

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		
UPS = 302101 (APS)		

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
-------	-------	---	---	---

7 DIA	8 D.N.I.	9 FINANC.	10 DISTRITO DE PROCEDENCIA	11	12	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO	21 LAB.	22 CÓDIGO CIE/CPMS
-------	----------	-----------	----------------------------	----	----	---------	---------	-----------------------------------	--	--------------	-------------	--	------------------------	---------	--------------------

1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **D/C ITS VARONES** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

		D/C VIH VARONES 18 A 59 AÑOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA EN ETS	P	X	R			99402.05
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R			
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **D/C CA CUELLO UTERINO** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

		D/C CACU MUJERES 24 A 65 AÑOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA CANCER CERVICAL	P	X	R			99402.08
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R			
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **D/C CANCER DE PIEL** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

18 a 70 años		A DEMANDA	A	M	PC	PESO	N	N	1. EXAMEN CLINICO DE PIEL	P	X	R		N	Z128
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		A	
			D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER	P	X	R		2	99402.08

4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **TAMIZAJE CA PROSTATATA** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

50 a 75 años		D/C CA PROSTATATA 50 A 75 AÑOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. INDICACION DE DOSAJE DE PSA	P	X	R			84152
			M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA PREVENTIVA FACTORES DE RIESGO	P	X	R		1	99402.08
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

			A	M	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADO PSA	P	X	R		N	84152
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		A	
			D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA PREVENTIVA FACTORES DE RIESGO	P	X	R		2	99402.08

6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **TAMIZAJE CA COLON Y RECTO** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

50 - 70 AÑOS		SE INDICA 2 DIAS DE DIETA SIN CARNES VERDURAS VERDES ROJAS VITAMINAS	A	M	PC	PESO	N	N	1. PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES	P	X	R			82270
			M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA PREVENTIVA FACTORES DE RIESGO PARA CANCER	P	D	R		1	99402.1
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

			A	M	PC	PESO	N	N	1. ENTREGA DE RESULTADO SANGRE OCULTA EN HECES	P	X	R		N	82270
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		A	
			D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA PREVENTIVA FACTORES DE RIESGO PARA CANCER	P	X	R		2	99402.1

8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **TAMIZAJE DE HTA** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

FUA 056		MAYORES DE 18 a 39 AÑOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R		DNT	2019
18 a 39 años		COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL	P	X	R		N	99199.22
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		A	

9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

			A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	X	R			99401.13
			M			TALLA	C	C	2.	P	D	R			
			D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: **VALORACION CLINICA** FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____

FUA 056			A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R		DNT	2019
NIÑOS			M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	X	R			99401.13
ADOLESCENTES		COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD	ITEM 16	ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	ITEM 20	FECHA DE ULTIMA REGLA	
1 USUARIO 2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 3 ESSALUD	4 SOAT 5 SANIDAD FAP 6 SANIDAD NAVAL	10 OTROS 11 EXONERADO	PESO = en kg TALLA = en Cm Hb = Valor del Resultado	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA). C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO. R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	P = DX PRESUNTIVO. D = DX DEFINITIVO. R = DX REPETIDO (CONTROL).

