="" type="checkbox"/> F		Pab										
					<input checked="" type="checkbox"/> D							P	D	R										

**Registro N°59**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º		2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Adriana Pacheco Navarte      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
29	84751247		Secura	38	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2		99401.19						
					<input checked="" type="checkbox"/> M																		
		60										<input checked="" type="checkbox"/> F		Pab									
					<input checked="" type="checkbox"/> D							P	D	R									

**2. SUB PRODUCTO 4395202: FAMILIAS QUE RECIBEN SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA (Reg. 60)**

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

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

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

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

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

Registro N°60

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	GESTANTE/PUERPERA								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
20	APP136			Sechura	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	10	2		C0009
					M			TALLA		C	2. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	2	161		C0010
					F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

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

**Para registro de VIH-SIDA:**

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

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°61**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	10	12	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
20	APP136			Secura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	10	2		C0009
					M			TALLA		C	2. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	2	162		C0010
					F		Pab	Hb		R	3.	P	D	R				

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

### 3. SUBPRODUCTO 4395203: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA (Trazador de actividad 5005987 - Reg.64 y Reg. 65)

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



#### Incidencia con directivos y docentes de instituciones educativas:

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

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

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

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

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

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

**Registro N°62**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	10	12	ETNIA	CENTRO POBLADO								1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
18	APP93			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	5	161		C0002
					M			TALLA		C		P	D	R				
					F		Pab	Hb		R		P	D	R				

**Para registro de VIH/SIDA:**

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

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

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

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

**Registro N°63**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D				R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
18	APP93		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	3	162		C0002
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

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

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

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°64**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D				R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
19	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	TP	161	C0005
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH/SIDA:**

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

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

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

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

**Registro N°65**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
19	APP144		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	15	TP	162	C0005
				M	M		TALLA	C	C		P	D	R				
				M	F	Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

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

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

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

En el 1º casillero registrar Asistencia técnica

- **En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes**
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
  - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
  - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
- En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

**Registro N°66**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
19	APP144		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	10	TP	161	C7004
				M	M		TALLA	C	C		P	D	R				
				M	F	Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH/SIDA:**

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

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

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

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

**Registro N°67**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
19	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	TP	162		C7004
				M			TALLA				P	D	R				
				M					C	C							
				F		Pab											
				D			Hb	R	R		P	D	R				

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

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

- En el 1º casillero registrar Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

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

**Registro N°68**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
17	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo de	P	<del>D</del>	R	15	TP	161	C7001
				M			TALLA		C	C	P	D	R				
				M													
				F		Pab											
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH/SIDA:**

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

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

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

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

Registro N°69

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
17	APP144		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de Monitoreo de	P	D	R	15	TP	162	C7001
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M		PaB					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**4. SUBPRODUCTO 4395204: COMUNIDADES CON LIDERES CAPACITADOS DESARROLLAN VIGILANCIA COMUNITARIA EN FAVOR DE ENTORNOS Y PRACTICAS SALUDABLES Y LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, VIH/SIDA. (Reg. 78 y Reg.79)**

Comunidades ubicadas en la jurisdicción de establecimientos de salud del 1º nivel de atención y del 2º nivel con población asignada, clasificados como alto y muy alto riesgo para tuberculosis, cuyos líderes de organizaciones comunitarias adscritas al gobierno local (incluye a los agentes comunitarios de salud) reciben educación y acompañamiento para promover prácticas y entornos saludables y la implementación de vigilancia comunitaria que contribuyan a la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA.

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

La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:

**Fase 1: PLANIFICACIÓN**

**Para registro de Tuberculosis:**

Incluye las siguientes acciones:

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N°70**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	2	5	161	C0021
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D							P	D	R				

**Para registro de VIH/SIDA**

Incluye las siguientes acciones:

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

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

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

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

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

**Registro N°71**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	2	5	162	C0021
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D							P	D	R				

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

Se desarrollará las reuniones en número de tres por año:

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

**Para registro de tuberculosis:**

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

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

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

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

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

Registro N° 72

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP138		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	10	VCO	161	C3151
				M			TALLA		C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

❖ **Para organizaciones comunitarias:**

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

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

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

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

**Registro N° 73**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Taller comunidad en	P	<del>D</del>	R	10	PSA	161	C0006
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

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

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

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

**Registro N° 74**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP138		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Sesión entrenamiento de agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	10	VCO	162	C3151
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **Para organizaciones comunitarias:**

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

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

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

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

**Registro N° 75**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Taller comunidad en	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	PSA	162	C0006
				M													
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

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

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

**Fase 2: EJECUCIÓN**

Incluye las siguientes acciones:

❖ **Aplicación de la vigilancia comunitaria**

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

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

**Registro N° 76**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	1	161	C0021
				M													
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral

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

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

**Registro N° 77**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
10	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	10	1	162	C0021
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M													
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**FASE 3: ACOMPAÑAMIENTO O ASISTENCIA TÉCNICA**

Esta fase se realiza a partir del acompañamiento del personal de salud a las acciones comunitarias de la vigilancia y educación de pares para la reducción de riesgos asociados a la tuberculosis y el VIH/SIDA. Se desarrollarán **02 acompañamientos** durante el año (**1 por semestre**), la duración para cada acompañamiento será de 45 minutos cada una.

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

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

**Registro N° 78**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
19	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	10	2	161	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M													
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica

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

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

**Registro N° 79**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
19	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	10	2	162	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				M		Pab											
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Fase 4: EVALUACIÓN**

Esta actividad está referida a informar por medio de reportes periódicos los avances que se tengan en la implementación de la Vigilancia Comunitaria, permitiendo la identificación de logros, dificultades o nudos críticos y lecciones aprendidas. Se desarrollará como mínimo **01 una reunión de evaluación al año (último trimestre del año)**, con una duración de **45 minutos**.

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

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

**Registro N° 80**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
	APP108		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	7	161		C7003
				M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1	M		Pab											
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación

- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el 2º casillero: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

Registro N° 81

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
19	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	1	162		C7003
				M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1	F		Pab											
					D			Hb	R	R		P	D	R			

### 5. SUBPRODUCTO 4395205: MUNICIPIOS IMPLEMENTAN ACCIONES PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO PARA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA SEGÚN DISTRITOS/ PROVINCIAS PRIORIZADOS (Reg. 88 y Reg.89)

Actividad dirigida a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial de distritos priorizados para tuberculosis y VIH/SIDA, que consiste en realizar asistencia técnica y abogacía para la elaboración del plan de acción multisectorial y programación presupuestal en acciones que promuevan la salud respiratoria y en el mejoramiento y mitigación de riesgos del entorno para la prevención de la tuberculosis y VIH/SIDA.

La modalidad de entrega de la actividad es a través de reuniones de trabajo en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación participativa, realizados por el personal de salud capacitado de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumpliendo un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria.

Dichas actividades se realizan a través de reuniones de trabajo en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación participativa, realizado en el local municipal u otro ambiente que los participantes consideren conveniente; incluye también Telegestión y Telecapacitación. Para ello se deben de realizar las siguientes actividades:

#### FASE 1: PLANIFICACIÓN

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

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

#### Para registro de Tuberculosis:

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

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

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

➤ En el casillero Lab 3: registrar el número 161 de Actividad de TBC  
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 82**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
18	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión Municipio con	P	<del>D</del>	R	1	FP	161	C0001
				M			TALLA		C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

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

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

**Registro N° 83**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
19	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión Municipio con	P	<del>D</del>	R	1	FP	162	C0001
				M			TALLA		C		P	<del>D</del>	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				



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

**FASE 2: ASISTENCIA TÉCNICA**

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

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

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

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

**Registro N° 84**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
04	APP96		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	8	3	161	C7004	
				M			TALLA		C	C	P	D	R					
			SECTOR 1		F	Pab	Hb		R	R	P	D	R					
				D								P	D	R				

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

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

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

**Registro N° 85**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
04	APP96		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	9	3	162	C7004	
				M			TALLA		C	C	P	D	R					
			SECTOR 1		F	Pab	Hb		R	R	P	D	R					
				D								P	D	R				

**FASE 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN**

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

❖ **MONITOREO:**

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

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

**Registro N° 86**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
14	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión monitoreo de	P	<del>D</del>	R	5	2	161	C7001					
					M																		
				SECTOR 1	M			TALLA		C	C		P	D	R								
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R								

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

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

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

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

**Registro N° 87**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
14	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión monitoreo de	P	<del>D</del>	R	7	2	162	C7001					
					M																		
				SECTOR 1	M			TALLA		C	C		P	D	R								
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R								

❖ **EVALUACIÓN**

**Para registro de Tuberculosis:**

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

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

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

**Registro N° 88**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
14	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	8	2	161	C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	F		Pab											
				D			Hb		R	R		P	D	R			



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

**Para registro de VIH-SIDA**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
    - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda:
      - 1= Si cumplió más del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH/SIDA
      - 2= Si cumplió menos del 50% de actividades programadas el Plan Local articulado para la prevención y control de VIH/SIDA
    - En el casillero Lab 3: registrar el número 162 de Actividad de VIH/SIDA
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” En el ítem Lab se registrará:

**Registro N° 89**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
14	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	8	2	162	C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	F		Pab											
				D			Hb		R	R		P	D	R			

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

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

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

Y/O

#### IV. PP 0017 METAXÈNICAS Y ZONOTICAS

##### PRODUCTO 3043977: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS

ACTIVIDADES	Pág.
<b>3.3. ACTIVIDAD 5000087: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO.</b>	
1 4397701: Familias que reciben sesiones demostrativas desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas. (Sub producto Trazador)	67
2 4397702: Familias que reciben sesiones educativas desarrollan prácticas saludables para la prevención de las enfermedades zoonóticas.	69
<b>3.4. ACTIVIDAD 5005989: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÈNICAS Y ZONOTICAS.</b>	
3 4397703: Comunidades priorizadas en el distrito que están implementando la vigilancia comunitaria asociada a enfermedades metaxénicas y zoonóticas. (SP Trazador de actividad)	70
4 4397704: Municipios (Comité Multisectorial) capacitado y articulado para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad metaxénica o zoonótica.	73
5 4397705: Docentes, Directivos y Padres de familia, capacitados y comprometidos a desarrollar acciones para la promoción de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénica y zoonóticas.	76

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
01	Actividad de Malaria		
02	Actividad de Chikungunya	C7004	Asistencia técnica
03	Actividad de Zika	C3071	Movilización social
04	Actividad de Zoonosis (Rabia)		<b>APP</b>
05	Actividades de Dengue	APP136	Familia y vivienda
06	Actividades de Bartonellosis	APP108	Actividades en Comunidad
07	Actividad de fiebre Amarilla	APP104	Actividades en Municipios
08	Actividades de Chagas	APP93	Actividad con IE
09	Actividades de Leishmaniasis	APP96	Actividades con Comité Multisectorial
		APP144	Actividad con docentes
			<b>CAMPO LAB</b>
010	Actividades de Peste	VCO	Vigilancia comunitaria
011	Actividad de Leptospirosis	PDS	Promotor de salud / Agente comunitario de la salud
012	Actividad de Tifus	FE	Fase de ejecución
013	Actividades de Equinococosis	FSE	Fase de sensibilización
	<b>SESIONES</b>	FP	Planificación Participativa
C0009	Sesión educativa	IN	IE del nivel Inicial
C0010	Sesión demostrativa	TP	IE del nivel Primario
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios de salud	TS	IE del nivel Secundaria

**GESTIÓN**

**PRINCIPALES CODIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS METAXÉNICAS Y ZOONÓTICAS.**

**PRODUCTO 3043977: FAMILIA CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOTICAS**

Reciben el producto las familias que viven en distritos con elevado riesgo de enfermar o morir por alguna enfermedad Metaxénicas y Zoonóticas (EMZ), que son priorizadas para acciones de prevención y control, a través de:

- **A1:** Actividades educativas
- **A2:** Vigilancia comunitaria
- **A3:** Acciones de mejora o mitigación de las condiciones del entorno comunitario que, entregadas simultáneamente, disminuyen el riesgo de estos daños.

Son realizadas en un ambiente municipal, local comunal, centro de salud, centro educativo, iglesia, e incluso vivienda familiar u otro ambiente que se considere conveniente y entregadas por personal de salud capacitado.

**4.1. ACTIVIDAD 5000087: PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO**

**1. SUBPRODUCTO 4397701: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS** (Trazador de actividad 500087 y producto - Reg. 91)

❖ **01 Consejería**

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

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

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

- En el 1º casillero Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
  - En el casillero Lab 1: registrar las siglas según corresponda
    - **VR=** Cuando la consejería se centra sensibilizar a la familia sobre la importancia de la apertura de sus casas para intervenciones sanitaria
    - **HA=** Cuando la consejería se centra en la higiene y ordenamiento de la vivienda para eliminación de criaderos
- En el 2º casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar **SIEMPRE** el número 05 de Actividad de Dengue

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

Registro N° 90

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Wendy Quispe Chávez											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
20	70659896		Tarapoto	29	M	PC	PESO	70	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente ( vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R	HA			99404.01

188					M				TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita integral	familiar	P	<del>D</del>	R	05				C0011
	58				D	<del>F</del>	Pab		Hb		R	R			P	D	R					

❖ **Sesiones educativas y demostrativas**

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

❖ **Para las sesiones educativas:**

Contenidos para las sesiones educativas:

- **1° Sesión Educativa:** Almacenamiento y mantenimiento adecuado de agua (recipiente con tapa), limpieza y escobillado de recipientes que conservan agua, identifica y elimina potenciales criaderos del vector (inservibles), limpieza y refacción de viviendas.
- **2° Sesión Educativa:** Implementación de medidas preventivas (uso de mosquiteros, uso de ropa apropiada y repelente e identificación de señales de peligro), conservación adecuada del larvicida dentro del recipiente de agua, y el uso adecuado de otra tecnología dispuesta para la vigilancia vectorial, entre otros temas priorizados de las metaxénicas prevalentes en la zona<sup>(3)</sup>.

❖ **Para una sesión demostrativa:**

Contenidos para las sesiones demostrativas:

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

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

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

- En el 1° casillero Sesión Educativa
- En el 2° casillero Sesión Demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión demostrativa 1 o 2 según corresponda
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de enfermedad metaxénica (pag.69)

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

**Registro N° 91**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				

<sup>3</sup> Otras enfermedades metaxénicas según sea el caso, considerar: lavado de manos, higiene de la vivienda, tapado de grietas en las paredes, limpieza peri-domiciliaria del huerto, corte de maleza 100 metros a la redonda de la vivienda, tapado de charcos, no exposición en lugares y horas donde circula el vector. En todos los casos las familias deben conocer signos de alarma según daño al que están expuestos.

28	70226598	Tarapoto	38	A	M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R			C0009
	2589			M			TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	2	02	C0010
	58			<del>F</del>			Pab	Hb		R	R	P	D	R			

## 2. SUBPRODUCTO 4397702: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ZONOTICAS. (Reg.93)

### ❖ 01 Consejería

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

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

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

- En el 1º casillero Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
- En el 2º casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar **SIEMPRE** el número 04 de Actividad de Rabia

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

#### Registro N° 92

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Wendy Quispe Chávez																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
20	70659896	Tarapoto	29	<del>A</del>	M	PC	PESO	70	N	N	1. Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente ( vivienda y entorno)	P	<del>D</del>	R			99404.01
	188			M			TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	04		C0011
	58			<del>F</del>			Pab	Hb		R	R	P	D	R			

### Sesiones educativas y demostrativas

La actividad se ejecuta en el local comunal o la que haga sus veces, haciendo uso del material educativo comunicacional de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas.

