LOTE: ABC
 PAGINA: 1
 FECHA PROCES.: 01/08/2019
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
 OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS
 TURNO: M T

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA			301203 ENFERMERIA			DNI	80720178			Lic. XXXXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX									
SEGÚN LA QUE CORRESPONDA																					
7	8	9	11	13	14	15	EVALUACION ANTRÓPOMETRICA A HEMOGLOBINA			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			20	21	22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	TALLA	PESO	N	N	1.	2.	3.	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
1 SUPLEMENTACIÓN CON COMPLEJO POLIMALTOSADO FERRICO (P0...) ó SULFATO FERROSO (SF...) EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA o SERVICIO DE NUTRICIÓN a niños de 04 y 05 meses de edad																					
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	4	A	X	PC	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001				
04	12345678	58	FERREÑAFE	4	X	PC	55	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	P01	Z298			
19																					
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: 1era VISITA DOMICILIARIA a 04 meses 7 días RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
09	12345678	2	110 - 149 días	4	A	X	PC		N	N	1.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R		Z298				
04	12345678	58	FERREÑAFE	4	X	PC		X	X	R	R	2.	Visita Domiciliaria	P	X	R	1	99344			
19	C201																				
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	5	A	X	PC	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	5	Z001				
05	12345678	58	FERREÑAFE	5	X	PC	55	X	X	R	R	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403			
19																					
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: 2da VISITA DOMICILIARIA a 05 meses 7 días RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
09	12345678	2	150 - 179 días	5	A	X	PC		N	N	1.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R		Z298				
05	12345678	58	FERREÑAFE	5	X	PC		X	X	R	R	2.	Visita Domiciliaria	P	X	R	2	99344			
19	C201																				
6 Término de Suplement 4 y 5 m: LAB (TA) niño 06 meses: DOSAJE DE HEMOGLOBINA 85018 LAB (1) INICIO DE SUPLEMENTACIÓN con Micronutrientes (1)/ Sulfato Ferroso (SF1) / Polimaltosado (P01)																					
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678		FERREÑAFE	6	A	X	PC	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001				
06	12345678	58	FERREÑAFE	6	X	PC	67	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	TA	Z298			
19																					
8 PERIODICIDAD DEL DOSAJE DE HEMOGLOBINA: 85018 * 06 meses (LAB: 1) * 12 meses (LAB: 2) * 18 meses (LAB: 3) * 24 meses (LAB: 4) * 36 meses																					
9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	7	A	X	PC	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	7	Z001				
07	12345678	58	FERREÑAFE	7	X	PC	67	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	2	Z298			
19																					
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	8	A	X	PC	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	8	Z001				
08	12345678	58	FERREÑAFE	8	X	PC	67	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	3	Z298			
19																					
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	9	A	X	PC	8.5	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	9	Z001				
09	12345678	58	FERREÑAFE	9	X	PC	68	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	4	Z298			
19																					
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	10	A	X	PC	8.5	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	10	Z001				
10	12345678	58	FERREÑAFE	10	X	PC	69	X	X	R	R	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	5	Z298			
19	C201																				

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

LOTE: ABC
 PAGINA: 2
 FECHA PROCES.: 01/08/2019
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
 OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS
 TURNO: M T

