



# MANUAL DE USUARIO IPRESS PERSONAL OBSTETRÍCIA - V.3.0

GOBIERNO REGIONAL CUSCO | DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
**CUSCO**

## TABLA DE CONTENIDO

MANUAL DE USUARIO IPRESS PERSONAL.....	3
1. INICIAR SESIÓN .....	3
2. OPERACIONES EN MENU PRINCIPAL .....	5
2.1. REALIZAR TRIAJE .....	5
2.2. OBSTETRÍCIA .....	0
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO .....	0
2.2.1. ATENDER CITA .....	0
INFORMACIÓN DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL .....	2
REALIZAR CONSULTAS PRENATALES .....	11
REALIZAR PLAN DE PARTO .....	21
2.2.2. PADRON NOMINAL DE GESTANTES .....	23
2.3. ATENDER INMUNIZACIONES .....	25
2.4. DESCARGAR REPORTES HIS .....	26
3. CERRAR SESIÓN .....	27
4. ANEXOS .....	28
Anexo 1 .....	28
CARTILLA DE CONTROL MATERNO PERINATAL .....	28
Anexo 2 .....	30
CONSULTA DEL NIÑO(A) .....	30
Anexo 3 .....	31
CARTILLA DEL NIÑO(A) .....	31
Anexo 4 .....	32
FORMATO HIS.....	32

## TABLA DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1: Iniciar sesión</i>	3
<i>Ilustración 2: Cambiar contraseña</i>	4
<i>Ilustración 3: Seleccionar rol</i>	4
<i>Ilustración 4: Interfaz principal</i>	5
<i>Ilustración 5: Pacientes en Triage</i>	5
<i>Ilustración 6: Formulario de triaje</i>	6
<i>Ilustración 7: Modelado del proceso en Obstetricia</i>	0
<i>Ilustración 8: Lista de pacientes</i>	0
<i>Ilustración 9: Formulario de Triage</i>	1
<i>Ilustración 10: Lista de gestaciones de la paciente</i>	1
<i>Ilustración 11: Menú de atenciones</i>	2
<i>Ilustración 12: Menú del plan de atención integral</i>	2
<i>Ilustración 13: Ficha de filiación</i>	3
<i>Ilustración 14: Ficha de antecedentes</i>	4
<i>Ilustración 15: Ficha de datos basales</i>	6
<i>Ilustración 16: Formulario de patologías maternas</i>	6
<i>Ilustración 17: Interfaz de atenciones</i>	7
<i>Ilustración 18: Gráfica de aumento de peso en atenciones gestacionales</i>	7
<i>Ilustración 19: Gráfica de aumento de altura uterina en atenciones gestacionales</i>	8
<i>Ilustración 20: Información de partos y abortos</i>	9
<i>Ilustración 21: Interfaz del recién nacido</i>	10
<i>Ilustración 22: Interfaz de puerperio</i>	10
<i>Ilustración 23: Interfaz de una gestante con una sola consulta</i>	11
<i>Ilustración 24: Interfaz de una gestante con dos consultas realizadas</i>	11
<i>Ilustración 25: Menú de la consulta prenatal</i>	11
<i>Ilustración 26: Ficha de datos generales</i>	12
<i>Ilustración 27: Información de Antecedentes familiares y personales</i>	13
<i>Ilustración 28: Ficha de interrogatorios</i>	14
<i>Ilustración 29: Fichas de tamizaje</i>	15
<i>Ilustración 30: Preguntas para la detección de violencia</i>	16
<i>Ilustración 31: Lista de solicitudes y resultados de exámenes realizados a la gestante</i>	16
<i>Ilustración 32: Ficha de examen en consultorio</i>	17
<i>Ilustración 33: Solicitud de examen en laboratorio</i>	17
<i>Ilustración 34: Agregar diagnósticos</i>	18
<i>Ilustración 35: Agregar procedimientos</i>	18
<i>Ilustración 36: Sección Tratamientos</i>	19
<i>Ilustración 37: Formulario Agregar tratamientos</i>	20
<i>Ilustración 38: Previsualización de los formatos HIS y FUA</i>	20
<i>Ilustración 26: Lista de gestantes</i>	23
<i>Ilustración 27: formulario para crear nueva gestante</i>	23
<i>Ilustración 28: Formulario del registro de nueva gesta</i>	24
<i>Ilustración 29: Cambiar gestante al establecimiento de salud</i>	24
<i>Ilustración 39: Lista de solicitudes de inmunización</i>	25
<i>Ilustración 40: Interfaz de reportes HIS</i>	26

## MANUAL DE USUARIO IPRESS PERSONAL

### 1. INICIAR SESIÓN

Para iniciar acceder al siguiente enlace: <http://190.108.93.150:4012/>

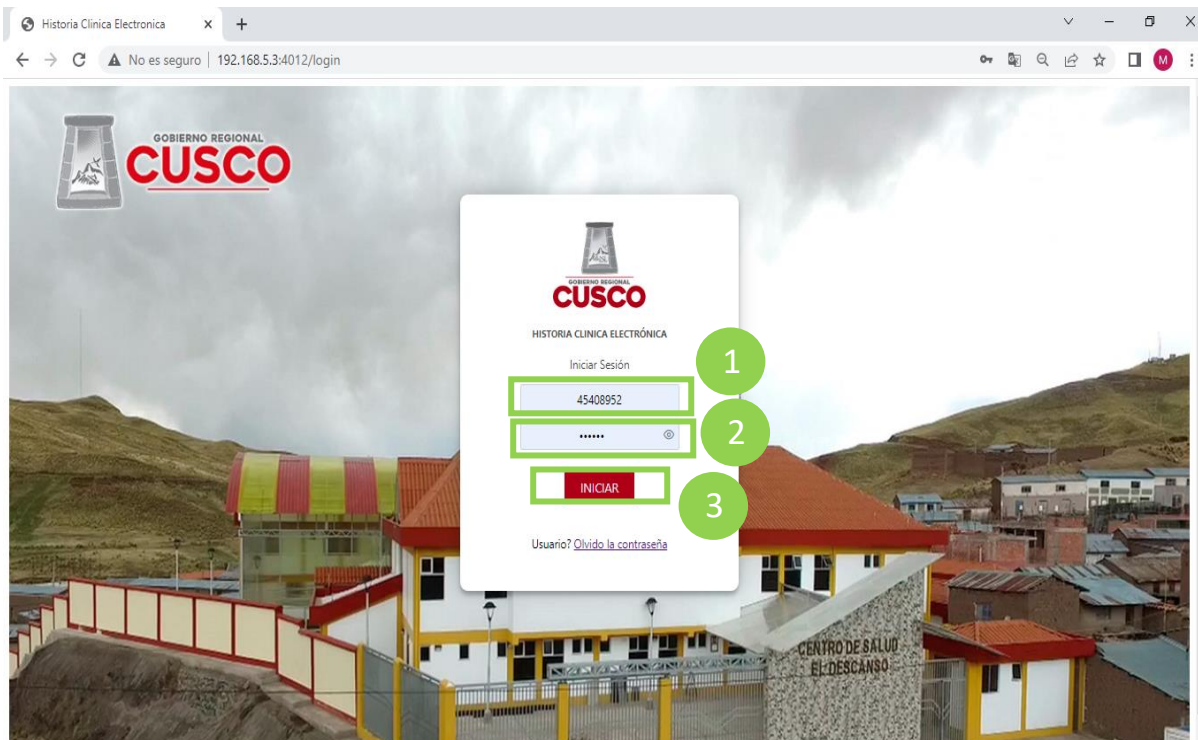


Ilustración 1: Iniciar sesión

Debiendo hacer lo siguiente :

**Paso 1:** Ingresar el usuario : N° de **DNI**

**Paso 2:** Ingresar la contraseña: **contraseña personal**

**Paso 3:** Hacer clic en **Iniciar**.

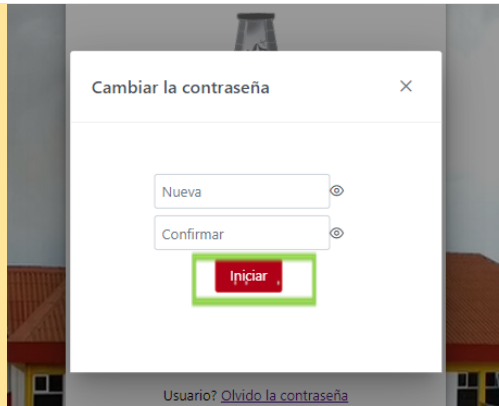
#### ¿INICIAS SESIÓN POR PRIMERA VEZ?