Esta actividad se desarrolla a través de 02 sesión educativa y 02 sesiones demostrativas, con 15 familias participantes. La duración de cada sesión educativa será de 45 minutos cada una y 3 horas de duración cuando hay sesión demostrativa.

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

#### Para las sesiones educativas:

Contenidos para las sesiones educativas:

- o **1º Sesión Educativa:** Lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño, y después de manipular/acariciar a sus animales, aseo del baño o letrina una vez al día, Almacenamiento de la basura dentro de la vivienda antes de botarla en un recipiente o contenedor cubierto. Utiliza Equipo de Protección Personal (EPP) en actividades agropecuarias (botas y guantes). No se baña en aguas estancadas. Coloca mallas en las ventanas de su vivienda y tiene

espacios limpios y exclusivos para la crianza de animales menores y mayores. Cuida responsablemente a sus mascotas: (alimento, higiene, salud: lo vacuna y lo desparasita periódicamente).

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

❖ **Para las sesiones demostrativas:**

Contenidos para las sesiones demostrativas:

- o **1° Sesión Demostrativa:** Lavado de manos, disposición adecuada de residuos sólidos en la vivienda, almacenamiento adecuado de granos, higiene personal e higiene de los alimentos, protección del agua para beber y disposición adecuada de alimentos, disposición de residuos sólidos, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración.
- o **2° Sesión Demostrativa:** Limpieza y refacción de viviendas medidas preventivas en el uso de mosquiteros, tenencia responsable de animales, control de roedores e identificación de situaciones de riesgo y notificación de animales enfermos y muertos.

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

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

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

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

Registro N° 93

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
17	70226598		Tarapoto	38	M	PC	PESO	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	2			C0009
	2589						TALLA	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	010			C0010
		58						Hb		R	R		P	D	R			

**4.2. ACTIVIDAD 5005989: VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS**

**3. SUBPRODUCTO 4397703: COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTÁN IMPLEMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZOONOTICAS. (Trazador de Actividad 5005989 - Reg.96)**

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

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

- ⇒ **Enfermedades Metaxénicas:** Se vigilará en el entorno de la comunidad presencia de montículos de residuos sólidos (potenciales criaderos de zancudo Aedes aegypti), zonas inundadas o con aguas estancadas, áreas de reciclaje al aire libre, llanterías o

vulcanizadoras en inadecuadas condiciones. Maleza crecida alrededor de viviendas, uso de floreros con agua en cementerios grutas, iglesias, zonas industriales o de producción con potenciales criaderos de zancudos, fuentes de agua, tuberías o caños malogrados que gotean agua, grietas en las paredes y techos de las viviendas

- ⇒ **Enfermedades zoonóticas:** Los aspectos sujetos de la vigilancia comunitaria dependen del tipo de zoonosis priorizadas y son: Presencia de epizootias (muerte de animales), incremento de animales (canes vagabundos, murciélagos hematófagos, roedores y pulgas, caracoles), presencia montículos de basura, aguas estancadas, charcos y pantanos. Uso del campo abierto para eliminar excretas humanas, zonas de faenamiento o beneficio clandestino de ganado.

**La implementación de la vigilancia comunitaria tiene los siguientes procesos:**

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

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

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

- En el 1º casillero Visita Comunitaria Integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número del 1, 2 y 3 según la acción que corresponda
  - En el casillero Lab 2: cuando Lab1 es 2, se registra el número de comunidades a vigilar Cuando Lab1 es 1 o 3 se deja en blanco.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria.

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

**Registro N° 94**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP108		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	P	<del>D</del>	R	2	5	07	C0021
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
			SECTOR 1	D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

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

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

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

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

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

**Registro N° 95**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								

28	APP108	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Taller comunidad	en	P	<del>D</del>	R	8	PDS	07	C0006
			M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R					
			M			F	Pab				P	<del>D</del>	R				
			D			Hb	R	R		P	D	R					

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

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

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

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

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

**Registro N° 96**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
30	APP108	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita comunitaria integral	en	P	<del>D</del>	R	4	FE	07	C0021
			M			TALLA	C	C		P	D	R					
			M			F	Pab				P	<del>D</del>	R				
			D			Hb	R	R		P	D	R					

**Acciones de movilización comunitaria**

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

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

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

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

**Registro N° 97**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									

30	APP108	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Movilización social	P	<del>D</del>	R	4		C3071
	M		TALLA			C	C	2. Campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	5	FE	05	C6091
	D		F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

### Acompañamiento y evaluación de la vigilancia

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

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

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

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

Registro N° 98

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
30	APP108	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Visita Comunitaria Integral	P	<del>D</del>	R	12		C0021		
	M		TALLA			C	C	2.Reunión monitoreo de	P	<del>D</del>	R	07		C7001			
	D		F	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

#### 4. SUBPRODUCTO 4397704: MUNICIPIOS (COMITÉ MULTISECTORIAL) CAPACITADO Y ARTICULADO PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO DE ENFERMAR O MORIR POR ALGUNA ENFERMEDAD METAXENICA O ZOONOTICA (Reg.103).

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

Incluye las siguientes acciones:

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

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

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

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

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

**Registro N° 99**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
8	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión Municipio en	P	<del>D</del>	R	2	07		C0001
				M	F	Pab	TALLA		C	C	P	D	R				
				D			Hb		R	R	P	D	R				

**❖ CONFORMACIÓN Y REUNIONES DEL COMITÉ MULTISECTORIAL**

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

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

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

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

**Registro N° 100**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP96		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Constitución de Comités Multisectoriales	P	<del>D</del>	R	FSE	07		C3061
				M	F	Pab	TALLA		C	C	P	D	R				
				D			Hb		R	R	P	D	R				

Incluye las siguientes acciones:

1. Asistencia técnica para elaboración del plan multisectorial.

2. Asistencia técnica para la apertura de programas presupuestales para gobiernos locales.

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

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

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

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

**Registro N° 101**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP96		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	FP	07	C7004
				M			TALLA		C		P	<del>D</del>	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

Incluye las siguientes acciones:

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

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

**1. MONITOREO**

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

- En el 1º casillero reunión de **Monitoreo**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reuniones de acompañamiento que realiza
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

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

**Registro N° 102**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP96		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	4	07		C7001
				M			TALLA		C		P	D	R				
				D	F	Pab											

				D				Hb		R	R			P	D	R				
--	--	--	--	---	--	--	--	----	--	---	---	--	--	---	---	---	--	--	--	--

## 2. EVALUACIÓN

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

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

- En el 1º reunión de **Evaluación**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según tipo de Enfermedad Metaxénica y zoonosis priorizada para la vigilancia comunitaria

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

Registro N° 103

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
12	APP96		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	07					C7003
				M	M		TALLA		C		P	D	R						
				F		Pab													
				D			Hb		R	R		P	D	R					

## 5. SUBPRODUCTO 4397705: DOCENTES, DIRECTIVOS Y PADRES DE FAMILIA, CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS A DESARROLLAR ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICA Y ZOONÓTICAS. (Reg.108)

Acción educativa y de acompañamiento a los docentes y padres de familia de la institución pública de educación básica regular del nivel inicial, primaria y secundaria que desarrolla acciones educativas, proyectos de aprendizaje y acciones participativas en relación a las prácticas saludables para la prevención y control de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas.

Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en el local de la institución educativa, local comunal u otros que se considere pertinente. El personal de salud capacitado realiza las siguientes acciones:

### Taller Educativo dirigido a docentes

Esta actividad consiste en fortalecer las capacidades del docente para la planificación y ejecución de acciones educativas frente a las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, es realizada por el personal de salud, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad. Para registrar los talleres de capacitación dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - IN** = IE del nivel Inicial
    - TP** = IE del nivel Primaria
    - TS** = IE del nivel Secundaria
    - TE** = IE del nivel Especial
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

Registro N° 104

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

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		12								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	P									D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP144		Cámana	A		PC	PESO	N	N	1.Taller para instituciones educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	TS	05	C0005
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Quando el docente capacitado desarrolla el proyecto/sesión de aprendizaje relacionados a la prevención de las enfermedades Metaxénica y Zoonóticas se registrará:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**

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

- En el 1º casillero Visita de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de alumnos participantes del proyecto o sesión de aprendizaje
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

**Registro N° 105**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		12								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	P									D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
18	APP144		Cámana	A		PC	PESO	N	N	1.Visita de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	16	010		C7003
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Concurso Interescolar para la prevención de las Enfermedades Metaxénicas**

Es aquella intervención que se realiza en las Instituciones Educativas ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que consiste en participar en el concurso de recojo y eliminación de criaderos de zancudos predominantes en esa zona. En un concurso la DREL/UGL invita a participar a un número de instituciones educativas de esa zona en coordinación con salud y gobierno local. La lógica del concurso es que no solo se recoge los criaderos de la institución educativa, sino que los alumnos y padres recojan y traigan de sus casas los criaderos predominantes de la zona a la institución educativa el día señalado del concurso. El ganador es la institución educativa que más peso per cápita de criaderos de zancudo recoge y elimina.

Como mínimo dos concursos inter escolares al año en el distrito de riesgo, previos al periodo de lluvias.

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

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación

- En el casillero Lab 1: registrar el número de instituciones educativas participantes en el concurso
- En el 2° casillero Campaña de Recolección y Eliminación de criaderos
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de concurso Interescolar realizado en el distrito (2 al año)
  - En el casillero Lab 2: registrar el total de toneladas de criaderos recogidas en el concurso
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 106**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
10	APP93		Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	4			C7003
				M	F	Pab	TALLA		C	2. Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	1	24	05	C6091
				D			Hb		R	R							

**Incidencia a Directivos y Docentes:**

Esta actividad está a cargo del personal del Establecimiento de Salud, quien hará Incidencia a los directivos y docentes capacitados por la Micro Red de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. **Se desarrollará Una reunión de 30 minutos**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP93** Actividades con instituciones educativas.

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

- En el 1° casillero colocar Reunión en instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según donde se desarrolla la actividad
    - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
    - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
    - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

**Registro N° 107**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
07	APP93	Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión institucionales educativas	en	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	13	TP	05	C0002		
			M			TALLA		C	C		P	D	R						
			F			Pab	Hb		R	R		P	D	R					
			D																

**Acompañamiento al directivo:**

Se desarrollará en el monitoreo pedagógico, a través de una reunión de 60 minutos. Cada institución educativa se acompañará al menos a dos (2) tutores (incluye las instituciones unidocente). Por Cada I.E. se desarrollarán 01 acompañamiento.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP144 Actividad con Docentes**

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

- En el 1º casillero Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de tutores
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según donde se desarrolla la actividad
    - **IN=** que corresponde a IE del nivel Inicial.
    - **TP=** que corresponde a IE del nivel Primaria.
    - **TS=** que corresponde a IE del nivel Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número según corresponda
    - según códigos de Metaxénicas o Zoonosis

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

**Registro N° 108**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
07	APP144	Cámana	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión monitoreo	de	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	TS	05	C7001	
			M			TALLA		C	C		P	D	R					
			F			Pab	Hb		R	R		P	D	R				
			D															

## V. PP 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

**PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)**

ACTIVIDADES	Pág.
<b>3.5. ACTIVIDAD 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>	
1 4398801: Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (SP Trazador)	82
<b>3.6. ACTIVIDAD 5005996: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.</b>	84
2 4398802: Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles	84
3 4398803: Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal (SP Trazador de actividad)	87
4 4398804: Líderes comunitarios capacitados realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos	92

## PRINCIPALES CODIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS DE ENT

### **PRODUCTO 3043988: FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

Enfermedades no trasmisibles como la Hipertensión, Diabetes Mellitus y Malnutrición (Sobre peso y Obesidad), Caries dental, Metales pesados. Esta actividad consiste en realizar 06 sesiones educativas y/o demostrativas a un grupo máximo de 25 representantes de familias en las cuales se les brindan conocimientos sobre los estilos de vida saludables, orientados a generar cambios conductuales para el cuidado de la salud que contribuya a la calidad de vida de las familias; por ello se abordan contenidos relacionados a alimentación saludable, actividad física, higiene oral, salud ocular, sueño adecuado y gestión del estrés. Excepcionalmente en los distritos con presencia de metales pesados, se realizará una sesión adicional al respecto, con lo que se realizarían 07 sesiones educativas y/o demostrativas

Es desarrollada por el responsable de promoción de la salud capacitado y lo realiza en el local comunal u otro que se considere pertinente; mediante reuniones comunitarias, reuniones de padres de familia, visitas domiciliarias o tele orientación, dirigidas a familias con niño, adolescente o adulto mayor. Se considera familia intervenida cuando al menos un miembro de la familia recibe el todo el paquete básico. Asimismo, se considera familia capacitada cuando al menos un miembro de la familia recibe el paquete completo

Según las condiciones sanitarias, la actividad se desarrolla presencialmente en un local comunal, Institución Educativa, vivienda familiar u otro que se considere necesario; sin embargo, si las condiciones sanitarias u otras dificultades impiden su desarrollo presencial, esta puede desarrollarse de manera remota, con el uso de las tecnologías de la comunicación, como medios electrónicos o telefónicos, mediante videollamadas o videoconferencias

**CÓDIGO DIAGNÓSTICO / CÓDIGO DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD**

**RECUERDE:** Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 20 horas por año como mínimo.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO /	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
010	Actividades de Daños no transmisibles		<b>CAMPO LAB</b>
181	Actividades de Metales Pesados	ALI	Alimentación saludable /Módulo educativo
		AFI	Actividad Física /Módulo educativo
	<b>SESIONES</b>	SBU	Salud Bucal/ Módulo educativo
C0009	Sesión educativa	IE	Institución educativa
C0010	Sesión demostrativa	UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		PAT	Plan aprobado
	<b>GESTIÓN</b>	IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
C0001	Reunión en Municipio	TP	Módulo terminado en IE nivel primario
C0002	Reunión en Institución Educativa	TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
C6121	Vigilancia en metales pesados	TE	Módulo terminado en IE nivel especial
C7001	Reunión de monitoreo	LMA	Módulo Educativo de Lavado de Manos
C7003	Reunión o visita de evaluación	SO	Módulo Educativo de Salud Ocular
C7004	Asistencia Técnica	SVI	Módulo Educativo de Seguridad Vial
	<b>TALLERES</b>	FO	Fase de organización
C0005	Taller para Instituciones Educativas	CMP	Promoción de conductas saludables y factores protectores frente a la exposición de metales pesados
	<b>APP</b>	TA	Termino de Actividad
APP136	Familia y vivienda		
APP104	Actividad con Municipio		
APP144	Actividades con Docentes		
APP108	Actividad en Comunidad		

Acciones a desarrollar por el personal de salud del establecimiento de salud capacitado:

### 5.1. ACTIVIDAD 5005995: PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

#### 1. SUB PRODUCTO 4398801: FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (Trazador de Actividad 5005995 y de producto - Reg. 112)

Su registro deberá realizarse de manera individual de cada uno de los participantes (representantes de familia). La duración de cada sesión será de **45 minutos** en promedio cada una.

En las sesiones educativas y demostrativas se desarrollarán los siguientes contenidos:

**-Sesión educativa y demostrativa en Alimentación Saludable (ALI):** Se desarrollarán contenidos relacionados a prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas, verduras, granos integrales y semillas; reducir el consumo de productos refinados (sal, azúcar, otros) y evitar productos procesados (con octógonos).