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

2	3	4	5	6	7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DNI		Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX		TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB.		CÓDIGO CIE / CPT			
2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA			301203 ENFERMERIA SEGUN LA QUE CORRESPONDA			80720178		Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX											
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		LAB.		CÓDIGO CIE / CPT			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO		P	X	R								
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	X	R								
	FICHA FAMILIAR										P	X	R								
13 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	11	A	X	PC			PESO	8.5	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	11	Z001	
11	12345678				M	X				TALLA	69	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	6	Z298	
19	C201	58	FERREÑAFE		D		F	Pab		Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403	
14 NIÑOS DE 12 A 18 MESES SUPLEMENTADOS CON MICRONUTRIENTES TAMIZADOS CON DE DOSAJE HEMOGLOBINA																					
15 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	A	X	PC			PESO	9	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001	
12	12345678				M	X				TALLA	72	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2	85018	
19		58	FERREÑAFE		D		F	Pab		Hb	13	R	R	3.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	8	Z298	
16 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					A		M	PC		PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	X	R	7	99403	
					M					TALLA		C	C	2.		P	D	R			
					D		F	Pab		Hb		R	R	3.		P	X	R			
17 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	A	X	PC			PESO	9	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	2	Z001	
01	12345678				M	X				TALLA	72	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	10	Z298	
20		58	FERREÑAFE		D		F	Pab		Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	8	99403	
18 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	A	X	PC			PESO	9	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	3	Z001	
02	12345678				M	X				TALLA	72	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	12	Z298	
20		58	FERREÑAFE		D		F	Pab		Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	9	99403	
19 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	A	X	PC			PESO	9	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001	
03	12345678				M	X				TALLA	72	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	3	85018	
20		58	FERREÑAFE		D		F	Pab		Hb	13	R	R	3.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	TA	Z298	
20 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					A		M	PC		PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	X	R	10	99403	
					M					TALLA		C	C	2.		P	D	R			
					D		F	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R			
21 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					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			
22 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					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			
23 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					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			
24 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
					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		
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	PESO = kg			N=	PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA).		P =	DX	
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO	TALLA = Cm			C=	PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.		D =	DX DEFINITIVO.	
3 ESALUD	6 SANIDAD NAVAL		Hb = Valor			R=	PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.		R =	DX REPETIDO.	

LOTE: ABC
 PAGINA: 1
 FECHA PROCES.: 01/08/2019
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS
 TURNO: M T

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22												
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI		Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE / CPT													
2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA			301203 ENFERMERIA			80720178		Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX		SEGÚN LA QUE CORRESPONDA																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE / CPT														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO		P	D	R	LAB.																		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO																													
	FICHA FAMILIAR																															
1 SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA o SERVICIO DE NUTRICIÓN A NIÑO(A) SIN ANEMIA - 04 y 05 meses																																
															D		F		Pab		Hb		R		ó 99209 Atención en Nutrición		P		D		R	
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
02	12345678	2	FERREÑAFE	4	A	X	PC	PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001														
04	12345678	58	FERREÑAFE	4	X			TALLA	55	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	SF1	Z298														
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403														
3 NOMBRES Y APELLID 1era VISITA DOMICILIARIA a los 04 meses 7 días RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
09	12345678	2	110 - 149 días	4	A	X	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Tratamiento	P	X	R		Z298														
04	12345678	58	FERREÑAFE	4	X			TALLA		X	X	2.	Visita Familiar Integral	P	X	R	1	99344														
19	C201				D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	X	R		ó Visita Domiciliaria C0011														
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
02	12345678	2	FERREÑAFE	5	A	X	PC	PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	5	Z001														
05	12345678	58	FERREÑAFE	5	X			TALLA	55	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	SF2	Z298														
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403														
5 NOMBRES Y APELLID 2da VISITA DOMICILIARIA a los 05 meses 7 días RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
09	12345678	2	150 - 179 días	5	A	X	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Tratamiento	P	X	R		Z298														
05	12345678	58	FERREÑAFE	5	X			TALLA		X	X	2.	Visita Familiar Integral	P	X	R	2	99344														
19	C201				D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	X	R		ó Visita Domiciliaria C0011														
6 MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES A 11 AÑOS CON SF... Ó P0...																																
															D		F		Pab		Hb		R		R		P		D		R	
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
02	12345678		FERREÑAFE	6	A	X	PC	PESO	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001														
06	12345678			6	X			TALLA	67	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	TA	Z298														
19					D	F	Pab	Hb	9.5	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018														
8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /																																
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	LEV	D509														
					M			TALLA		C	C	2.	Administración de Tratamiento	P	X	R	P01	U310														
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403														
9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
09			1era VISITA DOMICILIARIA a 06 meses c/7 días	6	A	X	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509														
06			* 1d - 30 días	6	X			TALLA		X	X	2.	Administración de Tratamiento	P	X	R		U310														
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Visita Domiciliaria	P	X	R	1	99344														
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
02	12345678	2	FERREÑAFE	7	A	X	PC	PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	7	Z001														
07	12345678	58	FERREÑAFE	7	X			TALLA	55	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina(Control a 1m /Trat.)	P	X	R	2	85018														
19					D	F	Pab	Hb	9.5	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509														
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: / /																																
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Tratamiento	P	X	R	P02	U310														
					M			TALLA		C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403														
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R																
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXXX XXXXX XXXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																																
09			2da VISITA DOMICILIARIA a 07 meses c/7 días	7	A	X	PC	PESO		N	N	1.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509														
07			* 31 d - 60 días	7	X			TALLA		X	X	2.	Administración de Tratamiento	P	X	R		U310														
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Visita Domiciliaria	P	X	R	2	99344														