Si no se cuenta con el dato se registra la fecha de la primera ecografía

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			CÓDIGO CIE/CPMS				
	HISTORIA CLINICA	10	12								LAB.							
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								1°	2°	3°					
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: TAMIZAJE DE DIABETES FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
	FUA 056		MAYORES DE 15 AÑOS		A	M	PC	PESO	N	N	1.	VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R		DNT	2019
					M			TALLA	C	C	2.	EXAMEN DE LABORATORIO	P	X	R			2017
			COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL	P	X	R			99199.22
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	DIABETES MELLITUS	X	D	R			E11.9
					M			TALLA	C	C	2.		P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
13 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SUPLEMENTACION FE + AC FOL ADOLESCENTE FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
	FUA 017		LLENAR PAB - IMC		A	M	PC	PESO	N	N	1.	ATENCION DE MEDICINA PREVENTIVA ADOLESCENTES	P	X	R			99384
	DX = Z003				M			TALLA	C	C	2.	MEDICION DE HB	P	X	R			85018
	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE		CONSEJERIA INTEGRAL		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	SUPLEMENTO DE SF + AF	P	X	R			99199.26
14 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
			DOSIS		A	M	PC	PESO	N	N	1.	CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE	P	X	R			99403.01
			24 TAB - 2 VECES POR SEMANA X 3M		M			TALLA	C	C	2.		P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
15 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
	FUA 022		MARCAR NORMAL		A	M	PC	PESO	N	N	1.	TAMIZAJE VIOLENCIA	P	X	R			96150.01
	DX = Z13.3				M			TALLA	C	C	2.	CONSEJERIA DE PREVENCION DE RIESGOS SALUD MENTAL	P	X	R			99402.09
	PESQUIZA DE TRANST MENTALES Y COMPOR.		MARCAR CONSEJERIA SALUD MENTAL		D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
16 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: TAMIZAJE DE VIOLENCIA POSITIVO FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
	FUA 022		MARCAR PATOLOGICO		A	M	PC	PESO	N	N	1.	TAMIZAJE VIOLENCIA	P	X	R			96150.01
	DX = Z13.3				M			TALLA	C	C	2.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIOLENCIA	P	X	R			R456
	PESQUIZA DE TRANST MENTALES Y COMPOR.		MARCAR CONSEJERIA SALUD MENTAL		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	CONSEJERIA DE PREVENCION DE RIESGOS SALUD MENTAL	P	X	R			99402.09
17 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: DETERIORO COGNITIVO ADULTO MAYOR FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	TAMIZAJE DEL DETERIORO COGNITIVO-DEMENCIA	P	X	R			96150.07
					M			TALLA	C	C	2.	CONSEJERIA DE PREVENCION DE RIESGOS SALUD MENTAL	P	X	R			96150.01
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	PESQUIZA DE PROBLEMAS RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL	P	X	R			Z133
18 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: D/C PARASITOSIS FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
			DEMANDA		A	M	PC	PESO	N	N	1.	TEST DE GRAHAM	P	X	R			87177.01
			NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO		M			TALLA	C	C	2.	PARASITOLOGICO SERIADO	P	X	R			87178
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
19 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: D/C PARASITOSIS FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
			DEMANDA		A	M	PC	PESO	N	N	1.	TEST DE GRAHAM	P	X	R			87177.01
			NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO		M			TALLA	C	C	2.		P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SEGUIMIENTO ANEMIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
	A DEMANDA 10 DIAS INICIADO TRATAMIENTO		TELEMONITOREO		A	M	PC	PESO	N	N	1.	SEGUIMIENTO DE ANEMIA	P	D	X			D50.9
					M			TALLA	C	C	2.	TELEMONITOREO	P	X	R			99499.10
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			
21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: SUPLEMENTACION FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																		
			TELEMONITOREO		A	M	PC	PESO	N	N	1.	ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE FE	P	D	R			99199.17
					M			TALLA	C	C	2.	TELEMONITOREO	P	D	R			99499.10
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R			

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACIÓN CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.