Solo si se inicia sesión por primera vez la contraseña será el número de DNI

**Paso 1:** Ingresar el usuario : N° de **DNI**

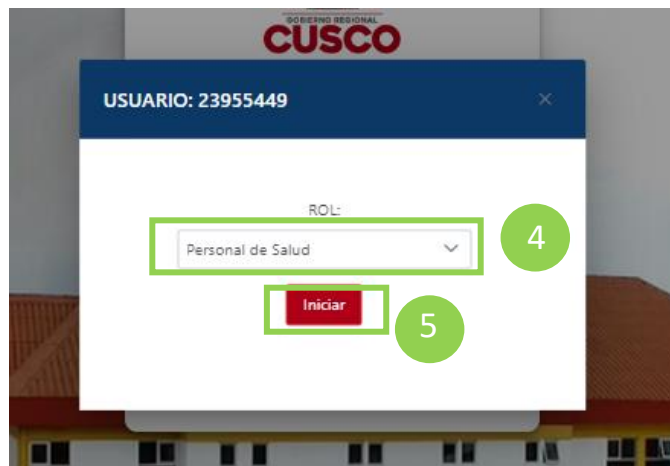
**Paso 2:** Ingresar la contraseña: N° de **DNI**

**Paso 3:** Al hacer clic en **Iniciar** se habilitará el siguiente cuadro donde podremos actualizar la contraseña a una nueva

*Ilustración 2: Cambiar contraseña*

Llenar los campos y hacer clic en **Iniciar**

Al presionar en el botón **Iniciar**, el sistema autenticará al usuario y de acuerdo a sus roles asignados por el administrador, mostrará la siguiente interfaz que permite seleccionar el rol con el cual se quiere ingresar.

*Ilustración 3: Seleccionar rol*

**Paso 4:** Seleccionar: **Personal de Salud**

**Paso 5:** Clic en **Iniciar**

## 2. OPERACIONES EN MENU PRINCIPAL

La interfaz cuenta con cinco secciones en el menú principal: **Triage**, **Historias Clínicas**, **Laboratorio**, **Inmunización** y **Reportes**



The screenshot shows the main interface with a sidebar menu on the left and a main content area. The sidebar menu includes: Triage, Historias Clínicas, Laboratorio, Inmunización, and Reportes. The main content area is titled 'LISTA DE PACIENTES EN OBSTETRICIA'. It features a search bar with 'TIPO DOC' and 'DOCUMENTO DEL PACIENTE' fields, and a 'FILTRAR POR FECHA' dropdown set to '2022-10-03'. Below the search bar is a table titled 'LISTA DE PACIENTES CON CUPOS PARA EL DIA DE HOY'.


Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	HORA ATENCION	FECHA ATENCION	TELEFONO	ACCION
1	71824717	MANSILLA, NAYHUA	LUZBELLA	02:10:04	03-10-2022	914376671	<a href="#">Triage</a> <a href="#">Consulta Gestante</a>
2	48306378	MAMANI, KICANA	LUZETH CAROLINA	03:10:04	03-10-2022	935465852	<a href="#">Triage</a> <a href="#">Consulta Gestante</a>

Below the table is a pagination bar showing '1' of 10 items. At the bottom, there are links to 'LISTA DE GESTANTES CON CITAS NO ATENDIDAS' and 'LISTA DE GESTANTES CON CITAS CANCELADAS'.

Ilustración 4: Interfaz principal

### 2.1. REALIZAR TRIAJE

Para realizar la operación ir en el menú a **Triage->Triage**



The screenshot shows the 'Triage' section of the interface. The sidebar menu is highlighted, and the main content area is titled 'LISTA DE PACIENTES A TRIAR CON CUPOS'. It features a search bar with 'Documento de Identidad:' and a magnifying glass icon. Below the search bar is a table titled 'LISTA DE PACIENTES CON CUPOS PARA EL DIA DE HOY'.

Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA	HORA	ACCIONES
1	98989898	OLAZABAL, PIMENTEL	ANSHONY, JOCEPH	2022-05-04	12:10	<a href="#">Triage</a> <a href="#">Cancelar</a>

Below the table is a pagination bar showing '1' of 1 entries. At the bottom, there is a section titled 'LISTA DE PACIENTES TRIADOS' with a table showing patients who have been triaged.

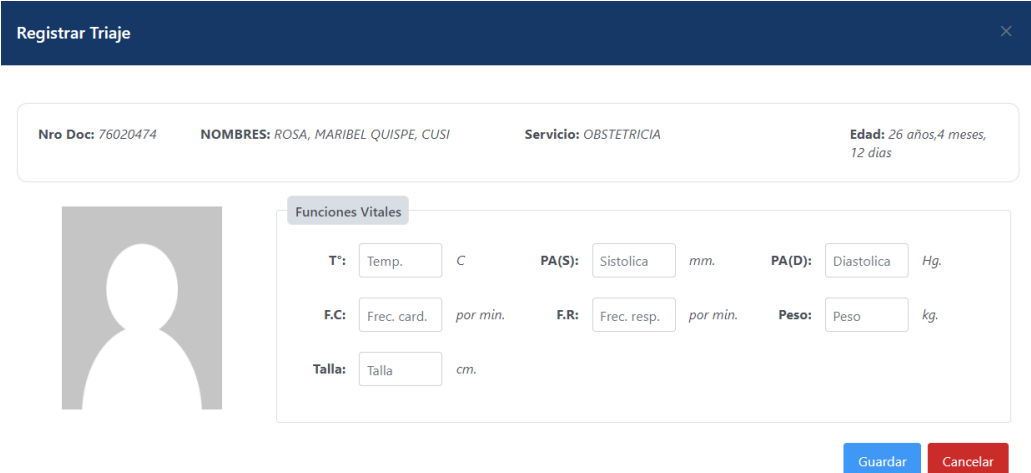
Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA	HORA	ACCIONES
1	48306376	PFOCCORI, MARCA	LUZ, MARIBEL	2022-05-04	12:50	<a href="#">Ver triaje</a> <a href="#">Cancelar</a>

Ilustración 5: Pacientes en Triage

**Paso 1:** Ingresar el N° de DNI del paciente que se requiere triar y hacer clic en la lupa

Esta acción hará que al paciente se le ubique fácilmente.

**Paso 2:** Hacer clic en **Triar**



Registrar Triage

Nro Doc: 76020474    NOMBRES: ROSA, MARIBEL QUISPE, CUSI    Servicio: OBSTETRICIA    Edad: 26 años, 4 meses, 12 días

**Funciones Vitales**

T°: Temp. C    PA(S): Sistolica mm.    PA(D): Diastolica Hg.

F.C: Frec. card. por min.    F.R: Frec. resp. por min.    Peso: Peso kg.

Talla: Talla cm.

Guardar Cancelar

Ilustración 6: Formulario de triaje

Completar los campos vacíos de las funciones vitales del paciente y hacer clic en **Guardar**

Ya llenado del formulario y guardado, el paciente pasará automáticamente a la lista de pacientes triados.

## 2.2. OBSTETRÍCIA

### DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

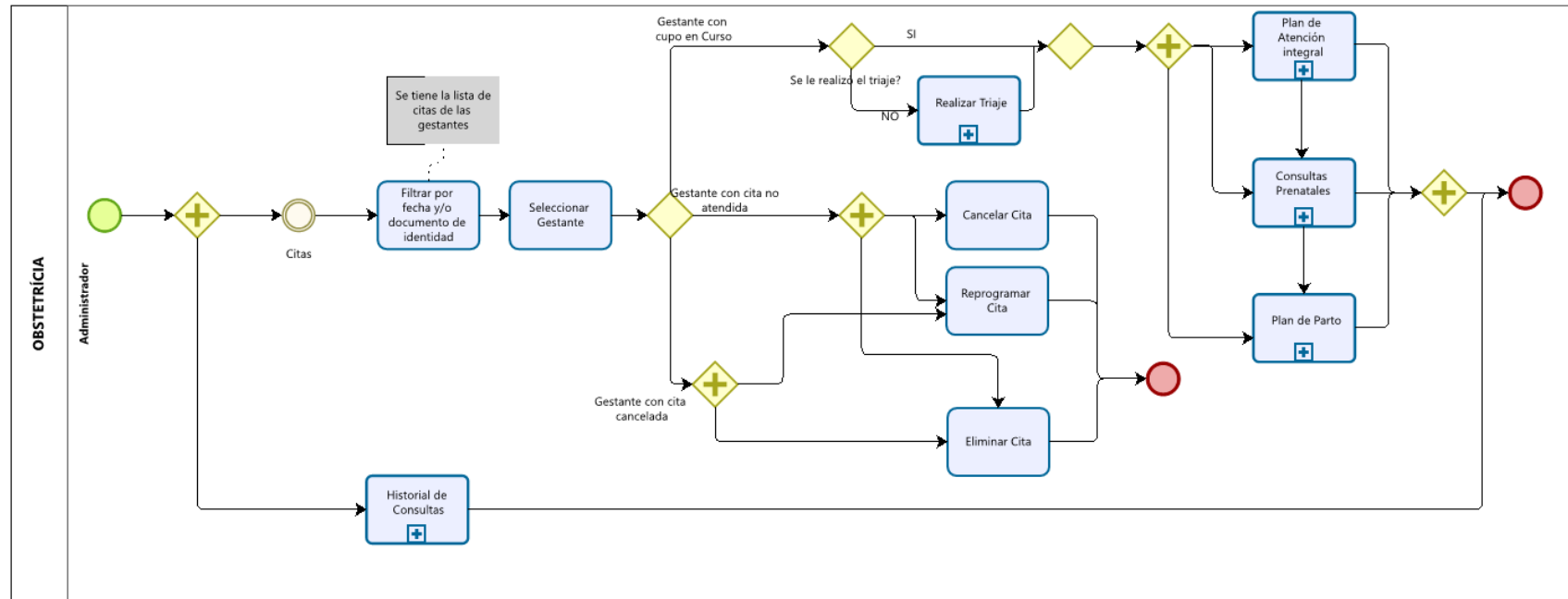


Ilustración 7: Modelado del proceso en Obstetricia



### 2.2.1. ATENDER CITA

Para atender una cita ir a **Historias Clínicas -> Obstetricia -> Citas**

**1**

LISTA DE PACIENTES EN OBSTETRICIA

TIPO DOC: DNI DOCUMENTO DEL PACIENTE FILTRAR POR FECHA: 2022-10-03 Exportar

LISTA DE PACIENTES CON CUPOS PARA EL DIA DE HOY

Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	HORA ATENCION	FECHA ATENCION	TELEFONO	ACCIONES
1	71824717	MANSILLA, NAYHUA	LUZBELLA	02:10:04	03-10-2022	914376671	<b>2</b> Triaje <b>3</b> Consulta Gestante
2	48306378	MAMANI, KCANA	LIZETH, CAROLINA	03:10:04	03-10-2022	935465852	Triaje Consulta Gestante

