



PERÚ

Ministerio
de Salud

Sistema HIS MINSA

Sistema de Información

PERÚ Ministerio de Salud HIS

Ingrese sus Credenciales

Usuario :

Contraseña :

Iniciar Sesión

Ministerio de Salud del Perú © 2012 - Derechos reservados

REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN EL HIS

Registro HISMINSA Consideraciones Generales: Cuando la Actividad Que se cumple es de manera VIRTUAL

Tener en Cuenta lo Siguiende:

Las actividades preventivo promocionales que se **realizan fuera** del EESS, como las **visitas domiciliarias** se registran siguiendo lo establecido en el registro regular. •

En el caso de aquellas **actividades** que se cumplen de **manera virtual**, con el paciente en el domicilio, la condición de ingreso al establecimiento y al servicio **el paciente no puede considerarse como NUEVO (N)**, así sea la primera vez que se tiene contacto con el paciente por este medio.

Sin la presencia del paciente en el establecimiento la condición de ingreso al EESS y al Servicio **siempre debe ser CONTINUADOR (C)** a fin de no generar atendidos y solo registrar **atenciones**.

DEFINICIONES DE TERMINOS



FINALIDAD:

Contribuir a mejorar y fortalecer los servicios de salud en favor de la población a través de la implementación y desarrollo de los servicios de **Teleorientación** y **Telemonitoreo**, realizados por el personal de salud competente en condiciones de seguridad, **calidad, equidad, eficiencia y oportunidad**, utilizando las **Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)**, en el marco de la modernización de la gestión del estado.

(TIC) TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN:

Son conjunto de servicios, **redes, softwares**, y dispositivos **hardware**, tales como: **computadoras, teléfonos móviles, Tablets, televisores, reproductores portátiles de audio y video**. Que se integran en el sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la calidad de vida del paciente y productividad de las Instituciones Prestadoras de Salud.

TELESALUD:

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación- **TIC**, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.



Tabla 1: Los Procedimientos Extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos Sanitarios del Sector Salud – MINSA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
99499	Telemedicina
99499.01	Teleconsulta en Línea
99499.02	Teleecografía en Línea
99499.03	Teleconsulta fuera de Línea
99499.04	Teleecografía +Teleconsulta en Línea
99499.05	Teleradiografía fuera de Línea
99499.06	Teletomografía fuera de Línea
99499.07	Telemamografía fuera de Línea
99499.08	Teleorientación Síncrona
99499.09	Teleorientación Asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta Síncrona
99499.12	Teleinterconsulta Asíncrona
93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado
93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso, supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado





PERÚ

Ministerio
de Salud

EL PERÚ PRIMERO

CONSIDERACIONES EN EL REGISTRO

Tener en cuenta en el registro:

El **Primer** Diagnostico se registra el Motivo de Consulta

1. Motivo de llamada



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____														
	29214803	2	Tiabaya	25	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo de con Riesgo	P	X	R 3	Z359
	29214803				M		TALLA	X	X	2. Consejería en signos de alarma	P	X	R	99402.01
		58	Alata	D	X	Pab	Hb	R	R	3. Teleorientación Síncrona	P	X	R	99499.08

2. Seguimiento

3. Tipo de procedimiento

El **Segundo y los siguientes** Diagnósticos se registran las actividades de seguimiento



PERÚ

Ministerio
de Salud

EL PERÚ PRIMERO

CONSIDERACIONES EN EL REGISTRO

Tener en cuenta en el registro:

El **Primer** Diagnostico se registra el Motivo de Consulta

1. Motivo de llamada



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____														
	29214803		2	25	X	M	PC	PESO	N	N	1.	Atención Integral de Salud del Niño-CRED neonato	P X R	99381.01
	29214803							TALLA	X	X	2.	RN bajo peso al nacer	P X R	P7.01
		58	Alata		D	X	Pab	Hb	R	R	3.	Teleconsulta en Línea	P X R	99491.01