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

LOTE: ABC
 PAGINA: 2
 FECHA PROCES.: 01/08/2019
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS
 TURNO: M T

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI		Lic.		TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB.		CÓDIGO CIE / CPT		
2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA			301203 ENFERMERIA SEGÚN LA QUE CORRESPONDA			80720178		Lic. XXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX		P D R		P D R		P D R					
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD							
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO		P	D	R	LAB.							
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R								
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	8	A	X	PC				PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	8	Z001
08	12345678				M	X					TALLA	55	X	X	2.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509
19		58	FERREÑAFE		D		F	Pab			Hb		R	R	3.	Administración de Tratamiento	P	X	R	P03	U310
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JEANPIERE DAMIAN MENDOZA FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JEANPIERE DAMIAN MENDOZA FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: JEANPIERE DAMIAN MENDOZA FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018																					
02	12345678	2	FERREÑAFE	11	A	X	PC				PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	11	Z001
11	12345678				M	X					TALLA	55	X	X	2.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509
19		58	FERREÑAFE		D		F	Pab			Hb		R	R	3.	Administración de Tratamiento	P	X	R	P06	U310
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: Paciente Recuperado																					
					A		M	PC			PESO		N	N	1.	Administración de Tratamiento	P	X	R	TA	U310
					M						TALLA		C	C	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	1	Z298
					D		F	Pab			Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO:																					

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

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

LOTE: ABC
PAGINA: 1
FECHA PROCES.: 01/08/2019
DNI DIGITADOR:

1 TURNO

M T

TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER Ó PREMATUROS

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION

2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA				301203 ENFERMERIA				DNI	80720178	Lic. XXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX									
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 A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	M	PC	PESO 2	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	X	R	1	P073						
01	12345678	58	FERREÑAFE				TALLA 40	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018						
19							Hb 7.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R		D509						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			
							PESO	N	N	1. Administración de Tratamiento	P	X	R	P01	U310						
							TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403						
							Hb	R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
02	12345678	2	FERREÑAFE	2	M	PC	PESO 6	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	X	R	2	P073						
02	12345678						TALLA 55	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
19		58	FERREÑAFE				Hb 7.5	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	X	R	P02	U310						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			
							PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403						
							TALLA	C	C	2.	P	D	R								
							Hb	R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
02	12345678	2	FERREÑAFE	3	M	PC	PESO 6	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	X	R	3	P073						
03	12345678						TALLA 55	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
19		58	FERREÑAFE				Hb 7.5	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	X	R	P03	U310						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			
							PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403						
							TALLA	C	C	2.	P	X	R								
							Hb	R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
02	12345678	2	FERREÑAFE	4	M	PC	PESO 6	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	X	R	4	P073						
04	12345678						TALLA 55	X	X	2. Dosaje de Hb (Control al 3er mes /Trat.)	P	X	R	2	85018						
19		58	FERREÑAFE				Hb 10	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			
							PESO	N	N	1. Administración de Tratamiento	P	X	R	P04	U310						
							TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403						
							Hb	R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
02	12345678	2	FERREÑAFE	5	M	PC	PESO 6	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	X	R	5	P073						
05	12345678						TALLA 55	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
19		58	FERREÑAFE				Hb 10	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	X	R	P05	U310						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
							PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	5	99403						
							TALLA	C	C	2.	P	X	R								
							Hb	R	R	3.	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			
09	12345678			1	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
01	12345678						TALLA	X	X	2. Administración de Tratamiento	P	X	R		U310						
19	C201									ó Visita Familiar Integral C0011	P	X	R	1	99344						
										Visita Domiciliaria											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018			
09	12345678			2	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509						
05	12345678						TALLA	X	X	2. Administración de Tratamiento	P	X	R		U310						
19	C201									ó Visita Familiar Integral C0011	P	X	R	2	99344						
										Visita Familiar Integral											