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			CÓDIGO CIE/CPMS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	HISTORIA CLINICA	10	12								LAB.	1°	2°		3°																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EVALUACION DE ERRORES REFRACTARIOS FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">PATOLOGICO</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. TRANSITORIO DE LA REFRACCION N E</td> <td>X</td> <td>D</td> <td>R</td> <td>RF</td> <td></td> <td>H52.7</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>99401.16</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>70</td> <td>100</td> <td>99173</td> </tr> </table>														PATOLOGICO	A	M	PC	PESO	N	N	1. TRANSITORIO DE LA REFRACCION N E	X	D	R	RF		H52.7	M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16	D	F	Pab	Hb	R	R	3. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	70	100	99173																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PATOLOGICO	A	M	PC	PESO	N	N	1. TRANSITORIO DE LA REFRACCION N E	X	D	R	RF		H52.7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	D	F	Pab	Hb	R	R	3. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	70	100	99173																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: DETECCION ENFERMEDADES FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EXTERNAS DE OJO</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>N/A</td> <td></td> <td>Z010</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>99401.16</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														EXTERNAS DE OJO	A	M	PC	PESO	N	N	1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	N/A		Z010	M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
EXTERNAS DE OJO	A	M	PC	PESO	N	N	1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	N/A		Z010																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>U. MEDIDA</th> <th>TOTAL</th> <th colspan="11"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnóstico de Enfermedades externas del ojo</td> <td></td> <td></td> <td colspan="11">FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td>Orzuelo</td> <td>Caso</td> <td>DX= H000, TD = D</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>Chalazión</td> <td>Caso</td> <td>DX= H001, TD = D</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>Blefaritis</td> <td>Caso</td> <td>DX= H010, TD = D</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>Conjuntivitis</td> <td>Caso</td> <td>DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = D</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>Consejería en enfermedades externas del ojo</td> <td>Caso tratado</td> <td>DX= 99401.16 con DX=(H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109)</td> <td colspan="11"></td> </tr> </tbody> </table>														ACTIVIDAD	U. MEDIDA	TOTAL												Diagnóstico de Enfermedades externas del ojo			FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___											Orzuelo	Caso	DX= H000, TD = D												Chalazión	Caso	DX= H001, TD = D												Blefaritis	Caso	DX= H010, TD = D												Conjuntivitis	Caso	DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = D												Consejería en enfermedades externas del ojo	Caso tratado	DX= 99401.16 con DX=(H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ACTIVIDAD	U. MEDIDA	TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Diagnóstico de Enfermedades externas del ojo			FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Orzuelo	Caso	DX= H000, TD = D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Chalazión	Caso	DX= H001, TD = D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Blefaritis	Caso	DX= H010, TD = D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Conjuntivitis	Caso	DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Consejería en enfermedades externas del ojo	Caso tratado	DX= 99401.16 con DX=(H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>Tratamiento farmacológico de conjuntivitis</td> <td>Caso Tratado</td> <td>(DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = R)</td> <td colspan="11">FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>														Tratamiento farmacológico de conjuntivitis	Caso Tratado	(DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = R)	FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___											<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tratamiento farmacológico de conjuntivitis	Caso Tratado	(DX= (H100 + H101 + H102 + H103 + H104 + H105 + H108 + H109), TD = R)	FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
15 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: TAMIZAJE CATARATA C/AGUDEZA VISUAL FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">LAB</td> <td colspan="2">casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda</td> <td>N</td> <td>1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>A</td> <td></td> <td>Z010</td> </tr> <tr> <td colspan="2">casillero el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda:</td> <td>C</td> <td>2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>DER</td> <td>IZQ</td> <td>99173</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> > Agudeza Visual 20/20 registrar: 20 > Agudeza Visual 20/70 registrar : 70 > Agudeza Visual 20/25 registrar: 25 > Agudeza Visual 20/100 registrar : 100 > Agudeza Visual 20/30 registrar: 30 > Agudeza Visual 20/200 registrar : 200 > Agudeza Visual 20/40 registrar: 40 > Agudeza Visual 20/400 registrar : 400 > Agudeza Visual 20/50 registrar: 50 > Agudeza Visual < 20/400, registrar: 800 </td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														LAB	casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda		N	1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	A		Z010	casillero el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda:		C	2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	X	R	DER	IZQ	99173	> Agudeza Visual 20/20 registrar: 20 > Agudeza Visual 20/70 registrar : 70 > Agudeza Visual 20/25 registrar: 25 > Agudeza Visual 20/100 registrar : 100 > Agudeza Visual 20/30 registrar: 30 > Agudeza Visual 20/200 registrar : 200 > Agudeza Visual 20/40 registrar: 40 > Agudeza Visual 20/400 registrar : 400 > Agudeza Visual 20/50 registrar: 50 > Agudeza Visual < 20/400, registrar: 800		R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
LAB	casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda		N	1. EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	P	X	R	A		Z010																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	casillero el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda:		C	2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	X	R	DER	IZQ	99173																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	> Agudeza Visual 20/20 registrar: 20 > Agudeza Visual 20/70 registrar : 70 > Agudeza Visual 20/25 registrar: 25 > Agudeza Visual 20/100 registrar : 100 > Agudeza Visual 20/30 registrar: 30 > Agudeza Visual 20/200 registrar : 200 > Agudeza Visual 20/40 registrar: 40 > Agudeza Visual 20/400 registrar : 400 > Agudeza Visual 20/50 registrar: 50 > Agudeza Visual < 20/400, registrar: 800		R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