- **Sesión educativa y demostrativa en actividad física (AFI):** Se desarrollarán contenidos sobre la importancia de la vida activa regular en los siguientes dominios: doméstico o familiar, laboral, educativo, recreativo y transporte; así como evitar las actividades sedentarias
- **Sesión educativa y demostrativa en salud bucal (SBU):** Correcto cepillado dental y uso del hilo dental; insumos para el cepillado dental; momentos del cepillado dental; medidas preventivas en salud bucal y evitar alimentos no cariogénicos.
- **Sesión educativa y demostrativa en Salud Ocular (SO):** Postura e iluminación en la visión; Distancia de exposición a medios visuales y audiovisuales; ejercicios visuales; higiene; protección ocular; alimentación. Así como la adherencia a lentes correctores, según corresponda
- **Sesión educativa y demostrativa en Sueño Adecuado (1):** Cantidad y calidad del sueño nocturno; rituales previos al sueño; alimentación; mantenimiento los ritmos circadianos
- **Sesión educativa y demostrativa en Gestión del Estrés (2):** Identificación de las situaciones estresantes y las emociones que generan; elementos distractores; reinterpretación de la realidad; ubicación en el presente y organización a corto plazo
- **Sesión educativa y demostrativa en Metales Pesados:** Identificación de los Metales Pesados; evitar la exposición o sobre exposición; desintoxicación del cuerpo; higiene de los alimentos y cuidado del agua.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia.**

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

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

- En el 1º casillero **Sesión educativa**
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla o número según corresponda de acuerdo a las temáticas que se estén desarrollando.
    - ALI= Alimentación Saludable
    - AFI= Actividad Física
    - SBU= Salud Bucal
    - SO= Salud Ocular
    - 1= Sueño Adecuado
    - 2= Gestión del Estrés
- En el 2 casillero **Sesión demostrativa**
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

*Cuando se desarrolla más de una temática en una sesión*

Registro N° 109

#### Familia capacitada frente a las enfermedades no transmisibles

Registro N° 111

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO		ESTA- BLEC	SER- VICIO		TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
-----	--------	---------	-------------------------	------	------	--	------------	------------	--	---------------------	-----------	------------------

DIA	HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>Melva Chávez Huamán</b> / <b>María Torres Grados</b>											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	70226598 <b>70283289</b>		Tarapoto	38	M	PC	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	ALI	AFI	SBU	C0009
10	2589 444	58	Tarapoto	31	M	Pab	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	018			C0010
		58			D	F		R	R		P	D	R				

**Registro N° 112**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <b>María Torres Grados</b>											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
28	<b>70283289</b>		Tarapoto	31	M	PC	70	N	N	1.Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	SO	1	2	C0009
	444	58			M	Pab	1.68	<del>C</del>	<del>C</del>	2.Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R	018			C0010
					D	F		R	R		P	D	R				

### 5.2. ACTIVIDAD 5005996: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Los actores sociales (Funcionario o servidor municipal; docente y directivos de institución educativa pública de Educación Básica y Superior; autoridades, docentes y administrativos de universidades; Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad) reciben información relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, a fin de cada actor social desarrolle acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y las prácticas saludables. Para ésta actividad se considera.

### 2. SUBPRODUCTO 4398802: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACION DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES. (Reg.114)

Esta actividad es realizada por el responsable de Promoción de la Salud del establecimiento de mayor capacidad resolutoria presente en el distrito, quien comparte información bimestral a las autoridades, funcionarios o servidores municipales, sobre la situación de las enfermedades no trasmisibles a nivel local, a fin que implementen políticas, programas, proyecto y/o desarrollen acciones dirigidas a mejorar condiciones que favorezcan las prácticas saludables de alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión del estrés, salud bucal, salud ocular y evitar la sobre exposición a metales pesados.

Se realiza a través de **al menos ocho reuniones de trabajo con el gobierno local**, desarrolladas en ambientes de la Municipalidad, Establecimiento de Salud o donde acuerden, la duración variará, de acuerdo al tipo de reunión

**Para ello se debe desarrollar las siguientes acciones:**

## FASE 1: PLANIFICACIÓN

Considera una reunión de incidencia y tres reuniones de planificación:

- ✓ La reunión de incidencia/Sensibilización (FSE) se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito presentar la problemática, así como la propuesta de intervenciones a realizar para mejorar las condiciones de vida de la población; se desarrolla en una reunión de un tiempo máximo de 45 minutos.
- ✓ La reunión de planificación (PP), se realiza con el o los técnicos designado por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales; tiene como propósito elaborar un cronograma anual o multianual de intervenciones para mejorar las condiciones de vida y reducir las condiciones obesogénicas en el distrito. Se realiza en tres reuniones, cada una durante 45 minutos en promedio

Nota: Para fines de avance de meta se considerará al menos 02 reuniones

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con Municipios**

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número reunión (1, 2, 3 o 4, según corresponda)
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - (FSE) Fase de Sensibilización
    - (PP) Fase de Planeamiento/planificación participativa
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

Registro N° 113

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
10	APP104		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión municipio	en	P	<del>D</del>	R	2	FSE	018	C0001
				M			TALLA		C			P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

## FASE 2: REUNIÓN DE ORGANIZACIÓN

Se realiza con el o los técnicos designados por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales. Tiene como propósito acompañar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida. Se consideran al menos tres reuniones, de una duración promedio de 45 minutos cada una

Nota: Para fines de avance de meta se considerará al menos 01 reuniones

**RECUERDE:** Estas acciones incluyen las relacionadas a la asignación presupuestal en el **PP Enfermedades no transmisibles por el gobierno local.**

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

- En el 1º casillero Reunión en municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FO" de fase de organización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

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

**Registro N° 114**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º	
	ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
10	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión municipio en	P	<del>D</del>	R	6	FO	018	C0001
					M			TALLA		C		P	D	R				
					M		Pab				C		P	D	R			
					D	F		Hb		R	R	P	D	R				

**FASE 3: REUNIÓN DE EVALUACIÓN**

Reunión de evaluación, se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito evaluar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Se realiza en al menos una reunión de una duración promedio de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con Municipios**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación.
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

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

**Registro N° 115**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º	
	ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
22	APP104			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Reunión evaluación de	P	<del>D</del>	R	7	018		C7003
					M			TALLA		C		P	D	R				
					M		Pab				C		P	D	R			
					D	F		Hb		R	R	P	D	R				

**RECUERDE:** Se recomienda que las acciones de evaluación se programen durante el **4º trimestre del año.**

**3. SUBPRODUCTO 4398803: DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL.** (Trazador de actividad 5005996 - Reg.122)

Son acciones que se realizan en la Institución Educativa de Educación Básica (nivel inicial, primario y secundario) y/o Superior para que implementen proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las

condiciones de estudio y/o trabajo, en temas relacionados a la alimentación saludable, actividad física, salud bucal, salud ocular, sueño adecuado y gestión del estrés; así como la prevención de riesgos por exposición a metales pesados (en zonas priorizadas).

Las acciones desarrolladas se registrarán de la siguiente manera:

**Acciones de la Red de Salud en Educación Superior.** El personal de la Red de Salud en articulación con la DIRESA/GERESA, o quien haga sus veces, realiza, dos reuniones con autoridades y cuatro reuniones de asistencia técnica a las universidades y/o institutos superiores; estas actividades se realizan en el local de la Universidad, Instituto Superior, o la que se designe para tales fines. Según sea el caso, realizarán:

❖ **REUNIÓN DE INCIDENCIA**

- ✓ Se realiza con las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables, para la conformación o fortalecimiento del Comité de Gestión de Universidades Saludables. Se realiza en una reunión de 45 minutos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP 163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FSE" de Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

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

**Registro N° 116**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
22	APP163		Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	8	FSE	018	C0002	
				M			TALLA		C		P	D	R					
					M					C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**RECUERDE:** El número de reunión es de **01 al año**, es importante que en esta reunión participen autoridades universitarias

❖ **REUNIÓN DE PLANIFICACIÓN**

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables, con quién se elabora la programación conjunta de proyectos y/o actividades a realizar por cada institución. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "PP" de Fase de Planificación participativa
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no transmisibles

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "

**Registro N° 117**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	

22	APP163	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	7	PP	018	C0002
			M			TALLA				P	D	R				
			D			F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

### ❖ REUNIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito acompañar la implementación proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo. Se consideran al menos dos reuniones de una duración promedio de 45 minutos cada una. (2 Reuniones)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión según corresponda 1 o 2
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

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

#### Registro N° 118

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
22	APP163	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	9	2	018	C7004			
			M			TALLA				P	D	R							
			D			F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

### ❖ REUNIÓN DE EVALUACIÓN

Se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito evaluar la implementación de proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Se realiza en una reunión que tiene una duración promedio de 45 minutos.

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el APP163 Actividades con Universidades

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

- En el 1º casillero colocar Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

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

#### Registro N° 119

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12										

GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
22	APP163	Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	9	018		C7003	
			M	M		TALLA						P	D	R				
			D	F	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

### ❖ REUNIÓN DE INFORME

Se realiza ante las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables. Tiene como propósito presentar el informe de intervenciones a realizadas para mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; el mismo que contiene los logros, avances de resultados, puntos críticos, lecciones aprendidas y recomendaciones. Tiene una duración promedio de 45 minutos. (1 Reunión)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP163 Actividades con Universidades**

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FI" de Fase de informe
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

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

#### Registro N° 120

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
22	APP163	Tarapoto	A		PC	PESO		N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	7	FI	018	C0002	
			M	M		TALLA						P	D	R				
			D	F	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

**RECUERDE:** El número de reunión es de **01 al año**, es importante que se precise la sigla "FI" de fase de informe, para diferenciarla de las otras reuniones

### ❖ INCIDENCIA ante la Institución educativa

Para la programación conjunta con la hoja de ruta para la capacitación en su ámbito, dirigida a docentes y directivos. Se realiza en una reunión de **45 minutos**.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP93 Actividades con Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero colocar Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

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

#### Registro N° 121

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO			ESTABLEC	SERVICIO		TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
-----	--------	---------	-------------------------	------	------	--	--	----------	----------	--	---------------------	-----------	------------------

DIA	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA							P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																
20	APP93		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	D	R	8	018	C0002
				M			TALLA		C	C	P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R			

**RECUERDE:** Se realiza una (01) reunión al año

### ❖ CAPACITACIÓN A DOCENTES Y DIRECTIVOS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Dirigida a docentes y directivos de instituciones educativas públicas. Se realiza en un taller de capacitación por cada nivel de educación; cuya duración y contenidos dependerá del nivel de educación al que corresponden.

**Nota:** Para fines de avance de meta se considerará al menos 01 un taller de capacitación cual sea el nivel de educación.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **APP144 Actividades con Docentes**.

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

- En el 1º casillero colocar Taller para instituciones educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el nivel de educación que corresponde, según las siguientes siglas:
    - **IN** = Cuando corresponde al Nivel Inicial
    - **TP**=Cuando corresponde al Nivel Primaria
    - **TS**= Cuando corresponde al Nivel Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

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

#### Registro N° 122

DIA	D.N.I.		DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FINANC.									P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	APP144		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para instituciones educativas	P	D	R	8	IN	018	C0005
				M			TALLA		C	C	P	D	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**RECUERDE:** Se realiza al menos una (01) reunión al año cual sea el nivel de educación; sin embargo, puede realizar más de una capacitación si fuera necesario para el cumplimiento de la meta.

- ✓ **Acciones de los Establecimiento de Salud en Educación Básica**, el personal del Establecimiento de Salud, realizará:

### INCIDENCIA

Dirigida a los directivos y docentes capacitados de su jurisdicción, para la **programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje**. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FSE" de Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

Registro N° 123

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
20	APP144		Anco Huallo	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	8	FSE	018	C0002
				M	M		TALLA		C	C	P	D	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

### ❖ ACOMPAÑAMIENTO - MONITOREO

Dirigido al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y sesiones de aprendizaje. Se realiza en al menos una reunión de 45 minutos.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar la sigla "PAT" (Plan Aprobado)
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 018 de Actividad de daños no trasmisibles

Tener en cuenta que: Si el Plan Anual de Trabajo Aprobado de la IE ha incorporado acciones de salud deberá colocar "PAT" (Plan Aprobado) en el 3º casillero del campo Lab.

Registro N° 124

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
05	APP144		Anco Huallo	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	3			C0002
				M	M		TALLA		C	C	2. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	PAT	018	C7001
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

#### 4. SUBPRODUCTO 4398804: LIDERES COMUNITARIOS CAPACITADOS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCION DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS (Reg.127)

El responsable de Promoción de la Salud del establecimiento brinda sesiones educativas y/o demostrativas sobre alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión de estrés, salud bucal, salud ocular y reducción de la exposición a metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos; estas sesiones se articulan con la municipalidad y están dirigidas a los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad, a fin que implementen acciones para el cuidado de la salud individual y comunitaria, entre ellas la vigilancia comunitaria, dirigida a mejorar las condiciones de su entorno.

Estas acciones se realizan en locales comunales, salas municipales u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.

#### FASE 1: REUNIÓN DE INCIDENCIA

Participan los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad. Se puede convocar conjuntamente con la municipalidad, cuyo técnico designado por la autoridad local puede participar en la reunión. Tiene como propósito mostrar datos locales sobre la situación de salud y sensibilizar en la necesidad de la intervención comunitaria. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 45 minutos. (1 Reunión).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP150 Actividad con Autoridades y líderes comunales**

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

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

- En el 1º casillero Reunión en Comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "FSE" para indicar Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

Registro N° 125

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
25	APP150		Anco Huallo	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	D	R	5	FSE	181	C0003
				M			TALLA		C	C		P	D	R			
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**RECUERDE:** Esta actividad es fundamental para trabajar con las organizaciones comunitarias, por lo que no debe dejar de hacer. La duración de la reunión será de **aproximadamente 45 minutos**.

#### ❖ SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS

Consiste en dos reuniones de capacitación, cada una dura 90 minutos en promedio; la primera se desarrollará contenidos sobre estilos de vida saludable y cuidados de la salud y la segunda se desarrollará contenidos sobre condiciones de vida

- ✓ **01 Sesión educativa y demostrativa en estilos de vida saludable y 01 sesión educativa y demostrativa en condiciones de vida**, participan Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes y miembros de la comunidad. Tiene como propósito fortalecer conocimientos sobre la importancia de practicar un estilo de vida saludable. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 90 minutos.

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión educativa
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla "FSE" para indicar **Fase de Sensibilización**
- En el 2º casillero: Sesión demostrativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

**Registro N° 126**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
20	APP108			Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	D	R	3	2	FSE	C0009
					M			TALLA	C	C	2. Sesión demostrativa	P	D	R	181			C0010
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Recuerde:** Esta fase requiere **dos (02) sesiones educativas y demostrativas, de 90 minutos cada una.**

❖ **REUNIONES DE ACOMPAÑAMIENTO - MONITOREO**

Participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el representante de la municipalidad. **Tiene como propósito monitorear la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria** y otras intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de vida local. Se desarrolla en dos sesiones de aproximadamente **45 minutos cada una (2 Reuniones)**.