2. Seguimiento

3. Tipo de procedimiento

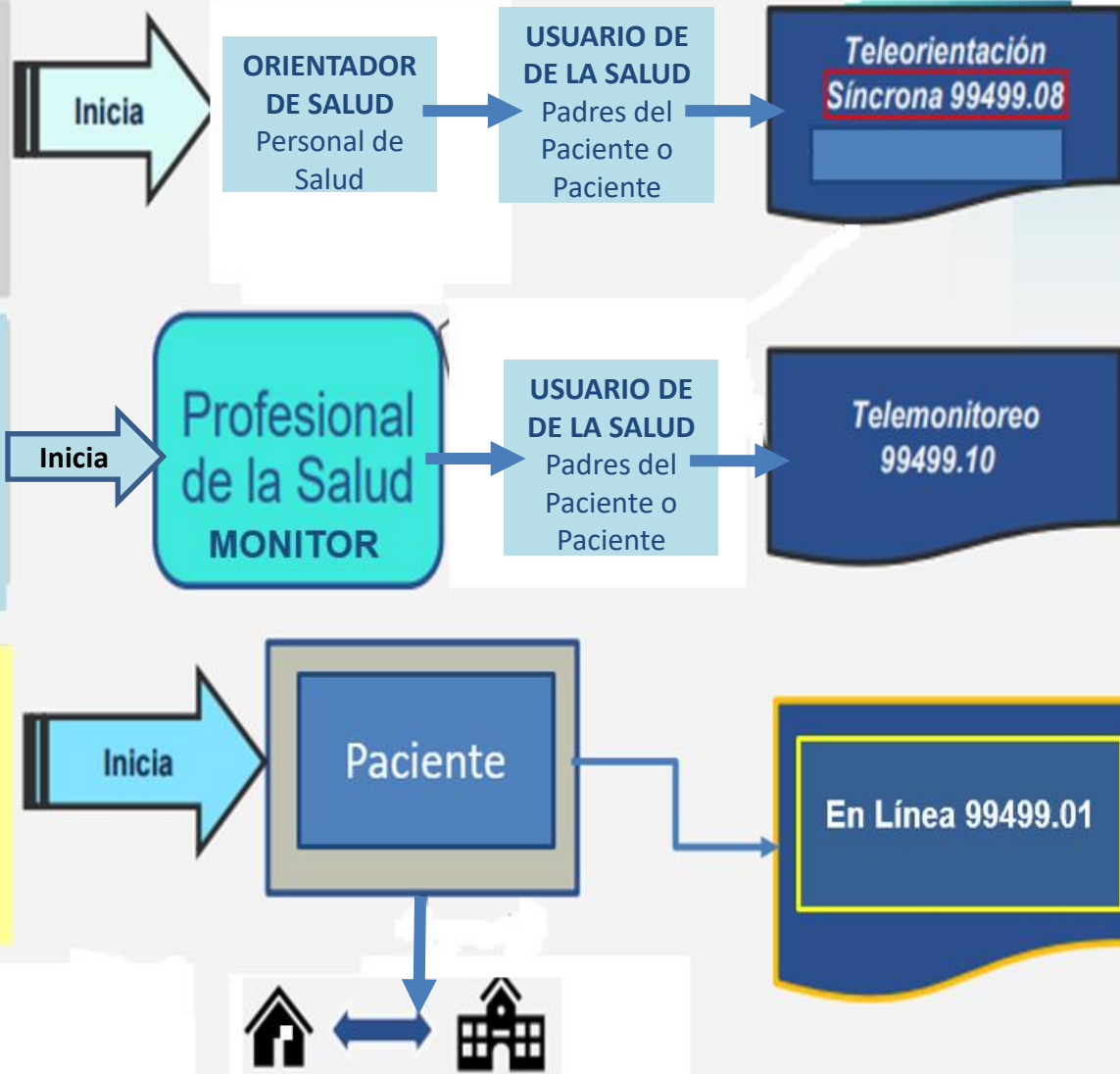
El **Segundo y los siguientes** Diagnósticos se registran las actividades de seguimiento

ESQUEMA GENERAL

TELEORIENTACION: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las **TIC**, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

TELEMONITOREO: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

TELECONSULTA: Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las **TIC**, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud



TELECONSULTA:

Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria (**Padres del Paciente o Paciente**) mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

TELECONSULTA EN LINEA: (99499.01) Es la consulta mediante el uso de las TIC, que realiza un teleconsultante a un teleconsultor para el manejo de un paciente que puede estar o no estar presente. Bajo la modalidad de **Teleconsulta**, en línea (**Síncrona 99499.11**

TELECONSULTA EN LINEA: 99499.01

A. RECIEN NADIDO BAJO PESO AL NACER

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:
- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
 - En el 2° casillero se colocará la condición de nacimiento del RN SÓLO si presenta antecedentes de bajo peso, pretérmino, postérmino; en este ejemplo se colocaría RN bajo peso al nacer.
 - En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**. En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”
- En el ítem LAB anote:
- Todos los casillero s quedaran el **blanco**.