Mostrando 1 de 2 entradas

LISTA DE GESTANTES CON CITAS NO ATENDIDAS

Clic para reprogramar citas no atendidas

Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	CONSULTORIO	HORARIO	FECHA	ACCIONES
1	10101013	ABARCA MELGAREJO	KATHERIN	OBS01	8:00AM	20/11/2021	Reprogramar Cancelar Eliminar

Mostrando 1 de 1 entradas

Clic para Cancelar la cita

LISTA DE GESTANTES CON CITAS CANCELADAS

Nro	DNI	APELLIDOS	NOMBRES	CONSULTORIO	HORARIO	FECHA	ACCIONES
1	10101013	ABARCA MELGAREJO	KATHERIN	OBS01	8:00AM	20/11/2021	Reprogramar Eliminar

Mostrando 1 de 1 de 1 entradas

Ilustración 8: Lista de pacientes

**Paso 1:** Para buscar a un determinado paciente se tiene 2 filtros (Por documento de Identidad y Por fecha de obtención de la Cita

- Para buscar por Documento de Identidad seleccionar **TipoDoc** e ingresar el número de **Documento del Paciente** en el espacio con la misma denominación y hacer clic en la **lupa** o simplemente presionando la tecla **Intro**
- Para filtrar por fecha hacer clic en el espacio **filtrar por fecha** y seleccionar.

**Paso 2:** **Hacer clic para triar**, Si el paciente ya fue triado anteriormente no es necesario hacerlo nuevamente.

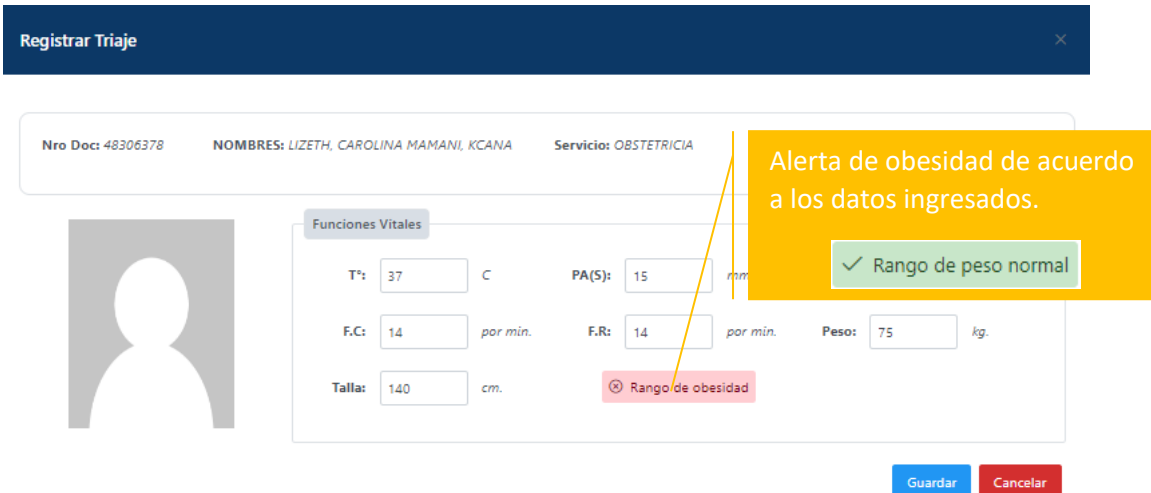


Ilustración 9: Formulario de Triaje

### Completar el formulario y Guardar

**Paso 3:** **Clic en Consulta Gestante.** (Este botón estará habilitado siempre que el paciente haya pasado por triaje, caso contrario es requerido hacer el **Paso 2**)

En esta Interfaz se observará la lista de gestaciones de la paciente, desde su primer embarazo hasta el último, Así mismo podremos crear una nueva gestación,

Para cada gestación finalizada o incompleta, se tiene el botón de edición, y su respectiva cartilla.



Ilustración 10: Lista de gestaciones de la paciente

**Paso 4:** Clic para registrar una nueva gestación. Este botón estará habilitado siempre que no haya una Gestación en curso.

La ventana cuenta con tres opciones: **Plan de atención integral**, **Consultas prenatales** y **Plan de parto**, los cuales tendrán que ser llenados por el especialista durante la cita



Ilustración 11: Menú de atenciones

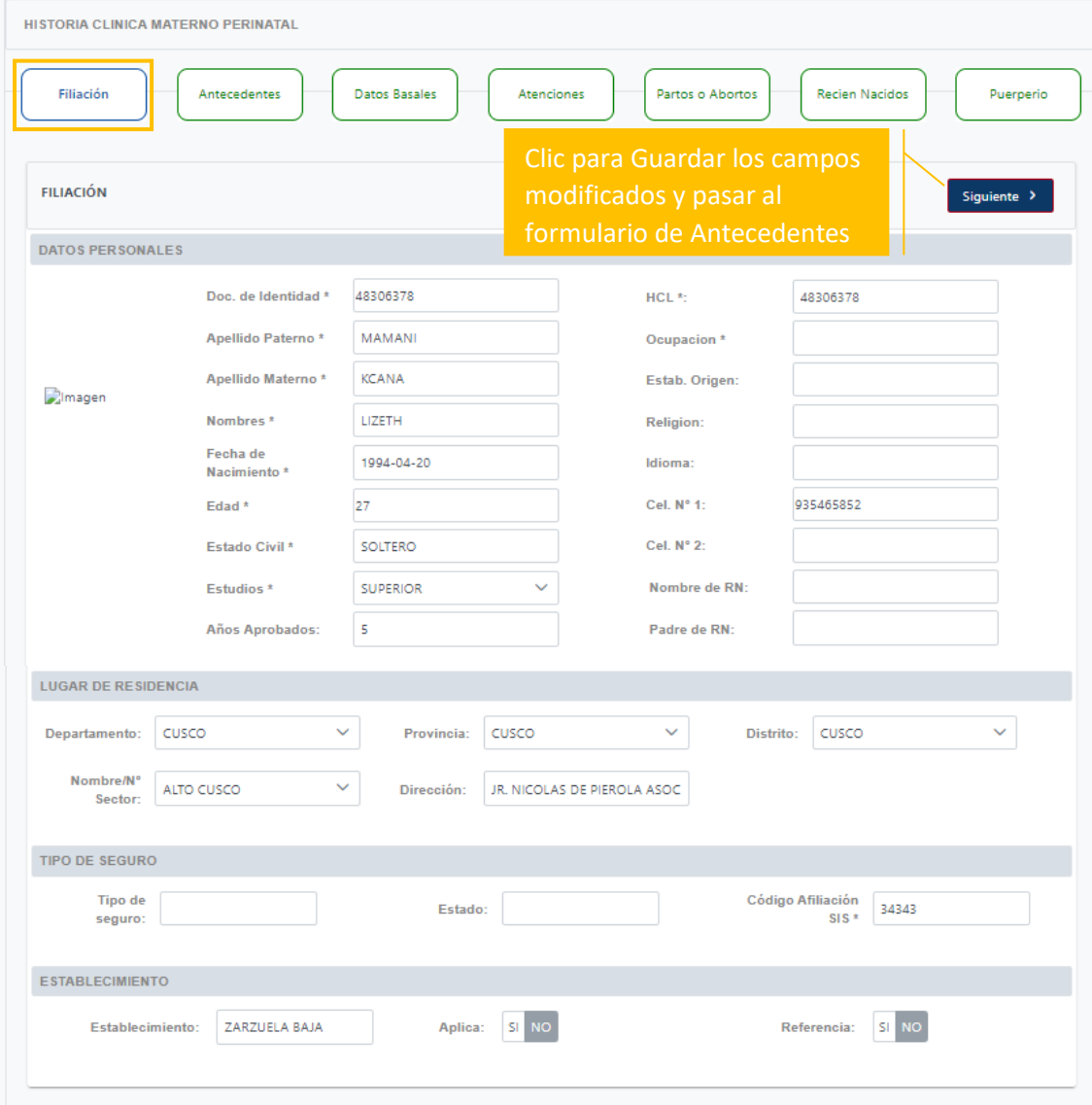
para acceder a las opciones hacer clic en el orden mostrado.