**Nota: Para temas de avance de meta se considerará al menos 01 reunión de monitoreo**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP108 Actividad en comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de organizaciones participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión de monitoreo
- En el 2º casillero Vigilancia de metales pesados

**Registro N° 127**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			

20	APP108	Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	3	1	C7001
			M			TALLA	C	C	2. Vigilancia de metales pesados	P	<del>D</del>	R			C6121
			D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

#### ❖ FASE 4: REUNIÓN DE EVALUACIÓN

Participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el representante de la municipalidad. **Tiene como propósito identificar los logros, los puntos críticos**, las lecciones aprendidas y recomendaciones para las autoridades e instituciones que podrían contribuir a mejorar las condiciones de vida. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente **45 minutos**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP108 Actividad en comunidad**

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

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número 181 de Actividad de metales pesados

#### Registro N° 128

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
20	APP108	Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	13	181	C7003		
			M			TALLA	C	C		P	D	R					
			D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

**RECUERDE:** Al menos se debe realizar una **(01) reunión** de evaluación al año. La duración de esta actividad es de **45 minutos**

## **VI. PP 024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER**

**PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Pág.</b>
<b>3.7.ACTIVIDAD 5005998: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CANCER EN FAMILIAS.</b>	
1 0215107: Familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludables (SP Trazador)	<b>97</b>
2 0215071: Funcionarios municipales sensibilizados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	<b>98</b>

- 3 0215072: Docentes capacitados para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer. 101

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS CÁNCER

**PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS.**

**PRODUCTO 3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PRÓSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y TROS.**

**Definición.** -Se refiere a aquellas familias que reciben sesiones educativas en prácticas y entornos saludables que contribuyan al bienestar de sus miembros y a la prevención de cáncer; motivo por el cual el personal de salud realiza acciones de incidencia y asistencia técnica a actores sociales, funcionarios municipales, a directivos y docentes de instituciones educativas; con quienes establecen acuerdos para implementar diversas acciones, entre ellas que los actores sociales convoquen a las familias que recibirán las sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud. Las sesiones educativas se realizan en locales comunitarios, locales municipales, en instituciones educativas u otros, que se determinen de manera conjunta con los actores sociales comprometidos.

#### 4.1. ACTIVIDAD 5005998: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DEL CANCER EN FAMILIAS

##### 1. SUB PRODUCTO 0215107: FAMILIAS SENSIBILIZADAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES (Reg.129 -Trazador de actividad y producto)

###### ❖ **Sesiones educativas a familias**

Sesiones educativas dirigidas a las familias con el objetivo de fortalecer la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer.

ÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD
<b>024</b>	Actividades de prevención del cáncer		<b>APP</b>
	<b>SESIONES</b>	APP104	Actividad con Municipios
		APP96	Actividades con Comité Multisectorial
C0009	Sesión educativa	APP136	Familia y vivienda
C0010	Sesión demostrativa	APP93	Actividad con Institución Educativa
		APP144	Actividad con Docentes
	<b>GESTIÓN</b>	APP146	Actividad con Padres de Familia
			<b>CAMPO LAB</b>
C0001	Reunión en Municipio	PP	Planificación participativa
C7001	Reunión de monitoreo	COO	Reunión de Coordinación
	Reunión en Instituciones Educativas	TA	Tabaco y alcohol/ Módulo educativo
C0002			
C7003	Reunión o visita de evaluación	HIG	Higiene y cuidado ambiente/ Módulo educativo
C7004	Asistencia Técnica		
	<b>TALLERES</b>		
C0005	Taller para Instituciones Educativas	SSI	Salud sexual y reproductiva
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa

Se considerar familia participante cuando al menos uno (01) de sus integrantes asiste a las sesiones educativas y familia capacitada cuando al menos uno (01) de sus integrantes de la familia participa en las tres (03) de las cuatro (4) sesiones educativas planteadas.

Cada sesión tiene duración de 45 minutos y participan hasta 15 personas.

Las familias pueden recibir hasta cuatro (4) sesiones considerando los siguientes temas (el orden de las sesiones es referencial):

- ⇒ 1° Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco)
- ⇒ 2° Reducción del consumo de alcohol
- ⇒ 3° Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- ⇒ 4° Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el número de **DNI del representante de familia** (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1° casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar las siglas del tema a trabajar
    - **TA=** evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - **AD=** reducción del consumo de alcohol
    - **HA=** promoción de la higiene y cuidado del ambiente
    - **SSI =** salud sexual y reproductiva
- En el 2° Orientación familiar
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 129**

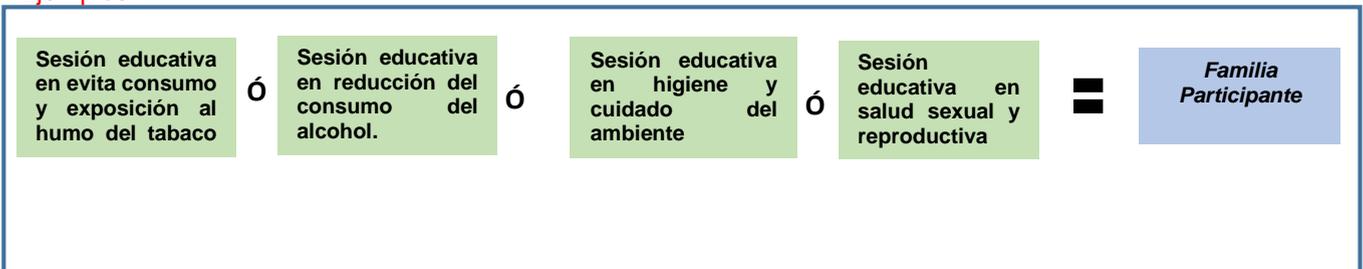
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mauro Ríos Pérez																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																		
FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
20	70228588		Lampa	35	<del>M</del>	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>B</del>	R	TA	AD	HA	C0009	
					M		TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	024				C2062
		58				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R			

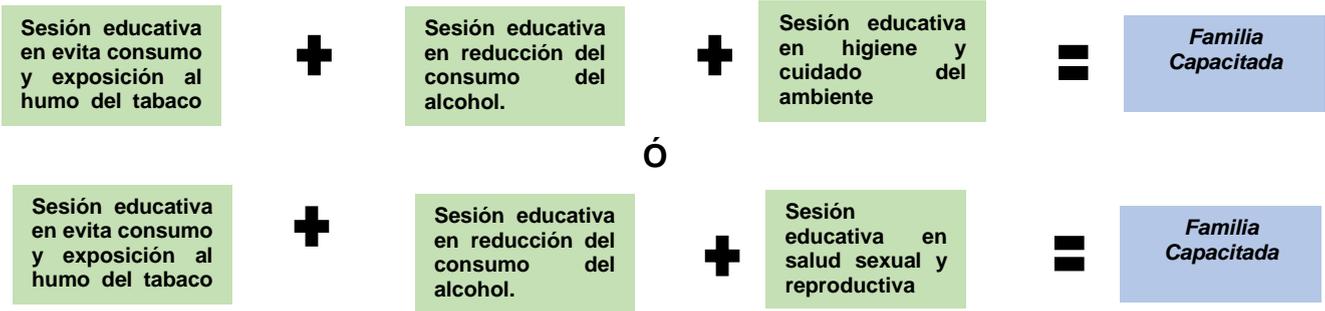
→ Se considerará **Familia Capacitada** cuando al menos 1 integrante de la familia haya participado en 3 (tres) sesiones educativas de las 4 cuatro planteadas (**TA, AD, HA o SSI**)

**RECUERDE:**

El subproducto *trazador en el PP0024* es: **FAMILIAS SENSIBILIZADAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES** es por ello es importante que se registren esta las sesiones educativas realizadas usando en LAB las siguientes siglas: evitar consumo y exposición al humo de tabaco (TA), reducción del consumo de alcohol (AD), promoción de la higiene y cuidado del ambiente (HA), salud sexual y reproductiva (SSI).

**Ejemplos:**





**3. SUB PRODUCTO 0215071: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (Reg.132)**

**❖ Reunión de sensibilización**

El representante de la DIRESA/GERESA/DIRIS, red de salud o microred de salud según corresponda; socializa la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificados y acuerdos con la municipalidad para la elaboración conjunta de un plan de trabajo para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer y la asignación presupuestal al PP 024. Se desarrollarán 02 reuniones de sensibilización durante el año (la primera reunión se desarrollará en el 1° trimestre del año en curso), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una. Nota: Para fines de avance de metas se considerará al menos un (1) reunión de sensibilización

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP104 Actividad con Municipalidades**

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

- En el 1° casillero colocar Reunión con Municipios
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar sigla **"FSE"** para indicar Fase de Sensibilización
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 130**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___	
29	APP104		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión con municipios	P	<del>D</del>	R	8	FSE	024	C0001	
				M			TALLA	C	C		P	D	R					
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R					
				D														

**RECUERDE:**

Registrar la sigla **"FSE"**, esta indica que se está en la **fase de sensibilización**, tal como se muestra en el ejemplo.

### Asistencia técnica

Se brindará asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrolla con el comité multisectorial instalado por la municipalidad e incluye:

- ⇒ 1° Sectorización del distrito.
- ⇒ 2° Mapeo de las organizaciones sociales de base e instituciones educativas.
- ⇒ 3° Desarrollo de políticas públicas o intervenciones dirigidas a evitar el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco, reducir consumo de alcohol, promoción de la higiene y cuidado del ambiente, salud sexual y reproductiva
- ⇒ 4° Programación de la capacitación de las organizaciones sociales de base adscritas al municipio.

Se desarrollarán **02 asistencias técnicas** durante el año, la duración para cada asistencia técnica será de 45 minutos cada una.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial**

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

- En el 1° casillero colocar Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de asistencia técnica (1 o 2, según corresponda)
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

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

**Registro N° 131**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPORA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
20	APP96		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	8	2	024	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

### ❖ Reunión de monitoreo

Se monitoriza las acciones del plan de promoción de prácticas y generación de entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrollan 02 (dos) reuniones (una semestral y otra anual) y participan los funcionarios de la municipalidad en coordinación con el personal de la red o micro red de salud y representantes de las instituciones involucradas en el comité multisectorial.

Se desarrollarán **02 reuniones de monitoreo** durante el año, la duración para cada monitoreo será de 45 minutos cada una.

En el ítem: DNI/Historia Clínica, anote el código **APP96 Actividad con Comité Multisectorial**.

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

- En el 1° casillero escribir reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión de monitoreo 1 o 2.

➤ En el casillero Lab 2: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer  
En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 132**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
20	APP96			Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	2	024	C7001	
					M			TALLA		C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar las siglas del tema a trabajar
    - TA= evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - AD= reducción del consumo de alcohol
    - HA= promoción de la higiene y cuidado del ambiente
    - SSI = salud sexual y reproductiva
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer
- En el 2º casillero: Sesión demostrativa

**Registro N° 133**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Melva Chávez Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
20	APP108			Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	10	TA	024	C0009
					M			TALLA		C	2. Sesión demostrativa	P	<del>D</del>	R				C0010
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**4. SUB PRODUCTO 0215072: DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER (Reg.137)**

❖ **Reunión de coordinación**

Se desarrollarán **02 reuniones de coordinación** durante el año (preferentemente durante el 1º trimestre), la duración para cada reunión será de 45 minutos cada una.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP93 Actividades con Institución Educativa**.

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

- En el 1º casillero colocar: Reunión en Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda

- **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
  - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 134**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
	APP93		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	2	TP	024	C0002
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**Taller de capacitación a docentes**

Se realizará los talleres de capacitación a docentes para la implementación de los proyectos de aprendizaje que contribuyan a la prevención del cáncer (02 talleres de dos horas de duración cada una), pudiendo elegir entre los siguientes temas

- Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco
- Reducción del consumo de alcohol
- Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

Nota: Para fines de avance de metas se considerará al menos un (1) taller de capacitación a docentes

Para registrar los talleres dirigidos a los docentes, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el Código **APP144 Actividades con Docentes**.

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

- En el 1º casillero: Taller para Instituciones Educativas
    - En el Lab 1: registrar el número de docentes participantes
    - En el Lab 2: registrar la sigla según corresponda
      - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
      - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
    - En el Lab 3: registrar las siglas del tema a trabajar
      - **TA=** evitar consumo y exposición al humo de tabaco
      - **AD=** reducción del consumo de alcohol
      - **HA=** promoción de la higiene y cuidado del ambiente
      - **SSI =** salud sexual y reproductiva
  - En el 2º casillero Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
    - En el casillero Lab 1: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 135**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
18	APP144		Lampa	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	5	TP	TA	C0005

					M			TALLA		C	C	2. Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	<del>D</del>	R	024			C3101
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

### Sesiones educativas a padres de familia

Convocados por docentes de instituciones educativas priorizadas en articulación con el personal de salud. Cada sesión educativa presenta una duración de 45 minutos y pueden participar hasta 30 personas. Se considera persona capacitada cuando el o los padres de familia participan en tres sesiones educativas. Las familias (para consultar y coordinar) pueden recibir hasta cuatro (4) sesiones educativas considerando los siguientes temas (el orden de las sesiones es referencial):

- Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco
- Reducción del consumo de alcohol
- Promoción de la higiene y cuidado del ambiente (agua, alimentos, exposición solar, exposición a materiales cancerígenos).
- Salud sexual y reproductiva (protección contra VPH, mamas y próstata).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP146 Actividades con Padres**

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

- En el 1º casillero: Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de padres de familia participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
    - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
  - En el casillero Lab 3: registrar según corresponda
    - **TA=** evitar consumo y exposición al humo de tabaco
    - **AD=** evitar el consumo de alcohol
    - **HA=** promoción de la higiene y cuidado del ambiente
    - **SSI =** salud sexual y reproductiva
- En el 2º casillero "Orientación familiar"
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

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

#### Registro N° 136

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
18	APP146		Lampa	A		PC	PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	TP	HA	C0009
				M			TALLA		C	C	Orientación familiar	P	<del>D</del>	R	024			C2062
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

### Monitoreo

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

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

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

- En el 1º casillero registrar Monitoreo

- En el casillero Lab 1: registrar el número de docentes participantes
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
  - **TP:** Si la Institución Educativa es Primaria
  - **TS:** Si la Institución Educativa es Secundaria
- En el casillero Lab 3: registrar el número 024 de Actividad de prevención de cáncer

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

Registro N°137

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										10	12	P	D	R	1º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____								
17	APP144		Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	TP	024	C7003
				M			TALLA		C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

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

**PRODUCTO 3000706: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**

ACTIVIDADES

Pág.