1

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22										
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____									
	48909453	2	Tiabaya	4	A	PC	PESO	N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño- CRED Neonato	P	X	R				99381.01						
	48909453				X		TALLA	X	X	2. RN Bajo Peso al Nacer	P	X	R					P07.1					
		58	Arancota		D	F	Pab	Hb	R	R	3. Teleconsulta Linea	P	X	R			99499.01						

MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN GESTANTES :
Administración de suplemento de Sulfato Ferroso : Se entregara a partir de la 14 semana de gestación ,
✓Según estrategias internas del EESS se le puede entregar al familiar que autorice la paciente con previa coordinación con el responsable de FARMACIA del Establecimiento de Salud. (no se registrara formato único de atención (FUAS) en este caso)

F. ENTREGA DE INSUMO EN EL ESTABLECIMIENTO

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1

TURNO

M

T

N

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
											DNI							
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECI MIEN TO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:								
1	29214704	2	Mariano Melgar	30	X	M	PC	PESO	N	N	1	Supervisión de embarazo con Riesgo	P	X	R	2		Z359
	29214704				TALLA			X	X	2	Consejería Nutricional Alimentación Saludable	P	X	R	1		99403.01	
	Gestante	58	Santa Rosa		D			X	Pab	Hb	R	R	3	Suplementación de Sulfato Ferroso	P	X	R	2
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				*FECHA DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:								
2					A	M	PC	PESO	N	N	1	Consejería en Identificación de signos de alarma	P	X	R	1		99402.01
	M				TALLA			C	C	2	Telemonitoreo	P	X	R			99499.10	
	D				F			Pab	Hb	R	R	3		P	D	R		

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE

VACUNACION ANTIRRABICA EN ANIMALES

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1

TURNO

M

T

N

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
											DNI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAB LECI MIEN TO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:		
1	AAA04	2	Mariano Melgar	A	M	PC	PESO	N	N	1.	Vacunación Antirrábica Animal	P	X	R	10		U6021		
	M			TALLA			X	X	2.	P	D	R							
	D			F			Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											*FECHA DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:		
2				A	M	PC	PESO	N	N	1.		P	D	R					
	M			TALLA			C	C	2.	P	D	R							
	D			F			Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

CUANDO SE REGISTRA SUPLEMENTACION INDICAR EN LAB LA DOSIS CORRESPONDIENTE

TELECONSULTA EN LINEA: 99499.01

B. NIÑA DE 7 MESE CON ALIMENTACION INADECUADA

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición del Crecimiento y desarrollo SOLO si existe un riesgo; este ejemplo se colocaría Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)
- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

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

En el ítem LAB anote:

- Todos los casillero s quedaran en **blanco**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22												
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____			
1	48909453	2	Tiabaya	7	A	PC	PESO	N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	X	R				99381								
	48909453				X		TALLA	X	X	2. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)	P	X	R				727.4								
					58		Arancota	D	X	Pab	Hb	R	R	3. Teleconsulta Línea	P	X	R				99499.01				



- En caso la niña o niño continúe durante la teleconsulta con el mismo diagnóstico se seguirá marcando “R” hasta la recuperación en donde se colocará “PR” en el LAB, y luego se volverá a marcar “D”.
- En caso la niña o niño durante la teleconsulta cuente con un diagnostico como presuntivo se marcará “P”.

TELECONSULTA EN LINEA: 99499.01

B. NIÑA DE 7 MESE CON ALIMENTACION INADECUADA

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
- En el 2° casillero se colocará la condición del Crecimiento y desarrollo SOLO si existe un riesgo; este ejemplo se colocaría Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)
- En el 3° casillero se registrará la modalidad de **Teleconsulta en Línea**.