#### Paso 4.1: INFORMACIÓN DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL



Ilustración 12: Menú del plan de atención integral

- a) Esta sección muestra el resumen de las citas que tubo la paciente e irá actualizándose automáticamente en cada cita de la paciente.
- El formulario contiene los datos de filiación tales como datos personales, residenciales, seguro, establecimiento, los campos están disponibles para su edición.



HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

**Filiación** | Antecedentes | Datos Basales | Atenciones | Partos o Abortos | Recien Nacidos | Puerperio

**FILIACIÓN**

**DATOS PERSONALES**

Doc. de Identidad \* 48306378 HCL \* 48306378

Apellido Paterno \* MAMANI Ocupacion \*

Apellido Materno \* KCANA Estab. Origen:

Nombres \* LIZETH Religion:

Fecha de Nacimiento \* 1994-04-20 Idioma:

Edad \* 27 Cel. N° 1: 935465852

Estado Civil \* SOLTERO Cel. N° 2:

Estudios \* SUPERIOR Nombre de RN:

Años Aprobados: 5 Padre de RN:

**LUGAR DE RESIDENCIA**

Departamento: CUSCO Provincia: CUSCO Distrito: CUSCO

Nombre/N° Sector: ALTO CUSCO Dirección: JR. NICOLAS DE PIEROLA ASOC

**TIPO DE SEGURO**

Tipo de seguro: Estado: Código Afiliación SIS \* 34343

**ESTABLECIMIENTO**

Establecimiento: ZARZUELA BAJA Aplica: SI NO Referencia: SI NO

Clic para Guardar los campos modificados y pasar al formulario de Antecedentes

Siguiente >

Ilustración 13: Ficha de filiación

- b) Se tiene el siguiente formulario de antecedentes obstétricos, gestación anterior, antecedentes familiares, antecedentes personales y vacunas previas.

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

Filiación Antecedentes Datos Basales Nacidos Puerperio

Clic para Guardar los campos modificados y pasar al formulario de Antecedentes

Para editar el diagrama completar los campos de derecha a izquierda, para que el sistema haga el autocompletado

Antecedentes Obstétricos

6 Gestas 1 Abortos 4 Vaginales 3 Nacidos Vivos 3 Viven

0 6 + 3 ☒   
 < 2500g ☒   
 Múltiple ☐   
 < 37 sem ☐   
 Limpiar

5 Partos 1 Cesáreas 0 Nacidos Muertos 0 Muerto - 1ra semana 0 Después - 1ra semana

R.N Mayor peso : 0 gr

Captada: SI NO Referida por Ag. Comuni. SI NO Partos Domiciliarios: 5 Sesiones: 0

GESTACIÓN ANTERIOR

Fecha: 2020-08-03 Per Intergénisis Adecuado: SI

Terminación: Parto Vaginal: ☐ Cesárea: ☒ Aborto: ☐ Ectópico: ☐ Aborto Molar: ☐ No aplica: ☐ Si fuese aborto: Tipo aborto Incompleto: ☐ Completo: ☐ Frusto/Retenido: ☐ Séptico: ☐ No aplica: ☐ Lactancia: ☐ EESS: ☐ Domic.: ☐ Congénitas: Emb. Múltiple: ☐ Selec

Quien: Malaria: ☐ Selec Hip. Arterial: ☐ Selec Hipo tiroidismo: ☐ Selec Neoplásica: ☐ Selec TBC Pulmonar: ☐ Selec Otros: ☒

Antecedentes Personales

Ninguno: ☒ Aborto habitual / recurrente: ☐ Violencia: ☐ Cardiopatía: ☐ Cirugía Pélvica Uterina: ☐ Eclampsia: ☐ Pre Eclampsia: ☐ Hemorra. Postparto: ☐ TBC Pulmonar: ☐ VIH/SIDA: ☐ Alcoholismo: ☐ Alergia a medicamentos: ☐ Asma Bronquial: ☐ Diabetes: ☐ Enferm. Congénitas: ☐ Enferm. Infecciosas: ☐ Epilepsia: ☐ Hip. Arterial: ☐ Consumo de hoja de coca: ☐ Infertilidad: ☐ Neoplasias: ☐ Otras Drogas: ☐ Parto Prolong: ☐ Preeclampsia: ☐ Prematuridad: ☐ Reten. Placenta: ☐ Tabaco: ☐ Transtorn. Mentales: ☒ Otros: ☒

Clic para editar

Ingrese un numero

Muerto 1ra semana

OK Cancel

Ilustración 14: Ficha de antecedentes

- c) Datos basales del embarazo en curso cuenta con el formulario con datos del peso y talla, antitetánica, tipo de sangre, fecha última de menstruación, hospitalización, emergencia, vacunas previas, violencia/genero, examen físico,

sustancias alucinógenas, exámenes de laboratorio y patologías maternas diagnosticadas.

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

Filiación

Antecedentes

Datos Basales

Atenciones

Partos o Abortos

Recien Nacidos

Puerperio

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

< Atras

Siguiente >

Peso y Talla

Talla: 140 cm

Peso Actual: 75 Kg

Peso Habitual: Kg

IMC:

Antitetánica

N° Dosis Previas:

Dosis

1ra: dd/mm/aaaa

2da: dd/mm/aaaa

Sin Dosis

No Aplica

Tipo de sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh(+)

Rh(-) Sen Desc

Rh(-) No Sen

Rh(-) Sen

Fecha última menstruación

FUM: dd/mm/aaaa

Duda: Si No

Fecha Probable de Parto: dd/mm/aaaa

1. EG(Ecografia)

Sem

Fecha: dd/mm/aaaa

2. EG(Ecografia)

Sem

Fecha: dd/mm/aaaa

3. EG(Ecografia)

Sem

Fecha: dd/mm/aaaa

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: dd/mm/aaaa

Diagnóstico:

CIE 10:

Emergencia

Fecha: dd/mm/aaaa

Diagnóstico

CIE 10:

Vacunas Previas

Rubeola: Si No

Hepatitis B: Si No

Papiloma Virus: Si No

Influenza: Si No

Covid 19: Si No

Violencia / Género

Ficha Tamizaje: Si No

Violencia: Si No

Fecha: dd/mm/aaaa

Examen Físico

Sin Examen

Normal

Patológico

Clinico:

Mamas:

Cuello:

Uterino:

Pelvis:

Odont(1):

Odont(2):

Fuma

N° Cigarrillos/Día:

Drogas

Si No

Exámenes de Laboratorio

Hg(%)

Con factor de corrección

Fecha

+

No Resolvo

Resolvo

No se Hizo

No Aplica

Fecha

VDRU/RPR 1:

VDRU/RPR 2:

TPHA/VDRU (RPR REACTIVO):

VIH Prueba Rapida 1:

VIH Prueba Rapida 2:

PR Hepatitis:

ELISA 1:

ELISA 2:

Negativo

Positivo

No se Hizo

No Aplica

Fecha

Ex. Comp Orina 1:

Ex. Comp Orina 2:

Ex. Comp Orina 3:

Bacteriuria:

Nitritos:

Urocultivo:

BK en Espudo:

Western Bolt/Ifi:

THLV1:

TORCH:

Gota Gruesa:

5

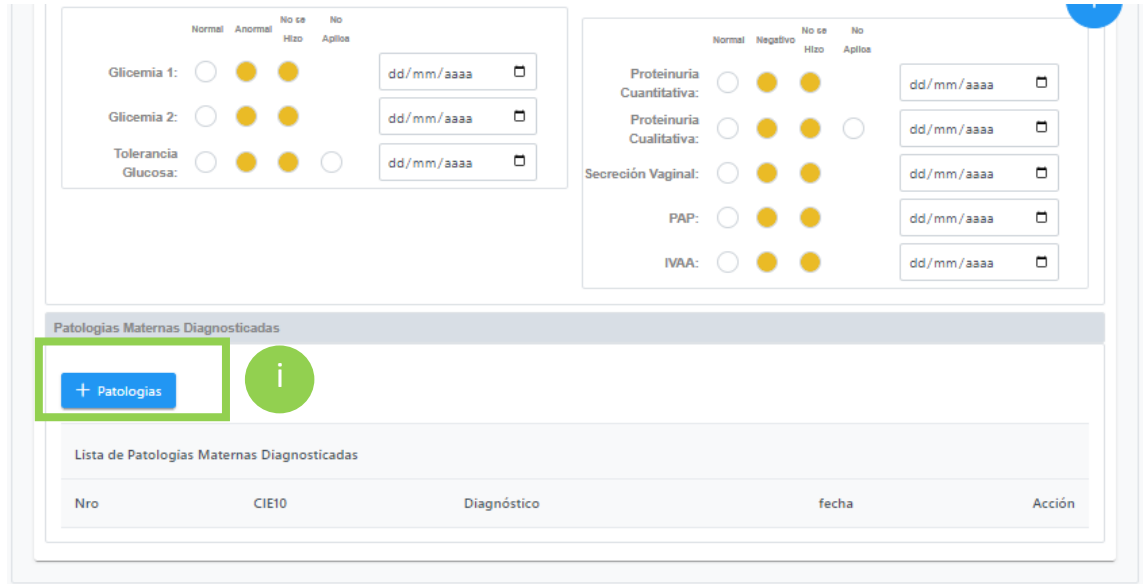


Ilustración 15: Ficha de datos basales

- i) Es posible agregar patologías que presente la gestante, se tiene el buscador que de acuerdo al número de diagnóstico seleccionado el sistema recupera la denominación del diagnóstico.