### 3.8. ACTIVIDAD 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

- |   |  |     |
|---|--|-----|
| 1 | 0070601: Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil (SP Trazador) | 106 |
| 2 | 0070602: Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable   | 107 |



---

3	<b>3.9. ACTIVIDAD 5006071: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE</b>	<b>108</b>
	0070604: Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad	
4	0070603: Agentes comunitarios de salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja	<b>110</b>

## PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS SM

PRODUCTO 3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

**7.1. ACTIVIDAD 5006070: PROMOCION DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CON GESTANTES O NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

**1. SUB PRODUCTO 0070601: MADRES, PADRES Y CUIDADORES/AS CON APOYO EN ESTRATEGIAS DE CRIANZA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL**  
(Trazador de actividad 5006070 y producto - Reg.138 y Reg. 139)

Se refiere a la intervención que se realiza en aquellas familias con niños menores de cinco años. El personal de salud capacitado, brinda consejería integral a través de las visitas domiciliarias a las familias. Cada visita tiene una duración de 45 minutos efectivos en el hogar de la familia. Es

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
			<b>APP</b>
		APP104	Actividad con Municipios
		APP96	Actividad con Comité Multisectorial
		APP108	Actividad en Comunidad
		APP 150	Actividad en Autoridades
		APP151	Actividad con Mujeres
		APP93	Actividad con Institución Educativa
		APP 166	Actividades con Líderes Escolares
		APP144	Actividad con Docentes
		APP146	Actividad con Padres de familia
			<b>CAMPO LAB</b>
		COO	Coordinación/ Concertación
		PP	Planificación participativa
		FSE	Fase de sensibilización
		VCO	Vigilancia Comunitaria
		UGL	Unidad de Gestión Educativa Local
		IE	Institución Educativa
		IN	Módulo terminado en IE nivel inicial
		TP	Modulo terminado en IE nivel primario
		TS	Módulo terminado en IE nivel secundario
		TE	Módulo terminado en IE nivel especial
	<b>CONSEJERIA</b>		
C0011	Visita Familiar Integral		
99401	Consejería integral		
	<b>GESTIÓN</b>		
C0001	Reunión en Municipio		
C7003	Reunión de Evaluación		
C0003	Reunión en Comunidad		
C7001	Reunión de Monitoreo		
C0002	Reunión en Instituciones Educativas		
C7004	Asistencia Técnica		
	<b>TALLER</b>		
C0005	Taller para Instituciones Educativas		
C0006	Taller para la Comunidad		
C0011	Visita Familiar Integral		

desarrollada por establecimientos de salud del I-2 al I-4. Para el desarrollo de las visitas domiciliarias se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Para ello deberá registrar las acciones desarrolladas:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a) para fines de identificación de la familia

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero Visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de visita familiar según corresponda.

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

**Registro N° 138**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
10	07458077		Lima	6	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	<del>D</del>	R	3			99401.25						
	252223	58									F	Pab	TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	3			C0011
																	Hb	R	R	P	<del>D</del>	R	

**❖ Teleorientación a familias con niños menores de cinco años**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a) para fines de identificación de la familia

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

- En el 1º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de consejería según corresponda
- En el 2 casillero Teleorientación Síncrona
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de visita familiar según corresponda.

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

**Registro N° 139**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____      FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																							
10	07458077		Lima	6	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	<del>D</del>	R	2			99401.25						
	252223	58									F	Pab	TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R	2			99499.08
																	Hb	R	R	P	<del>D</del>	R	

**2. SUBPRODUCTO 0070602: PAREJAS CON CONSEJERÍA EN LA PROMOCIÓN DE UNA CONVIVENCIA SALUDABLE (Reg. 141)**

Se refiere a la intervención con parejas mediante sesiones de consejería para adquirir habilidades que permitan comprender y resolver los conflictos y tensiones que favorezcan la promoción de una convivencia saludable. Es realizado por la personal de salud, quien implementará las estrategias necesarias para la convocatoria de las parejas que participarán en el taller.

**❖ Coordinación con organizaciones de la comunidad**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 140**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
10	APP 108		Lima	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad	P	<del>D</del>	R	10			C0003
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14
				D			Hb	R	R		P	D	R				

**Consejería en convivencia saludable en pareja**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI del representante de pareja para fines de identificación de la familia**

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

- En el 1 casillero Consejería en convivencia saludable en pareja
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión de consejería según corresponda.

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

**Registro N° 141**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Ramos Huamán												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
15	78986898		Anco Huallo	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en convivencia saludable en pareja	P	<del>D</del>	R	4			99401.29
	855			M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
		58		D			Hb	R	R		P	D	R				

**ACTIVIDAD 5006071: CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA CONVIVENCIA SALUDABLE**

**3. SUB PRODUCTO 0070604: LÍDERES ADOLESCENTES PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN SU COMUNIDAD (Trazador de actividad 5006071) (Reg.144)**

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado. Para implementar estas acciones, se deberá identificar a los adolescentes (población objetivo) de las

comunidades priorizadas que cuenten con el perfil para desarrollar las acciones de vigilancia de problemas de salud mental en sus pares y poder brindar la orientación según corresponda.

**Coordinación con institución educativa**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 93 Actividades con instituciones educativas**

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

- En el 1º casillero Reunión con institución educativa.
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de reunión 1 o 2 según corresponda
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

Registro N° 142																					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
10	APP 93		Sanegua	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión con institución educativa	P	<del>D</del>	R	1			C0002				
				M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14				
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R							

❖ **Reunión de inducción con docentes**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 144 Actividad con Docentes**.

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

- En el 1º casillero Taller para institución educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes en la reunión.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión 1 o 2 según corresponda
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

Registro N° 143																					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
10	APP 144		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para institución educativa	P	<del>D</del>	R	10	2		C0005				
				M			TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14				
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R							

**Taller de capacitación a adolescentes líderes**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **DNI del adolescente**

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

- En el 1º casillero Taller psicoeducativo grupal
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de sesión 1 o **2 según corresponda**
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "CDJ"
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 144**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pablo Ramos Huamán      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
10	87528978		Anco Huallo	35	M	PC	PESO	N	N	1. Taller psicoeducativo grupal	P	<del>D</del>	R	2	CDJ	C2111	
	7174						TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R			99402.14	
	60						F	Pab	Hb	R	R	P	D	R			

Si la actividad es realizada por un Centro de Desarrollo Juvenil se colocará "CDJ" en 2º casillero Lab de la primera actividad.

**Reunión de Monitoreo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 166 Actividades con Líderes Escolares**

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 145**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:      FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___      FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																	
15	APP 166		La victoria		M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	10	2	C7001	
							TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R			99402.14	
							F	Pab	Hb	R	R	P	D	R			

**Reunión de Evaluación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 166 Actividades con Líderes Escolares**

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

- En el 1º casillero Reunión de Evaluación
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 146**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	10	12	10	12								1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
15	APP 166			La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R				C7003	
					M			TALLA		C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14	
					F		Pab	Hb		R		P	D	R					

#### 4. SUB PRODUCTO 0070603: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA (Reg. 148)

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud del establecimiento de salud I-2, I-3 y I-4 incluido los Centros de salud mental comunitarios. Están dirigido a miembros de las organizaciones comunitarias preferentemente las agentes comunitarias. Estas actividades se realizan en un local comunal o en la que se designe para tales casos. Cada sesión educativa, se realiza con un máximo de 30 personas.

##### ❖ Reunión de Incidencia ante organizaciones comunitarias

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "VCO" de fase de vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

#### Registro N° 147

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	10	12	10	12								1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
15	APP 150			La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión comunidad de	P	<del>D</del>	R	8	VCO		C0003	
					M			TALLA		C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R				99402.14	
					F		Pab	Hb		R		P	D	R					

##### Taller de capacitación a miembros de organizaciones comunitarias

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "VCO" para indicar vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 148**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
15	APP 150		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	<del>D</del>	R	16	VCO	C0006					
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R			99402.14					
				D			Hb	R	R		P	D	R								

**❖ Monitoreo de la implementación de la vigilancia comunitaria**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP 108 Actividad en comunidad**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de madres guías participantes de la sesión
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "VCO" para indicar vigilancia comunitaria
- En el 2 casillero Promoción del buen trato y salud mental

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

**Registro N° 149**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
15	APP 108		La victoria	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	8	VCO	C7001					
				M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Promoción del buen trato y salud mental	P	<del>D</del>	R			99402.14					
				D			Hb	R	R		P	D	R								

## **VIII. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN PROGRAMAS PRESUPUESTALES**

		<b>Pág.</b>
<b>ACTIVIDADES</b>		
<b>1</b>	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO FAMILIAS</b>	
1.1.	Acciones desarrolladas en el marco de la Meta 4	116
1.2.	Registro de actividades en metaxénicas: Intervenciones en casas renuentes (CR)	124
1.3.	Registro de actividades para acciones frente a lesiones externas	125
1.3.1.	Intervenciones en IPRESS relacionados a seguridad vial y cultura de tránsito	125
1.3.2.	Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres	125
<b>2</b>	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO INSTITUCIONES EDUCATIVAS</b>	126
<b>3</b>	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO COMUNIDADES</b>	
3.1.	Capacitación a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres	129
3.2.	Junta vecinal	130
3.3.	Sesiones Educativas a Gestantes alojadas en la Casa Materna	130
3.4.	Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ	131
3.5.	Consejería sobre estilos de vida y ambientes saludables para la prevención de transmisión de COVID-19	131
3.6.	Conformación de CCS para el fortalecimiento de acciones frente a problemas de salud pública	134
3.7.	Reporte sobre centros de aislamiento temporal y seguimiento (CATS)	134
<b>4</b>	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO CENTROS LABORALES</b>	
4.1.	Reunión de sensibilización con directivos de IPRESS y dependencias del MINSA, GERESA, DIRESA, DIRIS, Hospitales Nacionales o Regionales, Municipalidades e Instituciones Privadas, sean o no prestadoras de salud	136
4.2.	Reunión de coordinación con el Comité de LM de la institución	137
		114

---

4.3.	Taller de planificación participativa para la elaboración del Plan de Trabajo para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de LM en los centros laborales	138
4.4.	Asistencia técnica al Comité de LM para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales	139
4.5.	Reunión de Monitoreo de la implementación de los acuerdos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la LM	140
4.6.	Reunión de Evaluación de logros alcanzados de acuerdo a los compromisos asumidos en el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la LM	141
4.7.	Campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudos <i>Aedes aegypti</i>	143
5	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MUNICIPIOS</b>	
5.1	Municipalidades con Gestión Territorial	143
5.2	Ejecución de ferias de proyectos productivos a cargo de la Municipalidad, acompañado por el personal de salud para promover la alimentación saludable en las familias.	143
5.3	Sesiones educativas y demostrativas sobre medidas de prevención para prevenir la transmisión del COVID-19 en mercados de abasto y espacios temporales habilitados.	145
5.4	Asistencia técnica a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por COVID-19	145

**PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DE  
PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO ESTAN EN LOS PROGRAMAS  
PRESUPUESTALES - APNOP**

<b>CAMPO LAB</b>		<b>CAMPO LAB</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD</b>
VR	Vivienda recuperada	LP	Logro Previsto
001	Actividades de Articulado Nutricional	TA	<b>APP</b> Logro Destacado
PDS	Promotor de Salud Agente Comunitario de Salud	APP136	Actividades Familia y Vivienda
ST1	Actividades de Metales Pesados Trabajador de Salud	MT	Metaxénicas/Módulo Educativo
5	Actividades de Dengue	APP143	Actividades del Adulto Mayor
CA	Cáncer / Logro en proceso	ZOO	Zoonóticas/Módulo Educativo
2A	Actividades de Chikungunya Logro en Inicio	APP93	Actividad con Institución Educativa Emergencias y desastres/Módulo Educativo
3	Actividades de Zika	APP107	Actividad en Centro de Expendio de Alimentos
AFI	Actividad Física/Módulo Educativo	CDJ	Centro de Desarrollo Juvenil
068	Actividades de Emergencias y Seguridad Via/Módulo Educativo	FCO	Actividades con Docentes Fase de Concertación
002	Actividades de Materno Neonatal	APP146	Actividades con Padres de Familia Fase de Planificación
CMP	Contaminación Metales Pesados	FP	Fase de Planificación
171	Actividades de Tuberculosis Módulo terminado en IE nivel primario	APP149	Actividades con Manipuladores de Alimentos Fase de Asistencia Técnica
018	Actividades de Daños no Transmisibles Módulo terminado en IE nivel secundario	APP166	Actividades con Líderes Escolares Fase de Sistematización
024	Actividades de Prevención del Cáncer Módulo terminado en IE nivel especial	APP163	Actividades con Universidades Coordinación
PP	Planificación Participativa	APP108	Actividad en Comunidad
PSA	Prácticas Saludables (actividad de promoción de la salud)	APP 150	Actividad en Autoridades
C0009	Sesión Educativa Fase de Sensibilización	APP91	Actividad con Junta Vecinal Salud Sexual y Reproductiva
C0010	Sesión Demostrativa Convivencia Saludable	APP168	Actividad con Centros Laborales Habilidades para la Vida
C2062	Orientación Familiar Género, Derechos e Interculturalidad	APP104	Actividad con Municipio Violencia de Género
SO	<b>CONSEJERIA</b> Actividades de Salud Ocular	APP100	Actividad con Personal de Salud Gestión Territorial
99401	Consejería Integral		
C0011	Visita Familiar Integral		
C2061	Consejería Familiar		
99401.11	Consejería para la prevención de accidentes		
	<b>TALLERES</b>		
C0005	Taller para Instituciones Educativas	C7003	Reunión de evaluación
C0006	Taller para la Comunidad	C0002	Reunión en Instituciones Educativas
C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	C0003	Reunión en Comunidad
	<b>SESIONES</b>	C7001	Reunión de Monitoreo
C0009	Sesión Educativa	C6091	Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
		C7004	Asistencia Técnica
		C0001	Reunión en Municipio
			<b>GESTIÓN</b>
			<b>CAMPO LAB</b>
		ALI	Alimentación Saludable/Módulo Educativo
		LMA	Lavado de manos/Módulo Educativo
		SBU	Salud Bucal/Módulo Educativo
		SO	Salud Ocular/Módulo Educativo
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición

## 1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO FAMILIAS

### ➔ 1.1. ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LA META 4

#### 1.1.1. Talleres de capacitación

##### 01 Taller de capacitación a los actores sociales en protocolo de visitas domiciliarias para la prevención y control de la anemia infantil.

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

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

- En el 1º casillero Sesión educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de **actores sociales** participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática del taller de capacitación, según corresponda
    - 1: Protocolo de la Visita domiciliaria y seguimiento telefónico (PVD/ST)
    - 2: Anemia, prevención y tratamiento
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

*Cuando es la primera capacitación:*

Registro N°150

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
04	APP138		Cusco	A		PC	PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<del>D</del>	R	5	1	001	C0009
				M			TALLA		C	C	P	D	R				
				M							P	D	R				
				F		Pab	Hb		R	R	P	D	R				

#### ➔ 1.1.2. Asistencia técnica

##### Para la validación de las fichas:

El personal de salud realiza la revisión de los formatos de visitas domiciliarias realizadas por el actor social al niño menor de un año, después que se ejecutan estas visitas domiciliarias, y contribuyen a validar la ejecución de las mismas previo al registro en el aplicativo informático de visitas domiciliarias.

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

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registre el número de fichas validadas VD/AS, que corresponde a cada mes
  - En el casillero Lab 2: registrar **SIEMPRE** la sigla **“GL”**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°151**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
28	APP138		Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	20	GL	001	C7004
				M	M		TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

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

**1.1.3. Verificación de las visitas domiciliarias:**

El personal de salud realiza la verificación mensual (sea telefónica o presencial) de las visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales, a partir del muestreo brindado por el aplicativo informático de visitas domiciliarias. Esta actividad deberá de ser registrada en el aplicativo en el periodo establecido.

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

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

- En el 1º casillero Asistencia Técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de niños a ser verificados según aplicativo de visitas domiciliarias.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de niños verificados que cumplieron con los criterios establecido.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°152**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
28	APP138		Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	20	18	001	C7004
				M	M		TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				
				D													

Recuerde: La muestra se obtiene a través del aplicativo de VD y representa el 5% de los niños que recibieron visitas domiciliarias.

### 1.1.4. Monitoreo

El personal de salud realiza el acompañamiento durante el desarrollo de la visita domiciliar realizada por el actor social, con el fin de fortalecer la calidad de las visitas domiciliarias. Se debe programar al menos 02 visitas de acompañamiento al año por cada actor social.