1era VISITA DOMICILIARIA a 01 meses c/7 dias

2da VISITA DOMICILIARIA a 02 meses c/7 dias

ó Visita Familiar Integral C0011

Visita Domiciliaria

Visita Familiar Integral

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

LOTE: ABC
 PAGINA: 2
 FECHA PROCES.: 01/08/2019
 DNI DIGITADOR:

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS
 TURNO: M T

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI		Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX		DIA		TIPO DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE / CPT		
2019	ABRIL	C.S. SEÑOR DE LA JUSTICIA			301203 ENFERMERIA			80720178			Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX		7		20		21		22		
		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		LAB.	
		ETNIA		CENTRO POBLADO																	
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	6	A	X	PC	PESO	6	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	6	P073			
06	12345678	58	FERREÑAFE	6	M	X	Pab	TALLA	65	X	X	2.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509			
19					D	F	Pab	Hb	10	R	R	3.	Administración de Tratamiento	P	X	R	P06	U310			
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403			
					M			TALLA		C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R					
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	7	A	X	PC	PESO	6	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	7	P073			
12	12345678	58	FERREÑAFE	7	M	X	Pab	TALLA	55	X	X	2.	Dosaje de Hb (Control al 6to mes /Trat.)	P	X	R	3	85018			
19					D	F	Pab	Hb	12	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	PR	D509			
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Tratamiento	P	X	R	TA	U310			
					M			TALLA		C	C	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	1	Z298			
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403			
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	8	A	X	PC	PESO	8.5	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	8	P073			
11	12345678	58	FERREÑAFE	8	M	X	Pab	TALLA	68	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	2	Z298			
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403			
8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	9	A	X	PC	PESO	8.5	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	9	P073			
09	12345678	58	FERREÑAFE	9	M	X	Pab	TALLA	68	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	3	Z298			
19					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403			
9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	10	A	X	PC	PESO	8.5	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	10	P073			
10	12345678	58	FERREÑAFE	10	M	X	Pab	TALLA	69	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	4	Z298			
19	C201				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403			
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	11	A	X	PC	PESO	8.5	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	11	P073			
11	12345678	58	FERREÑAFE	11	M	X	Pab	TALLA	69	X	X	2.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	5	Z298			
19	C201				D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	5	99403			
11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: XXXXXX XXXXX XXXXXX											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2018							
02	12345678	2	FERREÑAFE	1	A	X	PC	PESO	9	N	N	1.	Recien Nacido Prematuro	P	X	R	12	P073			
12	12345678	58	FERREÑAFE	1	M	X	Pab	TALLA	72	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	4	85018			
19					D	F	Pab	Hb	13	R	R	3.	Otras medidas profiláticas especificadas	P	X	R	6	Z298			
12 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403			
13 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:							
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	D	R					
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Administración de Tratamiento	P	X	R					

SE DEBERÁ CONTINUAR LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES DURANTE LOS SIGUIENTES MESES, ASI COMO EL DOSAJE DE HEMOGLOBINA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

Se deberá continuar la suplementación con micronutrientes durante los 14, 16 meses y a los 18 meses aplicar Dosaje de Hemoglobina, término a la suplementación con TA

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