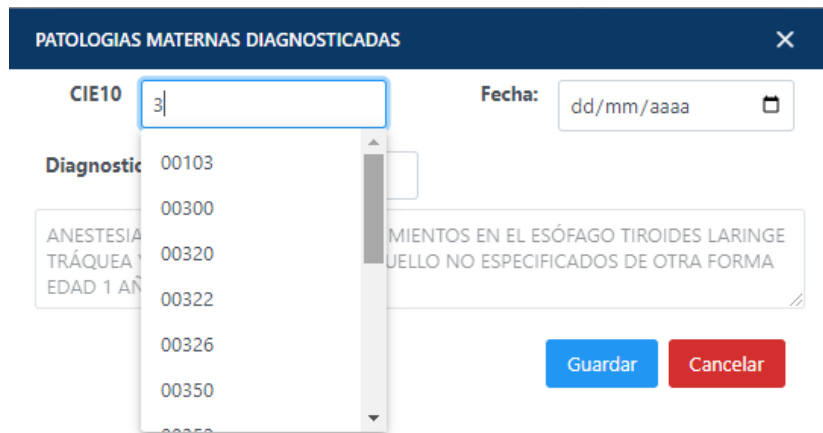


Ilustración 16: Formulario de patologías maternas

- d) Contiene el registro de **Atenciones** que recibió la paciente durante el proceso de gestación, obtiene un gráfico de la evolución del peso, y de la altura uterina al darle clic en los botones naranjados.

Filiación

Antecedentes

Datos Basales

Atenciones

Partos o Abortos

Recien Nacidos

Puerperio

ATENCIONES GESTACIONALES

Clic para visualizar las gráficas

<< Ir a menú

< Atras

Siguiente >

Graficar Peso Madre

Graficar Altura Uterina

ATENCION PRENATAL	Fecha Atención	Edad Gest. (Semanas)	Peso Madre (Kg)	Temperatura(°C)	Presion Arterial(mm. Hg)	Pulso Materno(por min)	Altura Uterina(cm)	Acción
Atención 3	2022-03-15 12:55:14	null null/7	0			0	0	
Atención 4	2022-03-28 12:16:51	null null/7	0	0	0/0	0	0	
Atención 5	2022-04-06 12:02:27	null null/7	0	0	0/0	0	0	

Ilustración 17: Interfaz de atenciones

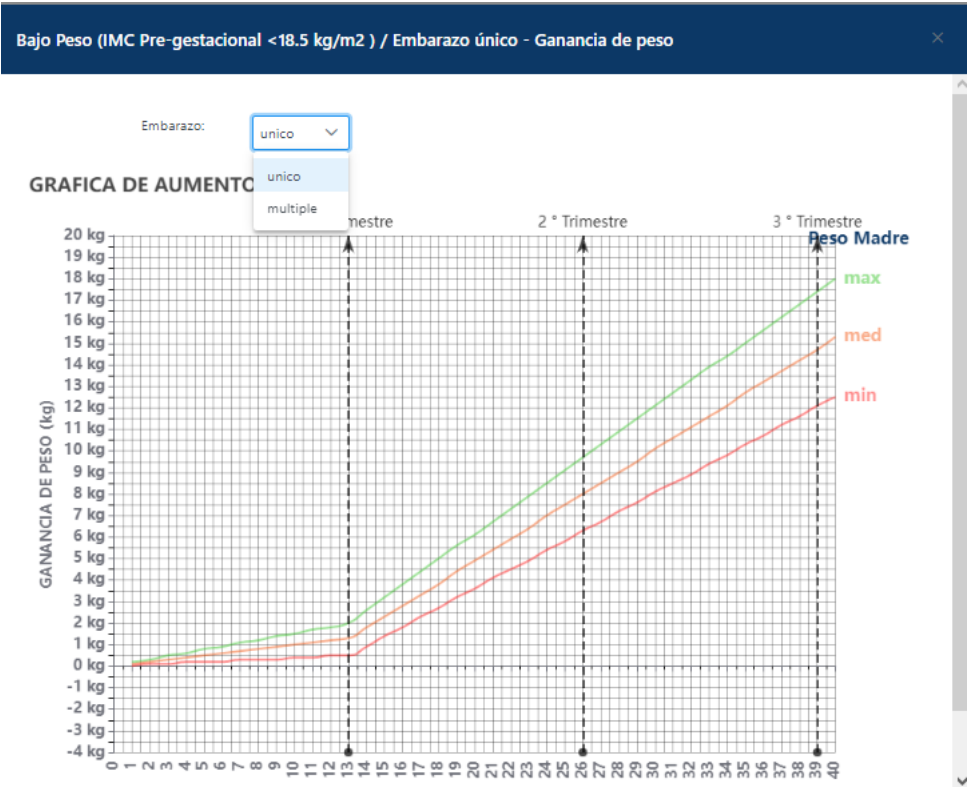


Ilustración 18: Gráfica de aumento de peso en atenciones gestacionales



## Grafico Altura Uterina

## GRAFICA ALTURA UTERINA

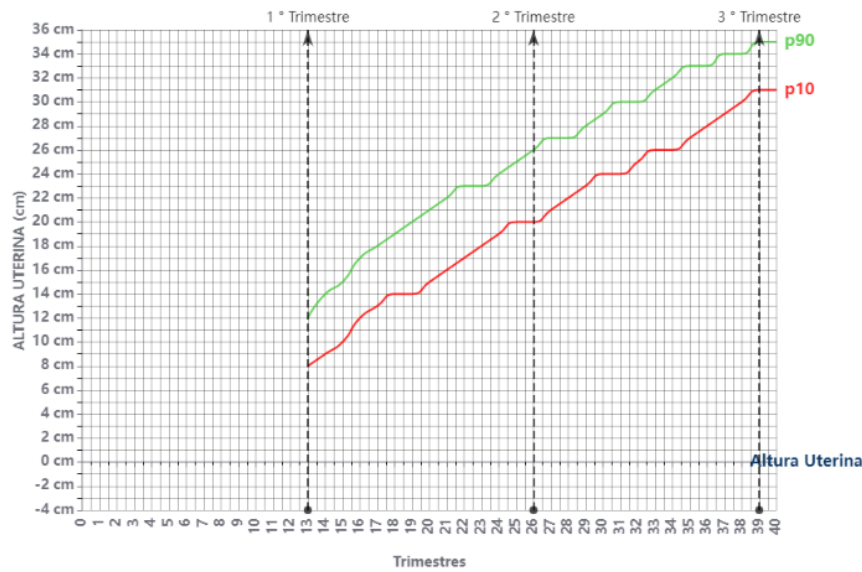


Ilustración 19: Grafica de aumento de altura uterina en atenciones gestacionales

- e) Contiene el formulario de resumen de Partos o Abortos que [para guardar algún cambio se debe presionar en el botón Siguiente.](#)

Filiación

Antecedentes

Datos Basales

Atenciones

**Partos o Abortos**

Recien Nacidos

Puerperio

PARTOS O ABORTO

< Atras

Siguiente >

Estado

HCMP

Atención Prenatal: ☐

Aborto: ☒

Parto: ☐

Producción de la Concepción

Hijo Único: ☐

Embarazo Múltiple: ☒

Orden:

Aborto: ☐

Ingreso al Establecimiento por Parto

Fecha y Hora:

Referencia al Ingreso: ☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Pulso Materno:

Presión Arterial:

FRECUENCIA RES.:

TEMP.:

PESO:

E.G.:

SITUACIÓN:

Longitudinal: ☐

Transversal: ☐

PRESENTACIÓN:

Cefálica: ☐

Pelvica: ☒

POSICIÓN:

Derecha: ☐

Izquierda: ☐

ALTURA UTERINA:

TAMAÑO FETAL ACORDE

☐ Si ☐ No

F.C.F.

FECHA Y HORA DE RUPTURA:

INICIO:

Espontánea: ☐

Inducido: ☒

DILATACION

MENBRANAS:

Rotas: ☒

Integras: ☐

LIQUIDO AMNIÓTICO:

Claro: ☐

Verde Claro: ☐

Verde Oscuro: ☒

Signos y síntomas de Alerta				Corticoides antenatales (28-34 Sem)		Tipo Procedimiento	
Anasarca:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hernia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Completo:	<input type="checkbox"/>	<u>CESÁRIA:</u>	<u>ABORTO:</u>
Cianosis:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipot. Ortostática:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Incompleto:	<input checked="" type="radio"/>	Corporal:	<input type="checkbox"/> Ameu:
Escotomas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No Recibe:	<input checked="" type="radio"/>	Segmentari:	<input type="checkbox"/> Legrado:
Epigastralgia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Petequias:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No Aplica:	<input type="checkbox"/>	No aplica:	<input type="checkbox"/> No aplica:
Dolor Hiponódr.Der.:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Proteuniria:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SEM. INICIO:	<input type="text" value="150"/>		

Procedimiento en parto (Ver anexo)									
+ Nueva Medicacion									
Nro	Medicamento	Cantidad	Dosis	Intervalo	Via Administracion	Duracion	Indicacion Adicional	Accion	
<< < > >> 5									