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

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

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de actores de sociales con acompañamiento en el mes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de visita con acompañamiento 1 ó 2 según corresponda
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°153

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
27	APP138		Piura	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	3	2	001	C7001
				M			TALLA		C		P	D	R				
				F		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**RECUERDA:**

1. El personal de salud programa dos visitas de acompañamiento anuales por cada Actor Social. Dependiendo del número de actores sociales, el personal programa sus visitas de monitoreo cada mes.
2. Al momento de registrar las acciones de monitoreo agrupe a los actores social según se trate del primer o segundo acompañamiento, como se muestra en el ejemplo propuesto.

## ACTIVIDADES REALIZADAS CON EL GOBIERNO LOCAL

### 1.1.5. Actualización y homologación de padrón nominal de niños (as) menores de 6 años

**Definición.** - El Padrón Nominal es una lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales. Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- ❖ **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el Padrón nominal.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica

- En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica “PNO” para indicar Padrón Nominal.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

Registro N°154

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP104		Kimiri	A	M	PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	PNO	001	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

### 1.1.6. Implementación y funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal para el cuidado integral de la madre y el niño

**Definición.-** Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales.

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- ❖ **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la implementación y funcionamiento del CPVC.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica “AE”
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°155

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
29	APP104		San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1.Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	AE	001	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab					P	D	R				
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Principales actividades para el funcionamiento del CPVC:**

**A. Educación en Salud:**

- a) En Sesiones Demostrativas
  - b) En Sesiones Educativas para el cuidado de la madre y el niño:  
En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:
    - En el 1º casillero Sesión educativa
      - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.
      - En el casillero Lab 2: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre **"D"**

Registro N°156

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
17	APP165			San Miguel	A		PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	001		C0009				
					M			TALLA		C	C		P	D	R								
					M		Pab																
					D				Hb		R	R		P	D	R							

**c) Sesiones educativas en importancia del juego y afecto:**

Actividad dirigida a los padres, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 36 meses, a realizarse en el CPVC, que constituye una forma organizada para facilitar una secuencia de información sobre la importancia del juego y afecto, permitiendo la cooperación, el dialogo, el inter aprendizaje y la reflexión colectiva como bases fundamentales del proceso de aprendizaje con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes en los padres y/o cuidadores que contribuyan en el aprendizaje, interrelación, seguridad e independencia de la niña y niño, desde los primeros años de su vida.

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

- En el 1º casillero Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto
  - En el casillero Lab 1: registrar el número participantes de la sesión.
  - En el casillero Lab 2: registrar el número "1" cuando corresponde a la 1ra sesión educativa realizada; "2" para la 2da sesión
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°157

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
17	APP165			San Miguel	A		PC		PESO	N	N	1. Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto.	P	<del>D</del>	R	17	1	001	C0009.01				
					M			TALLA		C	C		P	D	R								
					M		Pab																
					D				Hb		R	R		P	D	R							

**Sub-código C0009.01 para "Sesión educativa sobre la importancia del juego y afecto"**

## B. Vigilancia comunal

### a) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Gestantes.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de gestantes vigiladas
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda: **"G"**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°158

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
17	APP165			San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia prácticas	P	<del>D</del>	R	15	G	001	U1291
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

### b) Actualización de Registro Comunal de Vigilancia de Prácticas en Niños (as).

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de niños/as vigilados
  - En el casillero Lab 2: registrar **"N"** para indicar que el registro comunal es de niños
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

Registro N°159

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___								
	APP165			San Miguel	A	M	PC	PESO	N	N	1. Actualización de registro comunal de vigilancia prácticas	P	<del>D</del>	R	15	N	001	U1291
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Para esta actividad por convención utilizaremos el U1291 Producción de material educativo para la actualización de registro comunal de vigilancia de prácticas

## C. Toma de decisiones:

Reuniones de análisis, reflexión y toma de decisiones para la intervención; participan autoridades de la junta comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias, entre otros, para conocer los resultados de la vigilancia comunal analizar las causas y motivos para planear acciones o intervenciones a ser realizados por uno o varios actores sociales para el cuidado de la salud de la madre, niñas y niños.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP165 Actividad en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal**

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

- En el 1º casillero Reunión en comunidad
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de personas asistentes a la reunión
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de reunión que se realiza durante el año 1, 2... según corresponda.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°160**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	12															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
APP165				San Miguel	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en comunidad en	P	<del>D</del>	R	10	1	001	C0003
					M			TALLA		C		P	D	R				
					F		Pab	Hb		R		P	D	R				

### 1.1.7. Estímulos no monetarios a los agentes comunitarios de salud

**Definición.** - Conjunto de acciones de fortalecer y reconocer la labor voluntaria de personas de la comunidad (ACS) y permite el desarrollo de sus actividades en la comunidad. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

**Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica "ENM" para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°161**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	12															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			

03	APP104	Combapata	A	M	PC	PESO		N	N	1. Asistencia Técnica	P	D	R	1	ENM	001	C7004		
			M			TALLA		C	C				P	D	R				
			D			F	Pab	Hb		R	R			P	D	R			

**01 Monitoreo por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona el reconocimiento a los ACS.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Reunión con municipio
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de agentes comunitarios adscritos a la municipalidad que están siendo reconocidos por la municipalidad.
  - En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica **“ENM”** para indicar **Estímulos no monetarios a los ACS.**
  - En el casillero Lab 3: registrar según corresponda
    - 1= Entrega de Kit básico
    - 2= Entrega de Materiales educativos
    - 3= Entrega de Kit básico y Entrega de Materiales educativos
- En el 2º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°162**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
13	APP104	Combapata	A	M	PC	PESO		N	N	1. Reunión con municipio	P	D	R	20	ENM	1	C0001	
			M			TALLA		C	C	2. Reunión de Monitoreo	P	D	R	001				C7001
			D			F	Pab	Hb		R	R			P	D	R		

**1.1.8. Realizar ferias integrales de salud y nutrición (diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada)**

**Definición.** - Conjunto de acciones que desarrolla la municipalidad con el propósito de prestar algunos servicios claves que requieren la población orientado a mejorar el acceso a los servicios de salud; tales como: Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación, vacunación, entre otros. Así mismo en las ferias integrales pueden incluir servicios como: Sesiones demostrativas de lavado de manos, sesiones demostrativas y exposiciones gastronómicas que promuevan prácticas de alimentación saludable (con énfasis en la inclusión de alimentos de origen animal ricos en hierro), entre otros. Se debe desarrollar las siguientes tareas:

- ❖ **Asistencia técnica y abogacía por el personal del EESS al equipo de gestión municipal que gestiona la realización de las ferias integrales de salud y nutrición.**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar el número secuencial de la Asistencia Técnica 1, 2, según corresponda.

- En el casillero Lab 2: registrar la temática de la asistencia técnica “**FIS**” para indicar la organización de las **Ferías integrales de salud y nutrición** (Diagnóstico y tratamiento de anemia, desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada).
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “**D**”

**Registro N°163**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
APP104			Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Asistencia Técnica	P	<del>D</del>	R	1	FIS	001	C7004
				M			TALLA	C	C		P	D	R	0			
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

❖ **Ejecución de ferias integrales de salud y nutrición realizadas por la Municipalidad:**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP104 de Actividades con Municipio.**

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

- En el 1º casillero Desarrollo de encuentros de participación comunitaria
  - En el casillero Lab 1: registrar “**FIS**” para indicar la **Feria integrales de salud y nutrición.**
  - En el casillero Lab 2: registrar “**FE**” para indicar la Fase de Ejecución
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 001 de Programa de Articulado Nutricional

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

**Registro N°164**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
APP104			Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Desarrollo de encuentros de participación comunitaria	P	<del>D</del>	R	FIS	FE	001	C3031
				M			TALLA	C	C		P	D	R				
				F		Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**1.2. REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA ACCIONES EN METAXÉNICAS: INTERVENCIONES EN CASAS RENUENTES (CR).**

Es aquella intervención que se realiza en las familias ubicadas en las zonas de riesgos para las Arbovirosis y que sus casas se encuentran cerradas o rechazan la intervención educativa o de control. La consejería está basada en las prácticas saludables y actitud colaborativa que debe adoptar las familias para evitar criaderos de zancudos en el domicilio y comunidad. Puede ser realizada por personal de salud y ACS/autoridades externas (Fiscalía provincial del delito, PNP o Gobierno local)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anótelas dirección de la vivienda y **APP136** Actividades con Familias

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

- En el 1º casillero Consejería integral 99401 (para Metaxénicas se refiere al cuidado de la vivienda) según corresponda
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de casas **RENUENTES**
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de casas **RECONVERTIDAS**
- En el 2º casillero indicar visita familiar integral
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda si es
    - **05:** Actividades de Dengue
    - **02:** Actividades de Chikungunya
    - **03:** Actividades de Zika
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

Registro N° 165

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	APP136			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral	P	<del>D</del>	R	10	6	99401	
					M			TALLA	C	C	2. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	05		C0011	
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

### 1.3. REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA ACCIONES FRENTE A LESIONES EXTERNAS

#### 1.3.1. Intervenciones en establecimientos de salud relacionados a seguridad vial y cultura de tránsito

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgos de lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito. La consejería está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de lesiones por accidentes de tránsito: uso de implementos de seguridad (SRI, cinturones de seguridad y casco) y conocimiento y respeto de señales de tránsito.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el **DNI del representante de familia**

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

- En el 1º casillero Consejería para la prevención de accidentes

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

Registro N° 166

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Mirtha Cupizo Sangama												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	09865765			Camaná	<del>A</del>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería para la prevención de accidentes	P	<del>D</del>	R			99401.11	
	8965				M			TALLA	<del>C</del>	<del>C</del>		P	D	R				
			58		D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

#### 1.3.2. Intervenciones relacionadas a gestión de riesgo de desastres

Es aquella intervención que se realiza en las familias que visitan establecimientos de salud ubicadas en las zonas de riesgo de bajas temperaturas o lluvias. La orientación educativa está basada en las prácticas saludables que debe adoptar las familias para reducir posibilidad de enfermarse durante estas temporadas o a las familias que han sido afectadas y ubicadas en albergues.  
 En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote el código **APP136 Actividades con Familias**  
 En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Orientación familiar
    - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
    - En el casillero Lab 2: registrar el número de temática que se va a desarrollar:
      - 1= Temporada de bajas temperaturas
      - 2= Temporada de lluvias
      - 3= Familias afectadas por desastres
    - En el casillero Lab 3: registrar el número 068 de actividades de emergencias y desastres
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

Registro N° 167

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	APP136			Tarapoto	A		PC	PESO	N	N	1.Orientación familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	1	068	C2062
					M	M		TALLA		C		P	D	R				
						F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			
					D													

## 2. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

### 2.1. Implementación y funcionamiento de quioscos, cafeterías y comedores saludables en instituciones educativas

**Definición.** – Conjunto de acciones que desarrolla el personal de salud con el propósito de lograr la implementación y/o funcionamiento de quioscos, cafeterías y comedores saludables en Instituciones educativas de Educación Básica (Nivel inicial, primario y secundario).

Se debe desarrollar las siguientes tareas:

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

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Institución Educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “**ALI**”, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

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

Registro N° 168

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12	P								D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
22	APP93			Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	ALI	PSA	C0002

				M			TALLA					P	D	R			
					F	Pab			C	C							
				D			Hb		R	R		P	D	R			

**Reunión de planificación con la Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Institución Educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"ALI"**, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

**Registro N° 169**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
22	APP93		Huaral	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión en Instituciones Educativas	P	<del>D</del>	R	6	ALI	018	C0002
				M			TALLA		C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**Reunión de ejecución/asistencia técnica con la Institución Educativa**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP93 de Actividad con Institución Educativa**

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

- En el 1º casillero Reunión en Institución Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla **"ALI"**, referido a actividad de quioscos, cafeterías y comedores escolares.
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 018 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

**Registro N° 170**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___									
22	APP93		Amarilis	A		PC	PESO	N	N	1. Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	8	ALI	018	C7004
				M			TALLA		C		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb		R	R	P	D	R				

**Reunión de monitoreo a quioscos, cafeterías o comedores escolares (Reg. 173)**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP107** de Centros de Expendio de alimentos (Quioscos, cafeterías o comedores escolares)

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

- En el 1º casillero Reunión en instituciones educativas
  - En el Lab 1: registrar el número de Visita de monitoreo, (1 o 2, según corresponda)
  - En el Lab 2: registrar el **Nivel de Logro** obtenido.
    - IA = cuando No es Saludable
    - CA = cuando está en Proceso
    - LP = cuando es Saludable
  - En el Lab 3: registrar el **Nivel Educativo** al que pertenece el quiosco, cafetería o comedor escolar.
    - **IN** = IE del nivel Inicial
    - **TP** = IE del nivel Primaria
    - **TS** = IE del nivel Secundaria
- En el 2º casillero Visita de Monitoreo
  - En el Lab 1: registrar el número 018 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

Registro N° 171

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
22	APP107		Piura	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión en instituciones educativas	P	<del>D</del>	R	1	IA	TS	C0002
				M			TALLA		C	2. Visita de Monitoreo	P	<del>D</del>	R	018			C7001
					D	F	Pab	Hb		R		P	D	R			

❖ **Reunión de evaluación a quioscos, cafeterías o comedores escolares**

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP107** de Centros de Expendio de alimentos (Quioscos, cafeterías o comedores escolares)

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

- En el 1º casillero Visita de Evaluación conjunta de IE
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de Vista de Evaluación, (1 o 2, según corresponda).
  - En el casillero Lab 2: registrar el **Nivel de Logro** obtenido.
    - **IA** = cuando No es Saludable
    - **CA** = cuando está en Proceso
    - **LP** = cuando es Saludable
  - En el casillero Lab 3: registrar el **Nivel Educativo** al que pertenece el quiosco, cafetería o comedor escolar.
    - **IN** = IE del nivel Inicial
    - **TP** = IE del nivel Primaria
    - **TS** = IE del nivel Secundaria
- En el 2º casillero "dejar en blanco"
  - En el casillero Lab 1: registrar el número 018 de Actividades de Daños No Transmisibles

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

Registro N° 172

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	

22	APP107	Bagua	A	M	PC	PESO	N	N	1. Visita de Evaluación conjunta de IE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	CA	P	C7003
			M			TALLA			P	D	R					
			D			F	Pab	Hb	R	R	P	D	R			

### Taller Educativo para Expendedores de Alimentos

Esta actividad está dirigida a expendedores y manipuladores de alimentos, que prestan servicio en las instituciones educativas. Constituye en desarrollar sesiones educativas y/o sesiones demostrativas a fin de fortalecer y desarrollar las capacidades, habilidades, y actitudes para las buenas prácticas en la preparación y manipulación de los alimentos. Para registrar los talleres educativos dirigidos a expendedores de alimentos, el personal de salud, procederá de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote **APP149 Actividades con Manipuladores de Alimentos**

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

- En el 1º casillero Taller para Instituciones Educativas
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de instituciones educativas participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - **IN** = IE del nivel Inicial
    - **TP** = IE del nivel Primaria
    - **TS** = IE del nivel Secundaria
    - **TE** = IE del nivel Especial
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

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

#### Registro N° 173

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
06	APP149	Tarapoto	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller Instituciones Educativas para	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	TP	PSA	C0005			
			M			TALLA			P	D	R								
			D			F	Pab	Hb	R	R	P	D	R						

## 3. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO COMUNIDADES

### 3.1. Capacitación a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres:

Esta actividad se registra posterior a las coordinaciones con el CPCED de la DIRESA/GERESA relacionada a la actividad "organización y entrenamiento de comunidades en habilidades frente al riesgo de desastres" donde se capacitará a agentes comunitarios en gestión de riesgo de desastres.