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

En el ítem LAB anote:

- Todos los casillero s quedaran en **blanco**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22												
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____			
1	48909453	2	Tiabaya	7	A	PC	PESO	N	N	1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	X	R				99381								
	48909453				X		TALLA	X	X	2. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados. (Alimentación complementaria inadecuada)	P	X	R				727.4								
					58		Arancota	D	X	Pab	Hb	R	R	3. Teleconsulta Linea	P	X	R			99499.01					



- En caso la niña o niño continúe durante la teleconsulta con el mismo diagnóstico se seguirá marcando “R” hasta la recuperación en donde se colocará “PR” en el LAB, y luego se volverá a marcar “D”.
- En caso la niña o niño durante la teleconsulta cuente con un diagnostico como presuntivo se marcará “P”.

TELEORIENTADOR

Es el Profesional de la salud, que orienta o realiza **seguimiento del estado del salud de los pacientes** y brinda servicios de **Teleorientación**;
TELEORIENTACION: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las **TIC**, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría, con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades, y se realiza de dos formas
TELEORIENTACION SINCRONA: (99499.08) comunicación **directa en línea** (on-line), con el paciente en tiempo real a través de una **TIC**

TELEORIENTACION: 99499.08

C. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACION SINCRONA (Consejería o Asesoría)

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:
- En el 1° casillero se colocará la Atención integral de salud del Niño –CRED: neonato, menor de 1 año o de 1 a 4 año, según corresponda.
 - En el 2° casillero se registrara la consejería brindada, según listado de códigos.
 - En el 3° casillero el servicio realizándose **Teleorientación Síncrona**
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”
- En el ítem LAB anote:
- Todos los casilleros quedaran el blanco.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22												
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____			
1	78010219	2	Tiabaya	3	A	PC	PESO	N	N	1.	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	X	R				99381							
	X				TALLA		X	X	2.	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses	P	X	R				99401.03								
	Puérpera	58	Arancota		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Teleorientación Síncrona	P	X	R				99499.08						

TELEORIENTACION SINCRONA: 99499.08

B. GESTANTE RECIENTE CAPTADA QUE NO CUENTAN CON APN (Atención Pre Natal) EN EL EESS

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1

TURNO

X

T

N

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
	2020		Agosto		C.S Corire				Obstetricia 301607			DNI	29483513	Julissa K. Budiel Salguero			
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20	21	22		
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12										VALOR LAB.				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO										P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			*FECHA DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:								
1	154858	2	CORIRE	30	X	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	X	R	1	2359	
	29214803				M			TALLA	X	X	Consejería Nutricional Alimentación Saludable	P	X	R		99403.01	
	Gestante	58	Escleritis		D	X	Pab	Hb	R	R	3. Suplementación de Acido Fólico	P	X	R	1	59401.03	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			*FECHA DE NACIMIENTO			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:			FECHA ULTIMA REGLA:								
2					A	M	PC	PESO	N	N	Consejería en identificación de signos de alarma	P	X	R		99402.01	
					M			TALLA	C	C	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	X	R		99402.08	
					D	F	Pab	Hb	R	R	Teleorientación Sincronica	P	X	R		99499.08	

TELEORIENTACION: 99499.08

C. CUANDO LA FAMILIA RECIBE UNA TELEORIENTACION SINCRONA (Consejería o Asesoría) como parte de la Atención Temprana Del Desarrollo.

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

- En el 1° casillero se colocará la Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social) /Sesión **En menor de 1 año.**
- En el 2° casillero se registrara la consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.
- En el 3° casillero el servicio realizado **Teleorientación Sincrónica**

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

En el ítem LAB anote:

- Todos los casilleros quedaran el blanco.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22	
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
1	78010219	2	Tiabaya	3	A	PC	PESO	N	N	Atención Temprana del Desarrollo áreas: 1. Lenguaje, Motora, de coordinación social /Sesión	P	X	R				99411.01	
	X				TALLA		X	X	2. Consejería en Lactancia Materna Exclusiva hasta los 06 meses		P	X	R				99401.03	
	78010219	58	Arancota		D	F	Pab	Hb	R	R	3. Teleorientación Sincrónica	P	X	R				99499.08

TELEMONITOREO

Es la monitorización o **seguimiento a distancia** de la persona usuaria en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

TELEMONITOREO: 99499.10

E. CUANDO EL NIÑO O NIÑA NECESITE DE UN MONITOREO O SEGUIMIENTO

- En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:
- En el 1° casillero se colocará la Atención Integral de Salud del Niño –CRED: neonato, **menor 1 año o de 1 a 4 años**, según corresponda
 - En el 2° casillero se registrara **Telemonitoreo**.
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”
- En el ítem **LAB** anote:
- Todos los casilleros quedaran en **blanco**.