Terminación:				Indicacion Principal del Parto operatorio	
Fecha: <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<u>TERMINACIÓN</u> Aborto: <input checked="" type="radio"/> P. espontáneo: <input type="radio"/> Forceps: <input type="radio"/> Vacuum: <input type="radio"/> Cesárea electiva: <input type="radio"/> Cesaria emerg: <input type="radio"/> <u>DESGARROS:</u> No Hubo <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III-IV <input checked="" type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/> <u>PARTO CON ACOMP.:</u> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		<u>POSIC. GESTANTE:</u> Horizontal: <input type="radio"/> Vertical: <input type="radio"/> No Aplica: <input type="radio"/> <u>PDURACION:</u> Normal <input type="radio"/> Prolongado <input checked="" type="radio"/> Precipitado <input type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/> <u>ALUMBRAMIENTO:</u> Activo <input type="radio"/> Espontáneo <input checked="" type="radio"/> No Aplica <input checked="" type="radio"/> <u>EPISIOTOMÍA:</u> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/>		<u>PARTO GRAMA:</u> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> No Aplica: <input type="radio"/> <u>MUE. INTRAUT.:</u> No Hubo: <input type="radio"/> Dur. embarazo: <input checked="" type="radio"/> Dur. Parto: <input checked="" type="radio"/> Momento desconocido: <input checked="" type="radio"/> <u>PLACENTA:</u> Completa: <input type="radio"/> Incompleta: <input checked="" type="radio"/> Retenida: <input checked="" type="radio"/> <u>LIGADURA CORDÓN:</u> Precoz: <input checked="" type="radio"/> Temprana: <input checked="" type="radio"/> Tardia: <input type="radio"/>	

Atención		
<u>NIVEL:</u> FONEP <input type="radio"/> FONEB <input type="radio"/> FONE <input type="radio"/> FONI <input type="radio"/> Domicilio <input checked="" type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/>	<u>PARTO O LEGRADO:</u> Médico <input type="radio"/> Residente Médico <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Tec. de Enfermería <input type="radio"/> estudiante <input checked="" type="radio"/> Empirica partera <input checked="" type="radio"/> Familiar <input checked="" type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/>	<u>NEONATO:</u> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Responsable de la Atención del Parto:		
<input type="text"/>		
Responsable de la atención del Neonato:		
<input type="text"/>		

Ilustración 20: Información de partos y abortos

- f) En esta sección se tiene el historial de los hijos de la gestante, y permite registrar al nuevo recién nacido. También cuenta con opciones de edición y visualización.

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

Filiación

Antecedentes

Datos Basales

Atenciones

Partos o Abortos

**Recien Nacidos**

Puerperio





RECÍEN NACIDOS

< Atras

Siguiente >

Recien Nacidos

+ Nuevo

Nro	Nombre	Sexo	N Hd.	Acción
1	Alexia	femenino	0021	 
2	Roger	masculino	0022	 

Mostrando de 0 a 0 de 0 entradas << < > >>

Ilustración 21: Interfaz del recién nacido

Para agregar al recién nacido hacer clic en **Nuevo**, completar el formulario emergente y **Guardar**.

- g) Permite registrar al Puerperio, así como editar, visualizar y eliminar su información

PUERPERIO

Finalizar Gestación

Continuar >

Puerperios

+ Nuevo

Guardar

Nro	Fecha Aten.	Pulso	Horas/Días Post	Invol. Uterina	T°	P.A.	Herida Operacion	Carac. Loquios	Obs.	Acción
Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10 ▾										

Ilustración 22: Interfaz de puerperio

### ¿DESEA CERRAR LA GESTACIÓN?

Solo si se pretende finalizar la Gestación hacer clic en **Finalizar Gestación**, esta acción es irreversible

## Paso 4.2: REALIZAR CONSULTAS PRENATALES

Se tiene la ventana con las consultas realizadas por la gestante, con secciones que permiten agregar, y tomar acciones de edición, visualización y descarga de los archivos generados FUA y HIS.



Ilustración 23: Interfaz de una gestante con una sola consulta



Ilustración 24: Interfaz de una gestante con dos consultas realizadas

### Paso 1: Para crear una nueva consulta hacer clic en el botón azul **Agregar consulta**

La consulta está subdividida en ocho secciones debiéndose ingresar la información en el proceso de consulta.



Ilustración 25: Menú de la consulta prenatal

## Paso 2: Hacer clic para registrar Datos Generales

Esta sección contiene la información personal, datos de la consulta, Información del acompañante, antecedentes gineco obstétricos, signos de alarma, etc.

OBSTETRICIA> Consulta

Datos Generales

Interrogatorio

Tamizaje

Exámenes Auxiliares

Diagnosticos


Procedimientos

Tratamientos

DATOS GENERALES

Ver Antecedentes

Siguiente >


**CONSULTA PERINATAL**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Documento de identidad: 76020474

Apellido Paterno: QUISPE

Apellido Materno: CUSI

Nombres: ROSA

Edad: 26

Teléfono: 23456789

Grado de instrucción: SIN ESTUDIOS

Ocupación:

Dirección: SANTA ANA

**DATOS DE LA CONSULTA**

Nro de control prenatal: 1

Nro control sis: 1

Nro Hcl: 76020474

Fecha / Hora: 2022-11-14 11:36:29

**INFORMACION ACOMPAÑANTE**

Documento de identidad: 87654321

Apellidos: PERES JUARES

Nombres: JUAN

Edad: 32

Teléfono: 987654321

Dirección: AV SOL

Lazo de parentesco: OTROS

**ANT. GINECO OBSTETRICO**

FUR: Fecha ultima regla

FPF: Fecha post parto

R. CAT: Regimen catamenial

G: 6 P: 5 0 1 3

GEST. ANTERIOR:

Parto: ☐ Aborto: ☐

R.N. DE MAYOR PESO: 0 GR.

**PSICOPROFILAXIS**

Psicoprofilaxis: ☐ SI ☒ NO

**ANTECEDENTES**

Fuma Cigarros: ☐ SI ☒ NO

Drogas: ☐ SI ☒ NO

**VACUNAS PREVIAS**

V. Antitetánica 1ª Dosis: ☐ SI ☒ NO

V. Antitetánica 2ª Dosis: ☐ SI ☒ NO

Rubeola: ☐ SI ☒ NO

Hepatitis B: ☐ SI ☒ NO

Papiloma V: ☐ SI ☒ NO

Influenza: ☐ SI ☒ NO

Covid-19: ☐ SI ☒ NO

**DESCARTAR SIGNO DE ALARMA**

Dificultad respiratoria: ☐ SI ☒ NO

Hipertensión Arterial: ☐ SI ☒ NO

Sangrado nasal: ☐ SI ☒ NO

Deshidratación aguda: ☐ SI ☒ NO

Compromiso del sensorio: ☐ SI ☒ NO

Traumatismo Quemadura: ☐ SI ☒ NO

Abdomen agudo: ☐ SI ☒ NO

Intoxicación Envenenamiento: ☐ SI ☒ NO

Fiebre alta: ☐ SI ☒ NO

Convulsiones: ☐ SI ☒ NO

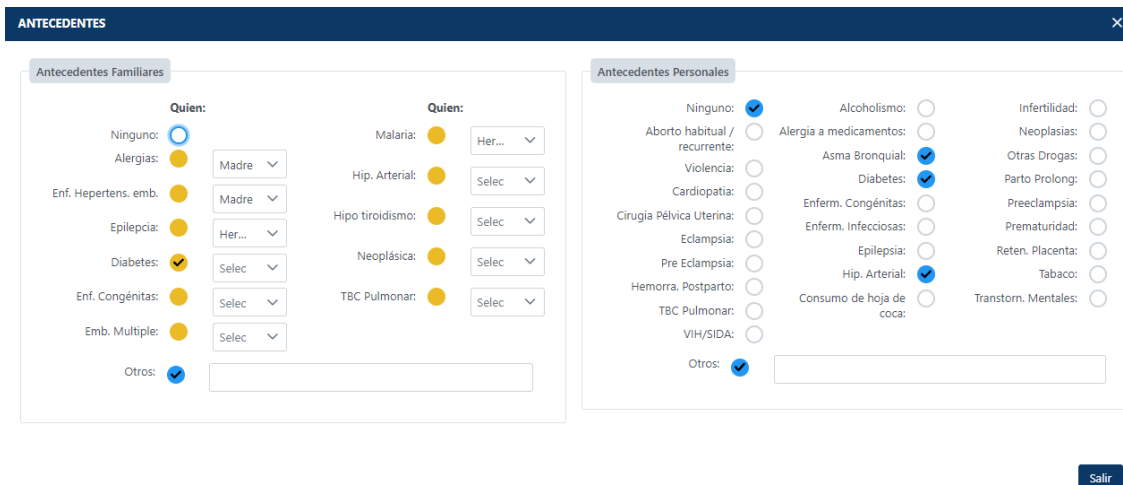
Sangrado genital: ☐ SI ☒ NO

Dolor de cabeza: ☐ SI ☒ NO

Edema: ☐ SI ☒ NO

Ilustración 26: Ficha de datos generales

Al hacer clic en el botón **Antecedentes** se muestra el formulario siguiente de antecedentes familiares y personales