16 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EVALUACION DESPISTAJE CATARATA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>RF</td> <td></td> <td>H259</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td>DER</td> <td>IZQ</td> <td>99173</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>99401.16</td> </tr> </table>															A	M	PC	PESO	N	N	1. CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA	P	X	R	RF		H259	M			TALLA	C	C	2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	X	R	DER	IZQ	99173	D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	A	M	PC	PESO	N	N	1. CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA	P	X	R	RF		H259																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	M			TALLA	C	C	2. DETERMINACION DE LA AGUDEZA VISUAL	P	X	R	DER	IZQ	99173																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA EN SALUD OCULAR	P	X	R			99401.16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
17 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA ACUOSA SIN DESH FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Aguda Acuosa</td> <td colspan="2">A00.9 Cólera, no especificado</td> <td colspan="2">A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A01.0 Fiebre tifoidea</td> <td colspan="2">A06.2 Colitis Amebiana no disintérica</td> <td colspan="9">2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>ZN</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A01.1 Fiebre paratifoidea A.</td> <td colspan="2">A07.2: Criptosporidiosis</td> <td colspan="9">3. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA ACUOSA CON DESH </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Aguda Disentérica</td> <td colspan="2">A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae</td> <td colspan="2">A08.3 Otras enteritis virales</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.</td> <td colspan="2">A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación</td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva</td> <td colspan="2">A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso</td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 18 --> <tr> <td colspan="14">18</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A09X EDA Persistente</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EDA con deshidratación:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 20 --> <tr> <td colspan="14">20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 21 --> <tr> <td colspan="14">21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table></td></tr></table>														Diarrea Aguda Acuosa	A00.9 Cólera, no especificado		A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A01.0 Fiebre tifoidea		A06.2 Colitis Amebiana no disintérica		2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		ZN	99199.11	A01.1 Fiebre paratifoidea A.		A07.2: Criptosporidiosis		3. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	D	R			99401.08	EDA ACUOSA CON DESH														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Aguda Disentérica</td> <td colspan="2">A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae</td> <td colspan="2">A08.3 Otras enteritis virales</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.</td> <td colspan="2">A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación</td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva</td> <td colspan="2">A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso</td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>														Diarrea Aguda Disentérica	A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae		A08.3 Otras enteritis virales		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.		A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación		2. DESHIDRATACION									P	X	R			E86.X	A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva		A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11	EDA MONITOREO														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														Diarrea Persistente	A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica		A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada				3.									P	D	R				18														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A09X EDA Persistente</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EDA con deshidratación:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 20 --> <tr> <td colspan="14">20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 21 --> <tr> <td colspan="14">21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>														Diarrea Persistente	A09X EDA Persistente				1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	EDA con deshidratación:				2. DESHIDRATACION									P	X	R			E86.X	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11	EDA MONITOREO														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														EDA CON COMPLICACIONES	EDA con deshidratación y Shock:				1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.				3.									P	D	R				20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														72 HORAS	A	M	PC	PESO	N	N	1. EDA/ IRA/ SOBA	P	X	R			CODIGO	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															A	M	PC	PESO	N	N	1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA	P	X	R			J18.9	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			
Diarrea Aguda Acuosa	A00.9 Cólera, no especificado		A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada		1. EDA SEGÚN TABLA										P	X	R			COD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A01.0 Fiebre tifoidea		A06.2 Colitis Amebiana no disintérica		2. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO										P	X	R		ZN	99199.11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A01.1 Fiebre paratifoidea A.		A07.2: Criptosporidiosis		3. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	D	R			99401.08																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