1

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22										
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____									
	78010219	2	Tiabaya	3	A	X	M	PC	PESO	N	N	1	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	P	X	R				99411.01			
	78010219				X				M	TALLA	X	C	X	C	2.	Telemonitoreo	P	X	R				99499.10
		58	Arancota		D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R								

TELEINTERCONSULTA

- Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones
- Reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de salud.

TELEINTERCONSULTA: 99499.11

F. TELEINTERCONSULTA – IPRESS Interconsultora

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

- En el 1° casillero se colocará Ejem: Anemia
- En el 2° casillero se registrara **Teleinterconsulta**

En el ítem **LAB** anote:

- En la 1° Fila “ ” (Vacio)
- En la 2° Fila “ **2** ” (por ser interconsulta)

LAB la siguiente consideración:

LAB = 1 para el Teleconsultante

LAB = 2 para el **Teleconsultor**

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22												
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____			
1	78010219	2	Tiabaya	7	A	PC	PESO	N	N	1. Anemia	P	D	X				D509								
	M				TALLA		X	X	2. Teleinterconsulta	P	X	R	2			99401.11									
		58	Arancota		X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R											

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE:
 PAGINA:
 FECHA PROCES.:
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				DNI													
DIA		D.N.I.		FINANC.		ITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETR		EVALUAC		ESTABLEC		SERVICIO		OTIVO DE CONSULTA		TIPO DE		VALOR		CÓDIGO			
		HISTORIA CLINICA		10		12														DAD DE SALUD		DIAGNÓSTICO		LAB		CIE/CPT			
		GESTANTE/PUERPER		ETNIA		CENTRO POBLADO																P		D		R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 17/6/1991				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20295402		2		SAN JUAN DE LURIGANCHO		28		M		PC		PESO		N		N		1.		Método de abstinencia periódica-Ritmo		P		D		2		99208.08	
		59						M				TALLA						2.		Telemonitoreo		P		D				99499.10	
								D				Hb		R		R		3.				P		D		R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 22/3/1993				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
15095134		2		LA VICTORIA		27		M		PC		PESO		N		N		1.		Método de Lactancia Materna exclusiva		P		D		2		99208.07	
		59						M				TALLA						2.		Telemonitoreo		P		D				99499.10	
								D				Hb		R		R		3.				P		D		R			

Para seguimiento cualquier método de abstinencia periódica: Billing, Ritmo, Collar Días Fijos, colocar el código correspondiente.

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS CONTINUADORAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

LOTE:
PAGINA:
FECHA PROCES.:
DNI DIGITADOR:

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS			
1	TURNO		
M	T	N	

2	3	4	5				6				7							
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
											DNI							
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	HISTORIA CLINICA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
			CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Isabel Gonzales (*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/09/1991 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
20295402	2	SAN JUAN DELURIGANCHO				28	M	PC	PESO	N	N	1. Método de abstinencia periódica-Ritmo	P	D	2	99208.08		
	59						M	Pab	TALLA			2. Telemonitoreo	P	D		99499.10		
							D		Hb	R	R	3.	P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Alejandra Herrera (*)FECHA DE NACIMIENTO: 22/03/1993 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
15095134	2	LA VICTORIA				27	M	PC	PESO	N	N	1. Método de Lactancia Materna exclusiva	P	D	2	99208.07		
	59						M	Pab	TALLA			2. Telemonitoreo	P	D		99499.10		
							D		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Para seguimiento cualquier método de abstinencia periódica: Billing, Ritmo, Collar Días Fijos, colocar el código correspondiente.