**ANTECEDENTES**

**Antecedentes Familiares**

Quien: Ninguno: ☐ Alergias: ☐ Madre  Enf. Hepertens. emb. ☐ Madre  Epilepsia: ☐ Her...  Diabetes: ☒ Selec  Enf. Congénitas: ☐ Selec  Emb. Múltiple: ☐ Selec  Otros: ☒

Quien: Malaria: ☐ Her...  Hip. Arterial: ☐ Selec  Hipo tiroidismo: ☐ Selec  Neoplásica: ☐ Selec  TBC Pulmonar: ☐ Selec

**Antecedentes Personales**

Ninguno: ☒ Aborto habitual / recurrente: ☐ Alergia a medicamentos: ☐ Asma Bronquial: ☒ Diabetes: ☒ Cardiopatía: ☐ Enferm. Congénitas: ☐ Enferm. Infecciosas: ☐ Epilepsia: ☐ Hip. Arterial: ☒ Consumo de hoja de coca: ☐ VIH/SIDA: ☐ Otros: ☒

Alcoholismo: ☐ Infertilidad: ☐ Neoplasias: ☐ Otras Drogas: ☐ Parto Prolong: ☐ Preeclampsia: ☐ Prematuridad: ☐ Reten. Placenta: ☐ Tabaco: ☐ Transtorn. Mentales: ☐

**Salir**

Ilustración 27: Información de Antecedentes familiares y personales

Completar la ficha de datos generales y **Guardar**

**Paso 3:** Hacer clic para llenar el Formulario de interrogatorio de evaluación de las funciones vitales, funciones biológicas y evaluación nutricional.



**OBSTETRICIA > Consulta**

Datos Generales Interrogatorio Tamizaje Exámenes Auxiliares Diagnosticos Procedimientos Tratamientos

**INTERROGATORIO**

Clic para guardar la información registrada

**FUNCIONES VITALES**

T° (°C): 35.6 Peso (kg): 60 Talla (cm): 150 PA Sisto: 0

PA Diasto: 0 F.C.: 24 F.R.: 60 IMC: 26.58

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL**

Edad gestacional: 5 sem. 0 día(s).

Peso habitual: 64.6 Kg. Peso ganado: 0.2 Kg. Indicador: GANANCIA ELEV...

**3.1. Completar los campos enmarcados y hacer clic para obtener la evaluación nutricional**

**Calcular ganancia**

ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS

INTERROGATORIO

Motivo de Consulta:

dolor de cabeza

Anamnesis:

ENFERMEDAD

Tiempo de la enfermedad:

1

Curso:

ningunoo

Observacion:

solo toma agua

Completar todos los campos

EXAMEN FÍSICO

Piel:

Conservado

Detalle del examen

Mucosas:

Conservado

Detalle del examen

Cabeza:

Conservado

Detalle del examen

Cuello:

Conservado

Detalle del examen

Cardio Vasc.:

Conservado

Detalle del examen

Pulmones:

Conservado

Detalle del examen

Mamas:

Conservado

Detalle del examen

Pezones:

Conservado

Detalle del examen

Abdomen:

Conservado

Detalle del examen

Observaciones Examen Físico:

no

EXAMEN OBSTÉTRICO

Nro de fetos:

1

Miembros Inferiores:

Edemas:

+

Genitales Externos:

Vagina:

Cuello Uterino:

Reflejo Osteotendinoso:

☒ 0
 ☐ X
 ☐ XX
 ☐ XXX

AGREGAR NUEVO EXAMEN FETAL

Situación Fetal:

Seleccione una opción

Presentación Fetal:

Seleccione una opción

Posición Fetal:

Seleccione una opción

Movimiento Fetal:

Seleccione una opción

Latidos Cardíacos Fetales:

X min
 ☐ NA

+ Agregar

X Cancelar

Exámenes de Feto

Intención	Posición Fetal	Mov. Fetal	Latidos Card.	Acción
Entero	Derecha	+	61 x min	<input type="edit"/> <input type="delete"/>

0 to 0 of 0 entries

<<

<

>

>>

5

*Ilustración 28: Ficha de interrogatorios*

Después de completar el formulario hacer clic en **Guardar**

#### Paso 4: Clic para completar el Formulario de consulta de Tamizaje realizado.

OBSTETRICIA> Consulta

Datos Generales
Interrogatorio
**Tamizaje**
Exámenes Auxiliares
Diagnosticos
Procedimientos
Tratamientos

TAMIZAJE DE VIOLENCIA
< Atras
Siguiente >

PREGUNTAS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER OCACIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

Preguntas al Paciente I
**Preguntas al Paciente II**

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

pareja. Esta lista de chequeo se recomienda que el profesional de salud podrá considerar que tienen diferentes gustos y

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato

¿Cómo se siente usted misma?: Respuesta

¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?: SI NO

¿Toma algo (medicación u otra que le hayan recomendado)?: Respuesta

Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?: Respuesta

¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?: Respuesta

¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?: SI NO

Generalmente ¿Cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?: Respuesta

¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?: SI NO

Clic para Guardar los cambios realizados

Guardar

Ilustración 29: Fichas de tamizaje



**Preguntas al Paciente I** **Preguntas al Paciente II**

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

1.- En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?

Estresante (3 puntos): ☐

Un poco estresante (2 puntos): ☐

Nada estresante (1 punto): ☒

4.- Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☒

7.- Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☐

2.- Usted y su pareja resuelven las discusiones con:

Mucha dificultad (3p): ☐

Algo de dificultad (2p): ☐

Sin dificultad (1p): ☐

5.- ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☒

8.- ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☐

3.- Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☒

6.- Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?

Muchas veces (3p): ☐

A veces (2p): ☐

Nunca (1p): ☒

Puntaje Total: 5

**NEGATIVO**

**Interpretación**

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje Positivo:	> 15	24
Tamizaje Negativo:	8	15

Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas)

Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.

Ilustración 30: Preguntas para la detección de violencia

## Paso 5: Clic para agregar exámenes auxiliares

**OBSTETRICIA> Consulta**

Datos Generales Interrogatorio Tamizaje **Exámenes Auxiliares** Diagnosticos Procedimientos Tratamientos

Clic para agregar exámenes en consultorio

LABORATORIO

+ Exámenes en consultorio + Agregar Solicitud

LISTA DE SOLICITUDES DE EXÁMENES DEL PACIENTE

Nro	Nombre Examen SIS	Examen
Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 5		

Clic para Agregar Solicitudes

LISTA DE RESULTADO DE EXÁMENES REALIZADOS AL PACIENTE

Nro	FECHA REGISTRO	TIPO DE EXAMEN	NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADOS
<< < > >> 5				

Ilustración 31: Lista de solicitudes y resultados de exámenes realizados a la gestante

EXÁMENES EN CONSULTORIO

	Hg(%)	Factor corrección	Lab	Fecha
Hemoglobina 1	14	2.3		dd/mm/aa
Hemoglobina 2				dd/mm/aa

	Normal	Anormal	No se hizo	No aplica	Lab	Fecha
GLICEMIA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GLICEMIA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	No reactivo	Reactivo	No se hizo	No aplica	Lab	Fecha
VDRL/RPR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VDRL/RPR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TPHA/VDRL (RPR REACTIVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VIH PRUEBA RAPIDA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VIH PRUEBA RAPIDA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PR HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Lab	Fecha
EX. COMP ORINA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EX. COMP ORINA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EX. COMP ORINA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BACTERIURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Guardar

Ilustración 32: Ficha de examen en consultorio

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO


 Apellidos y Nombres: 
 Edad: 
 N° Cama:

Servicio: 
 N° H.CL: 
 Dx. Presuntivo:

BIOQUIMICA

COLESTEROL TOTAL ☐

GLUCOSA ☐

INMUNOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH ☐

MICROBIOLOGIA

EXAMEN DIR DE SECRECION VAG ☐

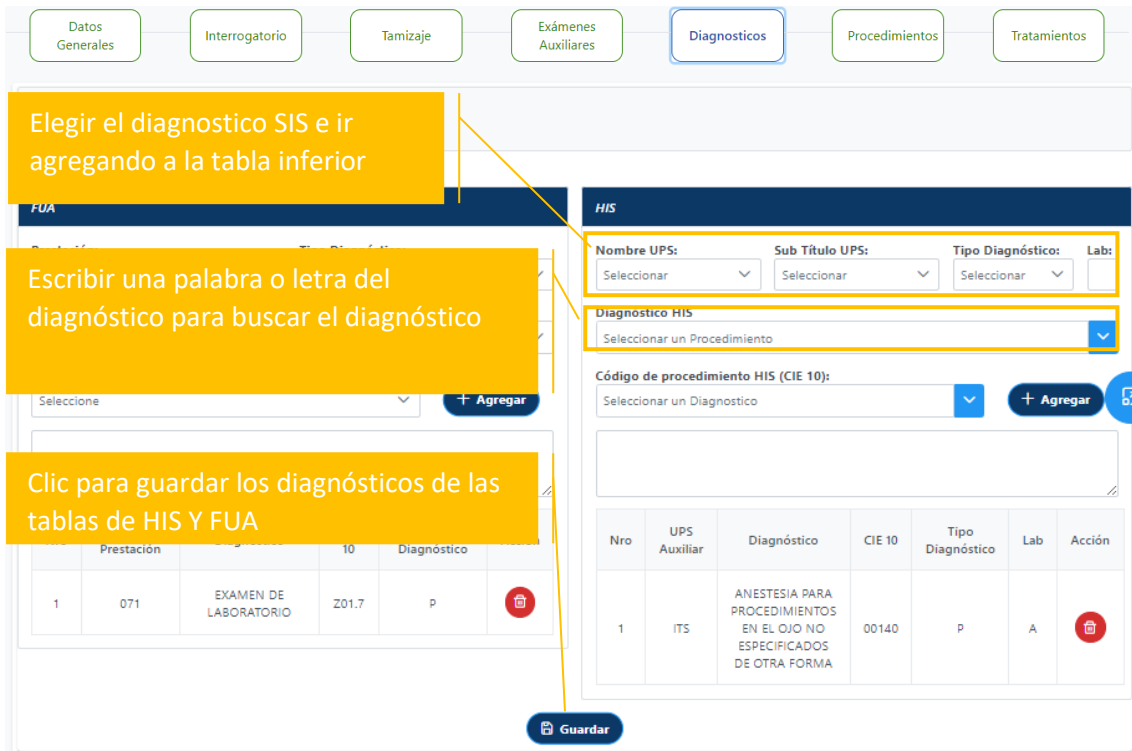
HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO ☒