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Sesión de entrenamiento a Agentes Comunitarios en Salud

- En el casillero Lab 1: registrar el número de ACS participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar el número de sesión según corresponda 1,2 o 3
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 068 de actividades de emergencias y desastres
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 174**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
17	APP138		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1 Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud	P	<del>D</del>	R	12	1	068	C3151						
				M			TALLA		C		P	D	R										
				F	Pab		Hb		R	R		P	D	R									

### 3.2. Junta vecinal

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código **APP91 de Junta Vecinal (Organización Vecinal)**

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

- En el 1º casillero **Taller para la comunidad**
  - En el casillero Lab1: registrar número de participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla según corresponda
    - "PP" para indicar Fase de Planificación participativa.
    - "PSA" para capacitación en prácticas saludables
  - En el casillero Lab 3: registrar la actividad acorde a codificación del programa presupuestal o temática.

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

**Registro N° 175**

DIA	D.N.I.	FINANC. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º							
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___					
7	APP91		Combapata	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller para la comunidad	P	<del>D</del>	R	10	PP	002	C0006						
				M			TALLA		C		P	D	R										
				F	Pab		Hb		R	R		P	D	R									

### 3.3. Sesiones Educativas a Gestantes alojadas en la Casa Materna

Actividad dirigida a Gestantes y familias para promover la promoción de la salud materna y neonatal, estas acciones son realizadas por personal de salud/Agente Comunitario de Salud, en la Casa Materna.

La metodología a usar es la del Material del rotafolio, de los cuales se debe brindar, los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes:

- Cuidados del embarazo y pos natal: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, lavado de manos, signo de alarma del embarazo, parto y puerperio.
- Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto.
- Planificación familiar.
- Cuidados del RN: Lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo).

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP 164 Actividad en Casa Materna**

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de gestantes participantes de la sesión educativa
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "G"
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Actividad de Materno Neonatal

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

**Registro N° 176**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
09	APP 164		Sechura		A	PC		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	2	G	002	C0009
					M												
					M												
				D	F	Pab					P	D	R				
							Hb		R	R							

**3.4. Adolescentes que participan de sesiones educativas de salud sexual en el CDJ**

El registro se realizará de la siguiente manera:

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de adolescentes participantes
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "CDJ" si la actividad fue desarrollada en los Centros de Desarrollo Juvenil
  - En el casillero Lab 3: registrar el número 002 de Actividad de Materno Neonatal

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

**Registro N° 177**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	APP 141		Sechura		A	PC		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	CDJ	002	C0009
					M												
					M												
				D	F	Pab					P	D	R				
							Hb		R	R							

### 3.5. Consejería sobre estilos de vida y ambientes saludables para la prevención de transmisión de COVID-19 (Reg. 179 y 180)

Esta actividad es realizada por el personal de salud quien brinda al usuario consejería/ Teleorientación Síncrona para la promoción de estilos de vida saludable y ambientes saludables que contribuyan a la prevención de la transmisión del COVID-19, con incidencia en temas como: medidas preventivas frente al COVID-19, correcto uso de pulsioxímetros vacunación y Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID en casa.

La frecuencia e incidencia en algún tema es definida de acuerdo a la necesidad identificada en el usuario.

#### Cuando se realiza a través de Tele orientación Síncrona (no presencial)

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos social:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	07458077		Lima	A	M	PC		N	N	1. Consejería en higiene de manos	P	<del>D</del>	R	RS			99401.24
	252223			W	<del>M</del>			<del>C</del>	<del>C</del>	2. Teleorientación Síncrona	P	<del>D</del>	R				99499.08
		58		D	F	Pab		R	R		P	D	R				

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Consejería en higiene de manos
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 2º casillero **Teleorientación síncrona**

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

Registro N° 178

#### ❖ Para el registro de la consejería en otras temáticas por teleorientación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1º casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
  - En el ítem Lab 2 según corresponda:
    - 1=Medidas preventivas frente al COVID-19: higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial, distanciamiento social
    - 2= Correcto uso del pulsioxímetros
    - 3= Inmunización (vacunación)
    - 4= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID
- En el 2º casillero Teleorientación síncrona

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

Registro N° 179

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			

10	07458077		Lima	A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en estilos de vida saludable	P	D	R	RS	4		99401.13
	252223			6	M		TALLA		C	C	2. Teleorientación Sincrona	P	D	R				99499.08
		58			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**❖ Cuando se realiza de manera presencial**

Para el registro de la consejería únicamente en lavado de manos social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1° casillero Consejería en higiene de manos
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
- En el 2° casillero Visita Familiar Integral

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

**Registro N° 180**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Maximiliano Pariona Pillaca											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___				
10	07458077		Lima	A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en higiene de manos	P	D	R	RS			99401.24
	252223			6	M		TALLA		C	C	2. Visita Familiar Integral	P	D	R				C0011
		58			D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

**Para el registro de la consejería en otras temáticas por visita:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario (para fines de identificación de la familia)

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

- En el 1° casillero Consejería en Estilos de Vida Saludable
  - En el ítem Lab 1: registre la sigla "RS" de Riesgo Sanitario
  - En el ítem Lab 2 según corresponda:
    - 1=Medidas preventivas frente al COVID-19: higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla facial, distanciamiento social
    - 2= Correcto uso del pulsioxímetros
    - 3= Inmunización (vacunación)
    - 4= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID
- En el 2° casillero Visita Familiar Integral

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

**Registro N° 181**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Pamela Córdova Pérez											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			

10	71225369		Lima		<del>A</del>	<del>M</del>	PC		PESO		N	N	1. Consejería en estilos de vida saludable	P	<del>D</del>	R	RS	4		99401.13
	7575			22	M				TALLA		<del>C</del>	<del>C</del>	2. Visita Familiar Integral	P	<del>D</del>	R				C0011
		58				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R			

**3.6. Conformación de comités comunitarios de salud para el fortalecimiento de acciones frente a problemas de salud pública (Reg. 183)**

Definición: "Los Comités Comunitarios de Salud (CCS) son el conjunto de ciudadanos representantes de su comunidad, organizados para lograr una mejor respuesta comunitaria frente a los problemas de salud priorizados en el ámbito local".

Esta actividad es desarrollada por el personal de salud responsable de promoción de la salud, quien a iniciativa voluntaria de la propia comunidad de su jurisdicción, acompaña a la comunidad en la conformación o reactivación de los Comités Comunitarios de salud en coordinación con los Gobiernos Locales, Direcciones Regionales de Salud/ Gerencias Regionales de Salud /Direcciones de Redes Integradas de Salud/ Redes de Salud o las que hagan sus veces y otros actores locales dispuestos a contribuir al fortalecimiento de las estrategias comunitarias frente al COVID-19.

**Comité Comunitario de Salud operativo:** Aquel comité que haya realizado al menos 01 actividad durante los últimos 30 días.

Para el registro:

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

En el 1° casillero registrar: Reunión en Comunidad

En el 2° casillero registrar: Constitución de Comités de Salud

- En el Ítem Lab 1: registrar según corresponda
  - 1= Si el Comité Comunitario de Salud es nuevo
  - 2= Si el Comité Comunitario se está reactivando

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N° 182**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT																				
		10	12									P	D	R	1º	2º		3º																			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
20	APP 108		AnccoHuayllo		A					2. Constitución de Comités de Salud	P	<del>D</del>	R	2						C3051																	
					M						P	<del>D</del>	R																								
					D	F	Pab				Hb		R	R																							

**1.1. Reporte sobre centros de aislamiento temporal y seguimiento (CATS) (Reg. 184)**

Definición: "Los Centros de Aislamiento temporal y seguimiento (CATS) es un servicio médico de apoyo, lugar distinto al domicilio, destinado al aislamiento temporal para las personas que no cuenten con condiciones para aislamiento domiciliario, donde se restringe su desplazamiento por un periodo del 14 días.

Se incluye a personas con diagnóstico de casos leves sin factores de riesgo, y pacientes asintomáticos con proveas de diagnóstico positivo, según normativa vigente”.

Esta actividad es desarrollada por el personal de salud responsable de promoción de la salud, quien reporta la implementación /o funcionamiento de los Centros de Aislamiento temporal y seguimiento (CATS) de acuerdo a su jurisdicción en coordinación con los Gobiernos Locales, Direcciones Regionales de Salud/ Gerencias Regionales de Salud /Direcciones de Redes Integradas de Salud/ Redes de Salud o las que hagan sus veces.

Para el registro:

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

- En el 1° casillero registrar: Vigilancia Centinela
- En el Ítem Lab 1: registrar según corresponde
- Número de personas en aislamiento
- En el Ítem Lab 2:
- Número de referencias a otro EESS

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N° 183**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
20	APP 108		AnccoHuayllo		A	PC			N	N	1. Vigilancia Centinela	P	<del>D</del>	R	12	0	C0061.01	
					M							TALLA	C	C	P	D		R
					D							F	Pab	Hb	R	R		P

**3.7. Capacitación dirigida a miembros de comités comunitarios de salud sobre estilo de vida saludable y ambientes saludables en el contexto COVID-19**

Definición: Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, quien realiza talleres de capacitación dirigida a miembros de los **Comités Comunitarios de salud**, con el objetivo de transferir conocimientos principalmente en temas como: lavado de manos social, higiene respiratoria, uso adecuado de la mascarilla, uso adecuado del protector facial, distanciamiento físico y otros.

La duración de cada taller es de aproximadamente 45 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad identificada. Dicha actividad se realiza de **manera presencial o virtual por medio del uso de las TIC's**.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP 150** Actividades con Autoridades y Líderes Comunales

En el 1° casillero registrar: Taller de participación comunitaria y empoderamiento social

- En el casillero Lab 1: registrar el número de participantes.
- En el casillero Lab 2: registrar según corresponda  
1= Medidas preventivas frente al COVID-19

- 2= Correcto uso del pulsioxímetros
- 3= Autocuidado
- 4= Alimentación Saludable y Estilos de vida saludable
- 5= Esquema de vacunación
- 6= Cuidado de PAMARs y PCDs con COVID en casa

➤ En el casillero Lab 3: registrar la sigla “VCO”  
 En el ítem: Tipo de Diagnóstico:  
 Para todas las actividades marque siempre “D”

**Registro N° 184**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA:									
APP 150			Comas	A	M	PC	PESO	N	N	1. Taller de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	20	1	VCO	C3011
				M			TALLA		C		P	D	R				
				D	F	Pab.	Hb		R		P	D	R				

#### 4. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO CENTROS LABORALES

**Implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en establecimientos del ministerio de salud, gobiernos regionales, gobiernos locales e instituciones privadas, sean o no prestadores de servicios de salud, a nivel nacional para contribuir con la lactancia materna de niños (as) de cero a 24 meses de edad.**

**Definición.** - Esta actividad está dirigida aquellos establecimientos del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales e Instituciones Privadas a nivel nacional que cuenten con al menos veinte (20) trabajadoras en edad fértil, independientemente de su estado civil, religión o régimen laboral. Se desarrollan una serie de acciones que promuevan la implementación y funcionamiento de ambientes especialmente acondicionados, dignos e higiénicos para uso exclusivo de las madres trabajadoras con la finalidad de que extraigan su leche durante el horario de trabajo, de manera que se asegure su adecuada conservación. Con esta intervención costo efectiva se contribuirá anualmente en lograr el incremento de la lactancia materna del lactante, así como de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad, además de contribuir a evitar el riesgo de cáncer en las madres.

El Establecimiento de Salud dependiente del Ministerio de Salud o del Gobierno Regional en determinada circunscripción territorial, será el responsable del registro de actividades para la implementación y funcionamiento de los Lactarios Institucionales en su jurisdicción, sean o no prestadores de servicios de salud, públicos y privados:

- a) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas
- b) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas
- c) Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas
- d) Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas

En caso de que las actividades de implementación y funcionamiento de Lactarios Institucionales sean dentro del Establecimiento de Salud, se registraran estas actividades en el HIS del Establecimiento, estando a cargo de este registro la persona responsable de las actividades de promoción de la salud.

Se deben desarrollar las siguientes acciones:

**4.1. Reunión de sensibilización con directivos de los establecimientos y dependencias del MINSA, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Municipalidades e Instituciones Privadas, sean o no prestadoras de salud.**

Esta primera reunión de sensibilización se desarrolla en las instalaciones de la institución donde se haya identificado un grupo de por lo **menos 20 trabajadoras** entre gestantes y mujeres en edad fértil, está dirigida por el personal de salud capacitado, con participación de directivos y personal del área de recursos humanos o quien haga sus veces en el establecimiento, con la finalidad de informarles y educarles de ser el caso sobre la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, así como a las niñas y niños menores de 24 meses, además de los beneficios para las madres, las familias y la sociedad, promoviendo y apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora de ejecución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
    - En el casillero Lab 2: registrar la sigla "LME" para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
    - En el casillero Lab 3: registrar sigla "FSE" para indicar fase de sensibilización

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

Registro N° 185

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
APP 168			Camaná	A		PC		N	N	Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	LME	FSE	C7004
				M													
				M				C	C	TALLA	P	D	R				
				F		Pab				Hb	P	D	R				
				D				R	R		P	D	R				

**4.2. Reunión de coordinación con el Comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces)**

Esta reunión de coordinación está a cargo de personal de salud capacitado con la participación de los miembros el comité de lactancia materna de la institución (o quien haga sus veces), la cual consiste en establecer acuerdos y compromisos de acciones dirigidas a revalorar la importancia de la lactancia materna para la salud y nutrición de los lactantes, niñas y niños menores de 2 años, promoviendo así su desarrollo integral apoyando la lactancia materna en los lactarios institucionales en los centros laborales. Dicha reunión tiene un tiempo aproximado de 01 hora.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
    - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla “FSE” para indicar fase de sensibilización

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

Registro N° 186

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	<b>APP 168</b>		Camaná		A	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	LME	COO	C7004
					M		TALLA				P	D	R				
					M	Pab		C	C		P	D	R				
					D		Hb	R	R		P	D	R				

#### 4.3. Taller de planificación participativa para la elaboración del Plan de Trabajo para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna en los centros laborales

Esta etapa de planificación participativa se desarrolla por medio de un taller, donde se elabora un plan de trabajo con acciones que respondan a la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales. Es importante que aquellas acciones sean asumidas por el equipo de lactancia materna o quien haga sus veces, deberá de incluir acciones que permitan identificar a la población usuaria de los lactarios, además de incluir acciones que promuevan la adherencia al uso de estos lactarios a través de actividades de sensibilización a sus trabajadoras, propiciando el compromiso del personal de recursos humanos en brindar las facilidades para el acceso y uso de los lactarios institucionales. Dicha reunión tiene un **tiempo aproximado de 01 hora**.

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:

- **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
  - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
  - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  - **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuestos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
- En el casillero Lab 2: registrar la sigla "LME" para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar sigla "FSE" para indicar fase de sensibilización
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

**Registro N° 187**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
APP 168			Camaná		A					Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	LME	PP	C7004
					M	PC											
					M				C	C	P	D	R				
					F	Pab											
					D		Hb		R	R	P	D	R				

#### 4.4. Asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna (o quien haga sus veces) para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales

La asistencia técnica al Comité de Lactancia Materna, consistirá en colaborar en el desarrollo de cada una de las actividades contempladas en el plan de trabajo anual para la implementación y funcionamiento de los lactarios institucionales. El número de asistencias técnicas por año no será una limitante para el óptimo funcionamiento de un lactario institucional, las cuales tendrán un tiempo aproximada de 01 hora en promedio. Se registran las asistencias técnicas que se brindan y las que se reciben en la institución.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Asistencia técnica
  - En el casillero Lab 1: registrar la institución donde se interviene, de la siguiente manera:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros.
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.