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS/OS CONTINUADORES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOTE
 PAGINA
 CHA PROCES.
 DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS		
1	TURNO	
M	T	N

2	3	4	5	6										
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
				DNI										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACIÓN	ESTABLEC	SERVICIO	OTIVO DE CONSULTA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Margarita Paredes (*)FECHA DE NACIMIENTO: 20/3/1995 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
25879464	2		SAN MARTIN DE PORRES	23	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método oral combinado	P	D	4	
					M		TALLA			2. Telemonitoreo	P	D	99499.10	
	59				D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fernanda Espejo (*)FECHA DE NACIMIENTO: 22/3/1987 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /														
48215963	2		SAN JUAN DE LURIGANCHO	33	M	PC	PESO	N	N	1. Administración y uso de método condón masculino	P	D	30	
					M		TALLA			2. Telemonitoreo	P	D	99499.10	
	59				D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D		

TELECONSULTA: 99499.01

Es la consulta mediante el uso de las TIC, que realiza un **teleconsultante** a un **teleconsultor** para el manejo de un paciente que puede estar o no estar presente. Bajo la modalidad de **teleconsulta en línea (Síncrona)** o **teleconsulta fuera de línea (Asíncrona)**.

Sesiones de Psicoterapia Familiar

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.L.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	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 DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__					
18	98298052	2	LA VICTORIA	31	☒	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	P	D	☒		F44.1
	58975				M	☒		TALLA	☒	☒	2.	PSICOTERAPIA FAMILIAR	P	D	R	3	90100.01
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA	P	D	R		99499.01

Sesiones de Terapia del Lenguaje

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
												DNI					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.L.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	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 DE NACIMIENTO: __/__/__				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: __/__/__				FECHA DE ULTIMA REGLA: __/__/__					
18	98298052	2		5	☒	M	PC	PESO	N	N	1.	TRASTORNO DE LENGUAJE Y PRONUNCIACIÓN	P	D	☒		F80
	58975				M	☒		TALLA	☒	☒	2.	TERAPIA DEL LENGUAJE	P	D	R	2	Z50.5
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TELECONSULTA EN LINEA	P	D	R		99499.01

TELEORIENTACION: Son acciones en los cuales que desarrolla un profesional de salud mediante el uso del TIC para proporcionar al usuario, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

- **Teleorientación Síncrona: 99499.08** Es el Teleorientador del servicio de Teleorientación que usa las TIC, consulta o tiene comunicación directa con el paciente en tiempo real a través de una TIC.

TELEORIENTACION SINCRONICA

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
											DNI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	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 DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
18	98298652	2	LIMA	29	☒	☒	PC	PESO		N	N	1.	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO (PAP)	P	☒	R		99401.19	
	58975	58			M	☒	☒		TALLA		☒	☒	2.	EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES	P	☒	R		265.5
					D	F	Pab			R	R	3.	TELEORIENTACIÓN SINCÓNICA	P	☒	R		99499.08	

Intervención Individual en Salud Individual

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
											DNI								
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	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 DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____									
18	98298652	2	LIMA	22	☒	☒	PC	PESO		N	N	1.	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL	P	☒	R		99207.01	
	58975	58			M	☒	☒		TALLA		☒	☒	2.	EXPOSICIÓN A DESASTRES, GUERRAS U OTRAS HOSTILIDADES.	P	☒	R	1	265.5
					D	F	Pab			R	R	3.	TELEORIENTACIÓN SINCÓNICA	P	☒	R		99499.08	

- **Teleorientación Síncrona: 99499.08** Es el Teleorientador del servicio de Teleorientación que usa las TIC, consulta o tiene comunicación directa con el paciente en tiempo real a través de una TIC.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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: Juan Valdivia Turpo *FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	S/D			17	X	M	PC	PESO	N	N	1. Tele orientación Síncrona	P	X	R			99499.08
		2	Corire	M				TALLA	X	X	2. Consejería en Salud Mental	P	X	R	1		99404
		58	Escalerillas	D	X	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I	FINANC.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB LECIM IENTO	SERVI CIO	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 DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	29214803			55	X	X	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Salud Mental	P	X	R	VIF		U140
	29214803	2	Mariano Melgar	M				TALLA	X	X	2. Consejería en Salud Mental	P	X	R	1		99404
		58	Santa Rosa	D	F	Pab		Hb	R	R	3. Teleorientación Síncrona	P	X	R	1		99499.08



PERÚ

Ministerio
de Salud

EL PERÚ PRIMERO

GRACIAS POR SU ATENCION

Sr. Raul Carrillo Céspedes
Oficia de Estadística e Informática
rcarces@Hotmail.com
rcarces@gmail.com
Cel. 958399762
www.saludarequipa.Gob.pe