EDA ACUOSA CON DESH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Aguda Disentérica</td> <td colspan="2">A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae</td> <td colspan="2">A08.3 Otras enteritis virales</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.</td> <td colspan="2">A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación</td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva</td> <td colspan="2">A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso</td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>														Diarrea Aguda Disentérica	A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae		A08.3 Otras enteritis virales		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.		A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación		2. DESHIDRATACION									P	X	R			E86.X	A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva		A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11	EDA MONITOREO														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														Diarrea Persistente	A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica		A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada				3.									P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Diarrea Aguda Disentérica	A03.0 Shigelosis debida a Shigella dysenteriae		A08.3 Otras enteritis virales		1. EDA SEGÚN TABLA										P	X	R			COD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.		A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación		2. DESHIDRATACION										P	X	R			E86.X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A04.2 Infección debida a Escherichia coli entero invasiva		A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
EDA MONITOREO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica</td> <td colspan="2">A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado</td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														Diarrea Persistente	A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica		A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada				3.									P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Diarrea Persistente	A04.3 Infección debida a Escherichia coli entero hemorrágica		A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		1. EDA SEGÚN TABLA										P	X	R			COD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A04.5 Enteritis debida a Campylobacter.				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA										P	X	R		2	99401.08																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	A05.0 Disentería amebiana aguda de origen no especificada				3.									P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Diarrea Persistente</td> <td colspan="2">A09X EDA Persistente</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EDA con deshidratación:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. DESHIDRATACION</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>E86.X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>SRO</td> <td>99199.11</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> EDA MONITOREO </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 20 --> <tr> <td colspan="14">20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <!-- Form 21 --> <tr> <td colspan="14">21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>														Diarrea Persistente	A09X EDA Persistente				1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	EDA con deshidratación:				2. DESHIDRATACION									P	X	R			E86.X	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11	EDA MONITOREO														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														EDA CON COMPLICACIONES	EDA con deshidratación y Shock:				1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.				3.									P	D	R				20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														72 HORAS	A	M	PC	PESO	N	N	1. EDA/ IRA/ SOBA	P	X	R			CODIGO	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___														<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															A	M	PC	PESO	N	N	1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA	P	X	R			J18.9	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																					
Diarrea Persistente	A09X EDA Persistente				1. EDA SEGÚN TABLA										P	X	R			COD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	EDA con deshidratación:				2. DESHIDRATACION										P	X	R			E86.X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									P	X	R		SRO	99199.11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
EDA MONITOREO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">EDA CON COMPLICACIONES</td> <td colspan="2">EDA con deshidratación y Shock:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">1. EDA SEGÚN TABLA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>COD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>2</td> <td>99401.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="9">3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														EDA CON COMPLICACIONES	EDA con deshidratación y Shock:				1. EDA SEGÚN TABLA									P	X	R			COD	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA									P	X	R		2	99401.08	Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.				3.									P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
EDA CON COMPLICACIONES	EDA con deshidratación y Shock:				1. EDA SEGÚN TABLA										P	X	R			COD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Incluye un código CIE 10 de: EDA acuosa o disintérica o persistente + E86X				2. CONSEJERIA DE SIGNOS DE ALARMA										P	X	R		2	99401.08																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Deshidratación / Depleción del volumen + R57.1 Choque.				3.									P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: EDA IRA SOBA / <5A VISITA DOMICILIARIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">72 HORAS</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. EDA/ IRA/ SOBA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>CODIGO</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														72 HORAS	A	M	PC	PESO	N	N	1. EDA/ IRA/ SOBA	P	X	R			CODIGO	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
72 HORAS	A	M	PC	PESO	N	N	1. EDA/ IRA/ SOBA	P	X	R			CODIGO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA	P	X	R		1, 2, 3	C0011																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: NEUMONIA FECHA ULT. RES. Hb: ___/___/___ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMA REGLA: ___/___/___																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>A</td> <td>M</td> <td>PC</td> <td>PESO</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>TALLA</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</td> <td>P</td> <td>X</td> <td>R</td> <td></td> <td>1, 2, 3</td> <td>C0011</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>F</td> <td>Pab</td> <td>Hb</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>3.</td> <td>P</td> <td>D</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															A	M	PC	PESO	N	N	1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA	P	X	R			J18.9	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	P	X	R		1, 2, 3	C0011	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	A	M	PC	PESO	N	N	1. NEUMONIA NO ESPECIFICADA	P	X	R			J18.9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	M			TALLA	C	C	2. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	P	X	R		1, 2, 3	C0011																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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
UPS = 302101 (APS)