- **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras
  - En el casillero Lab 2: registrar la sigla “LME” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
  - En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

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

Registro N° 188

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___											
APP 168			Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	1	LME	PSA	C7004
				M			TALLA				P	D	R				
				F		Pab		C	C								
				D			Hb	R	R		P	D	R				



**RECUERDE:** Para esta actividad es importante registrar adecuadamente cada casillero, en el ejemplo anterior el código C7004 hace referencia a que se está desarrollando la asistencia Técnica.

**4.5. Reunión de Monitoreo de la implementación de los acuerdos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia**

Esta actividad es realizada de manera conjunta entre el personal de salud capacitado y los miembros del comité de Lactancia Materna o quien haga sus veces, la cual se desarrolla con un tiempo aproximado de 02 horas. Este mecanismo permitirá: el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas, visualizar el avance en la implementación de las metas propuestas con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste a las intervenciones programadas.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de monitoreo
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda:
    - Cuando se monitorea solamente la implementación = dejar este casillero “vacío”.
    - Cuando se monitorea el funcionamiento = Colocar el número de usuarias que hacen uso de los lactarios en el mes que se está haciendo la visita.
  - En el casillero Lab 2: registrar según corresponda:
    - **1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas:** Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros
    - **2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas:** Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
    - **3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas:** Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.

- **4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas.** Aeropuertos, terrapuertos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
- En el casillero Lab 3: registrar sigla “**LME**” para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- ❖ Ejemplo 1: Casos donde solo se monitoreo la implementación.

Registro N° 189

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º
		ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	APP 168			Camaná	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	1	LME	C7001		
					M			TALLA											
					M					C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

Ejemplo 2: Casos donde se monitorea el funcionamiento.

Registro N° 190

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										10	12	P	D	R	1º		2º
		ETNIA		CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
12	APP 168			Camaná	A		PC	PESO	N	N	1. Reunión de monitoreo	P	<del>D</del>	R	20	1	LME	C7001	
					M			TALLA											
					M					C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

#### 4.6. Reunión de Evaluación de logros alcanzados según compromisos asumidos durante el taller de planificación para promoción de la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales que contribuya con la práctica de la lactancia materna

Se desarrolla en las instalaciones de la institución o empresa (público o privada) con una duración de 02 horas aproximadamente y tiene por objeto evaluar el logro de las metas programadas. Se identificará el cumplimiento de cada uno de los acuerdos asumidos por directivos y el comité de lactancia materna a favor de mujeres trabajadoras en edad fértil, mujeres que estén dando de lactar y sobre todo en beneficio a la alimentación de la niña y niño de cero (0) a veinticuatro (24) meses de edad.

En el ítem: DNI / HC registre: **SIEMPRE APP168 de Actividad en Centros Laborales**

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

- En el 1º casillero Reunión de evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar según corresponda:

- 1= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) públicas: Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de apoyo, Establecimientos de salud, entre otros
- 2= Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) privadas: Clínicas, Policlínicos, Consultorios, Hospitales privados, entre otros.
- 3= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud públicas: Gobierno Regional, Gobierno Local, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales Sectoriales (salud, educación, agricultura, transporte, comercio exterior, trabajo, etc.) y otros Ministerios.
  
- 4= Instituciones No Prestadoras de servicios de salud privadas. Aeropuertos, terrapuestos centros comerciales, entidades financieras, medios de comunicación, entre otras.
- En el casillero Lab 2: registrar sigla "LME" para indicar Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
- En el casillero Lab 3: registrar la sigla **PSA** de Actividad de Promoción de la salud

Registro N° 191

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		10								12	P	D	R	1º	2º		3º
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
12	APP 168		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1. Reunión de evaluación	P	<del>D</del>	R	1	LME	PSA	C7003	
				M			TALLA				P	D	R					
				M					C	C								
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

4.7. Campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudos *Aedes aegypti*

Campaña de Recojo y Eliminación de Criaderos en Centros Laborales

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

- En el 1º casillero Evaluación
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de campaña
  - En el casillero Lab 2: registrar el número según el lugar donde se desarrolla la actividad
    - 1= Establecimientos de salud.
    - 2= Comisarias
    - 3= Penales
    - 4= Centros laborales privados
  - En el casillero Lab 3: registrar el número de toneladas de criaderos recogidas en la campaña.
- En el 2º casillero Ejecución de campaña de recojo y eliminación de criaderos
  - En el casillero Lab 1: registrar el número según corresponda
    - 05: Actividades de Dengue
    - 02: Actividades de Chikungunya
    - 03: Actividades de Zika

Registro N° 192

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		10										

GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO							Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___												
APP 168		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1.Reunión de Evaluación	P	<del>D</del>	R	1	3	20	C7003	
			M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Ejecución de Campañas de recojo y Eliminación de criaderos	P	<del>D</del>	R	05		C6091		
			D			Hb	R	R		P	D	R					

## 5. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MUNICIPIOS

### 5.1. Ejecución de ferias de proyectos productivos a cargo de la Municipalidad, acompañado por el personal de salud para promover la alimentación saludable en las familias.

En el ítem: Historia Clínica/Documento de identidad, anote **APP104 de Consejo Municipal**

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

- En el 1º casillero Taller para la familia
  - En el casillero Lab 1: registrar el número de familias expositoras / emprendedoras propias de la comunidad.
  - En el casillero Lab 2: registrar el tipo de proyecto agropecuario, según corresponda:
    - Proyectos productivos relacionados a la crianza de:
      - 1= Cuyes
      - 2= Gallinas/ huevos de corral
      - 3= Cerdos
      - 4= Peces (truchas)
      - 5= Proyectos productivos relacionados al cultivo de hortalizas orgánicas (lechuga, zanahoria, betarraga, espinaca y otros)
      - 6= Otros
  - En el casillero Lab 3: registrar según corresponda: 1 = Para indicar si la Feria es promovida por FONCODES, caso contrario dejar en "blanco".

#### Registro N° 193

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO														
10	APP 104		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	1 Taller para la familia	P	<del>D</del>	R	3	1	PSA	C0007
				M	F	Pab	TALLA	C	C		P	D	R				
				D			Hb	R	R		P	D	R				

### 5.2. Reunión de coordinación con el gobierno local para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por covid-19 y otros temas prioritarios de políticas del sector (Reg. 195)

**Definición:** Esta actividad consiste en la participación activa del personal de salud en las reuniones de trabajo de forma presencial o virtual (uso de las TIC's) con funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial, con el objetivo de coordinar acciones para la orientación

de sus recursos en acciones que favorezcan a la implementación de medidas sanitarias a favor de la población como: Anemia, COVID-19 y otros.

Dichas actividades se realizan de **manera presencial o virtual (no presencial)**, por medio del uso de las TIC's, la duración es de aproximadamente 60 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad.

Para el registro:

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

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

- En el 1º casillero registrar: Reunión en municipio
  - En el Ítem Lab 1: registrar según corresponda:
    - **1=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con la Red de Soporte de la PAMAR y PcDS.
    - **2=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con la regulación del funcionamiento de los mercados de abasto para la prevención y contención del COVID-19 (Meta-6).
    - **3=** Si la reunión se realiza para fines relacionados a los Centros de Aislamiento temporal y seguimiento (CATS)
    - **4=** Si la reunión se realiza para fines relacionados con la Meta-4.
- En el 2º casillero registrar: Reuniones de abogacía con las autoridades locales para el trabajo articulado de la mejora de la salud de la población

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N° 194**

DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
APP 104		AnccoHuayllo		A	M	PC	PESO	N	N	Reuniones de abogacía con las autoridades locales para el trabajo articulado de la mejora de la salud de la población	P	<del>D</del>	R	2			C1042
				M			TALLA	C	C		P	<del>D</del>	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	<del>D</del>	R				

1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCENARIO MERCADOS

**5.3. Sesiones educativas y demostrativas sobre medidas de prevención para prevenir la transmisión del COVID-19 en mercados de abasto y espacios temporales habilitados.**

**Definición:** Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, quien desarrolla sesiones educativas y demostrativas sobre estilo de vida saludable y ambientes saludables, con énfasis en temas como: lavado de manos, uso de mascarillas, uso de protectores faciales y distanciamiento físico, con el

objetivo de sensibilizar a la población que trabaja y/o acude (usuarios) a los mercados y/o espacios temporales habilitados.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP 121 Actividades en mercados.

O En el 1° casillero registrar sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.

En el Ítem Lab 1: registrar el número de participantes

En el Ítem Lab 2: registrar según corresponda:

1= Dirigido al público que asiste al mercado

2= Dirigido a los trabajadores del mercado

O En el 2° casillero registrar sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables.

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

Registro N° 195

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
17	APP 121		SIM	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	<del>D</del>	R	8	1	C3111	
				M			TALLA	C	C	2. Sesiones educativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables	P	<del>D</del>	R			C3101	
				D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

**5.4. Asistencia técnica a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados para la implementación de medidas de prevención y de control de la infección por COVID-19.**

**Definición:** Esta actividad es desarrollada por el personal de salud capacitado, quien a través de reuniones con miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto brinda el acompañamiento sobre acciones que favorezcan la adecuación y/o implementación de medidas sanitarias que eviten la transmisión por COVID-19 entre los comerciantes y usuarios que acuden a los mercados.

La duración de cada reunión de coordinación es de aproximadamente 45 minutos, la frecuencia es definida de acuerdo a la necesidad identificada. Dicha actividad se realiza de manera presencial o virtual por medio del uso de las TIC's.

Para el registro:

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP 121 Actividades en mercados.

o En el 1° casillero registrar: Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad.

➤ En el Ítem Lab 1: Registrar el número de **Comités de Autocontrol Sanitario (CAS)** o quien haga sus veces

➤ En el Ítem Lab 2: registrar según corresponda:

- 1= Si la asistencia técnica se brinda a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto **incluidos en la Meta 6.**

- 2= Si la asistencia técnica se brinda a miembros del comité de autocontrol sanitario (CAS) y/o dirigentes de los mercados de abasto **NO** incluidos en la Meta 6.

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

Registro N° 196

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
15	APP 121		Camaná	A	M	PC	PESO	N	N	Asistencia técnica	P	<del>D</del>	R	5	1	C7004	
				M													
				F													
				D													
							TALLA										
								C	C		P	D	R				
							Hb		R	R		P	D	R			

## IX. ACTIVIDADES DE SALUD FAMILIAR

### INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR

Las actividades de la Salud Familiar deberán ser consideradas en la UPSS **302101: ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, independientemente del personal de salud que esté realizando la actividad, esto permitirá identificar actividades extramurales que se entregan a las familias.

Para la codificación en HIS se debe registrar a la familia intervenida utilizando el número de la ficha familiar y para la codificación de las intervenciones individuales de cada uno de los integrantes de la familia el DNI.

#### Visita de salud familiar

**Definición Operacional.**- Actividad que implica el desplazamiento del personal de salud capacitado dirigida a la familia en su domicilio, con el fin de recoger información a través de instrumentos como la ficha familiar, entre otros, que permitan identificar las necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, del entorno y vivienda, elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia para el desarrollo adecuado de las actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la familia, el seguimiento y monitoreo de las mismas en el marco de una relación asistencial continua e integral. El tiempo promedio requerido es de 45 minutos por visita, el cual puede variar de acuerdo a las actividades programadas para intervenir a la familia. Se programarán las visitas familiares integrales con la finalidad de completar el Plan de Atención Integral a la familia.

#### ❖ En la 1º Visita se realizan las siguientes actividades:

- ✓ Aplicación de la Ficha Familiar para la identificación de las necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, del entorno y vivienda.
- ✓ Seguimiento del cumplimiento de los paquetes de cuidados integrales por etapa de vida.
- ✓ Valoración de la Familia (ciclo vital y tipo de familia).
- ✓ Referencia comunitaria de acuerdo a las necesidades y riesgos de cada familia al establecimiento de salud más cercano para recibir la atención sanitaria.
- ✓ Brindar las consejerías y/o otras intervenciones sanitarias de acuerdo a las necesidades y riesgos identificados en las familias.

En el registro HIS deberá tener las siguientes consideraciones:

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre el número de la ficha familiar según corresponda

En el ítem: Documento de Identidad deberá registrar el DNI del integrante de la familia a intervenir.

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

- En el 1° casillero registrar: Visita familiar integral
  - En el Ítem Lab 1: Registrar el número de **visita (1)**
- En los casilleros siguientes registrar: las intervenciones sanitarias brindadas a la familia a través de la visita familiar integral de acuerdo a las necesidades o riesgos encontrados en la familia.

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

**Registro N° 197**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Raúl Prado Gonzales											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	74859698		Lima	42	<del>A</del>	<del>M</del>	PC			1. Visita familiar Integral	P	<del>D</del>	R	1			C0011
	4564				M	<del>F</del>	Pab					P	<del>D</del>	R			
		58			D							P	<del>D</del>	R			

❖ **En la 2ª Visita:**

- ✓ Seguimiento a las citas programadas.
  - ✓ Elaboración y acuerdos respecto al Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM).
- A partir de la segunda visita se deben cumplir las actividades especificadas en los programas presupuestales planteadas por curso de vida y como familia, de acuerdo a las necesidades y riesgos identificados en la familia.

**Registro N° 198**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Raúl Prado Gonzales											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	74859698		Lima	42	<del>A</del>	<del>M</del>	PC			1. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	2			C0011
	4564				M	<del>F</del>	Pab					P	<del>D</del>	R			
		58			D							P	<del>D</del>	R			

**Registro N° 199**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Raúl Prado Gonzales											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	74859698		Lima	42	<del>A</del>	<del>M</del>	PC			1. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	3		C0011	
	4564				M	<del>M</del>				2. Problemas relacionados con violencia	P	<del>D</del>	R			R456	
		58			D	F	Pab			3. Consejería en convivencia saludable en pareja	P	<del>D</del>	R			99401.29	

Al terminar de entregar a la familia las actividades de los programas presupuestales y levantar los riesgos identificados en la familia, damos por terminado el plan de atención integral a la familia. Registraremos la visita familiar integral, nombrando a la misma persona con la que se realizó las 1ra visita (realización de ficha familiar)

En el ítem: Documento de Identidad deberá registrar el DNI del integrante de la familia a intervenir.  
En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar registre el número de la ficha familiar según corresponda  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1° casillero registrar: Visita Familiar Integral
    - En el Ítem Lab 1: Registrar la sigla "TA"
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico: Para todas las actividades marque siempre "D"

**Registro N° 200**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Raúl Prado Gonzales											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___			
10	74859698		Lima	42	<del>A</del>	<del>M</del>	PC			1. Visita familiar integral	P	<del>D</del>	R	TA		C0011	
	4564				M	<del>M</del>						P	D	R			



PERÚ

Ministerio de Salud

*Manual de Registro y Codificación de las actividades de Promoción de la Salud  
Promoción de la Salud - 2021*

					D				Hb		R	R			P	D	R				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	----	--	---	---	--	--	---	---	---	--	--	--	--



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**