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

7 DIA 8 D.N.I. 9 FINANC. 11 DISTRITO DE PROCEDENCIA 13 EDAD 14 SEXO 15 PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL 16 EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA 17 ESTABLEC. 18 SERVICIO 19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 20 TIPO DE DIAGNÓSTICO 21 LAB. 22 CÓDIGO CIE/CPMS

1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	SIN FACTORES DE RIESGO	A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R	DNT	Z019
NIÑOS	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	X	R		99401.13
ADOLESCENTES		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	CON FACTORES DE RIESGO	A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R	DNT	Z019
NIÑOS	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. ESTADO NUTRICIONAL/NORMAL/SOBREPESO...	P	X	R		E669_
ADOLESCENTES		D	F	Pab	Hb	R	R	3. EXAMEN DE LABORATORIO	P	X	R		Z017

3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E6690	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

								N	1. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	X	R		99401.13
								C	2.	P	D	R		
								R	3.	P	D	R		

4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	CON RESULTADOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. HIPERGLICEMIA	P	X	R		R73.9
NIÑOS	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. DISLIPIDEMIA	P	X	R		E78.5
ADOLESCENTES		D	F	Pab	Hb	R	R	3. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	D	R		99401.13

5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	SIN FACTORES DE RIESGO	A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R	DNT	Z019
18 - 39 años	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL	P	X	R	N/A	99199.22
		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	CON FACTORES DE RIESGO	A	M	PC	PESO	N	N	1. VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	P	X	R	DNT	Z019
18 - 39 años	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. ESTADO NUTRICIONAL/NORMAL/SOBREPESO...	P	X	R		E669_
		D	F	Pab	Hb	R	R	3. EXAMEN DE LABORATORIO	P	X	R		Z017

7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E6690	25 a < 30	Sobrepeso
E6691	30 a < 35	Obesidad I
E6692	35 a < 40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

								N	1. TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL	P	X	R	N/A	99199.22
								C	2. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	D	R		99401.13
								R	3.	P	D	R		

8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: VALORACION CLINICA FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

FUA 056	CON RESULTADOS	A	M	PC	PESO	N	N	1. HIPERGLICEMIA	P	X	R		R73.9
18 - 39 años	COLOCAR PA - PAB - IMC EN CONSEJERIA	M			TALLA	C	C	2. DISLIPIDEMIA	P	X	R		E78.5
		D	F	Pab	Hb	R	R	3. VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	P	X	R	<14BAJ >15ALT	99199.23

9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

		A	M	PC	PESO	N	N	1. CONSEJERIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	P	D	R		99401.13
		M			TALLA	C	C	2.	P	D	R		
		D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULT. RES. Hb: / / FECHA NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMA REGLA: / /

		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		

ITEM 09 : FINANCIADOR DE SALUD	ITEM 16	ITEMS 17 Y 18 (CONDICION DE INGRESO)	ITEM 20	FECHA DE ULTIMA REGLA	
1 USUARIO 2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 3 ESALUD	4 SOAT 5 SANIDAD FAP 6 SANIDAD NAVAL	10 OTROS 11 EXONERADO	PESO = en kg TALLA = en Cm Hb = Valor del Resultado	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA). C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO. R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	P = DX PRESUNTIVO. D = DX DEFINITIVO. R = DX REPETIDO (CONTROL).

Si no se cuenta con el dato se registra la fecha de la primera ecografia

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	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.			CÓDIGO CIE/CPMS	
	HISTORIA CLINICA	10	12									1°	2°	3°		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													P
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
13 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
14 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
15 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
16 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
17 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
18 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
19 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		
21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____														FECHA ULT. RES. Hb: ____/____/____	FECHA NACIMIENTO: ____/____/____	FECHA ULTIMA REGLA: ____/____/____
					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		

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACIÓN CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.