Guardar

Ilustración 33: Solicitud de examen en laboratorio

## Paso 6: Clic para completar Formulario de diagnósticos



Elegir el diagnostico SIS e ir agregando a la tabla inferior

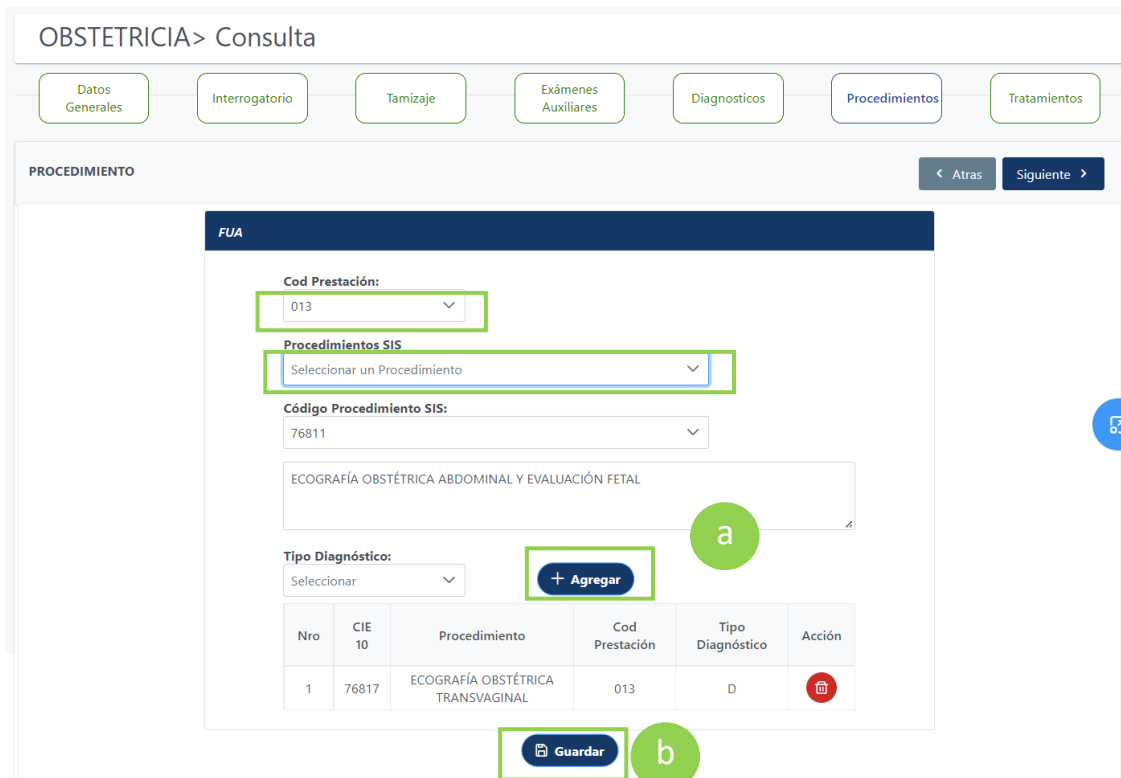
Escribir una palabra o letra del diagnóstico para buscar el diagnóstico

Clic para guardar los diagnósticos de las tablas de HIS Y FUA

**Guardar**

Ilustración 34: Agregar diagnósticos

## Paso 7: Clic para registrar procedimientos



OBSTETRICIA> Consulta

**PROCEDIMIENTO**

**FUA**

Cod Prestación: 013


Procedimientos SIS: Seleccionar un Procedimiento

Código Procedimiento SIS: 76811

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL Y EVALUACIÓN FETAL

Tipo Diagnóstico: Seleccionar

**+ Agregar**

Nro	CIE 10	Procedimiento	Cod Prestación	Tipo Diagnóstico	Acción
1	76817	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	013	D	

**Guardar**

Ilustración 35: Agregar procedimientos

- Seleccionar el Código de prestación, el Procedimiento SIS respectivo y **Agregar** a la tabla los procedimientos requeridos.
- Una vez llenado el formulario hacer clic en **Guardar**

### Paso 8: Clic en Tratamientos

OBSTETRICIA> Consulta

Datos Generales Interrogatorio Tamizaje Exámenes Auxiliares Diagnosticos Procedimientos **Tratamientos**

**TRATAMIENTOS**

**C** **Cerrar Consulta**

**Guardar** **+ Agregar Tratamiento**

Nro	MEDICAMENTO	CANTIDAD	DOSIS	INTERVALO	DURACION	OBSERVACIONES	<b>a</b> ACCIONES
Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10							

**SUPLEMENTACIONES**

**ÁCIDO FÓLICO**  
(1 tab. diaria)

Durante las primeras 13 sem. de gestación

500ug de ácido fólico

**ÁCIDO FÓLICO / SULFATO FERROSO**  
(1 tab. diaria)

A partir de las 14 sem. de gestación

60mg de He elemental + 400ug de ácido fólico

**ÁCIDO FÓLICO / SULFATO FERROSO**  
(2 tab. diarias)

Gestantes que inicial su atención prenatal despues de las 32 sem.

120mg de He elemental + 800ug de ácido fólico


**CALCIO**  
(1 tab. diaria)

A partir de las 20 sem. de gestación

500ug o 0.5mg de calcio

**b**

**ÁCIDO FOLICO / SULFATO FERROSO**

 ☐ Suplementación de ácido fólico.  
☐ Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico.


Nombre UPS:  Nombre UPS Aux:

Medicamento:

Cantidad:  Dosis nro:  Lab:  Duración:

Indicación:

**CALCIO**

 ☐ Suplementación de calcio.

Nombre UPS:  Nombre UPS Aux:

Medicamento:

Cantidad:  Dosis nro:  Lab:  Duración:

Indicación:

**RECOMENDACIONES**

**+ Agregar Recomendación**

Nro	RECOMENDACIONES	Acciones
Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10		

Ilustración 36: Sección Tratamientos

a) Completar el formulario y Guardar

PRESTACIÓN

Diagnostico:

Seleccione diagnostico SIS

▼

Prestacion:

Prestacion

MEDICACIÓN

Medicamento:

▼

Stock:

Stock

Nombre:

Nombre

Cantidad:

Cantidad

Dosis:

Dosis

Intervalo

Seleccionar

▼

Duración:

DURACIÓN

Fecha vencimiento:

Fecha vencimiento

Observaciones:

OBSERVACIONES

INDICACIONES

Efectos medicamento

EFFECTO MEDICAMENTO

Instrucciones:

INSTRUCCIONES

Advertencias:

ADVERTENCIAS

Otras indicaciones

OTRAS INDICACIONES

Cancelar

Guardar

*Ilustración 37: Formulario Agregar tratamientos*

- b) Completar las suplementaciones de calcio y hierro
- c) Clic en cerrar consulta

En este paso el sistema muestra la previsualización del HIS y FUA antes de cerrar definitivamente la consulta, si la información es correcta proceder y hacer clic en **Guardar**. **Tener en cuenta que una vez cerrada la consulta no se podrá modificar secciones que afecten el FUA y HIS**

Ver HIS

HIS

FUA

AÑO	MES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(I/PRESS)	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS(UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCION												
2022	9	ESSALUD ANTA	OBSTETRICIA	DNI : 23961643	VERA HUAMANI MARGOT											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE LUZ MARIBEL PFOCCORI MARCA																
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO	EDAD	SEXO	R. CEP	EVALLUA.	ESTAB.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DIAG.			LAB	CODIGO CIE	
	HISTORIA GESTANTE	ETNIA	CENTRO R	ABDOM.	ANTROPOME.	HEMOGLOBIL.	P				D	R				
30	48306376		SANTIAGO	28	F	0	PESO	0	N	N	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO		x		1	99199.26
	TALLA						0	C	C	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO		x		1	99199.26	
			AYMARÁ	VIVA EL PERU				Hb		R	R					

Fecha prox. cita: dd/mm/aaaa

Guardar


*Ilustración 38: Previsualización de los formatos HIS y FUA*

### Paso 4.3: REALIZAR PLAN DE PARTO

Esta sección permite prepararse a la gestante y ser libre de elegir el tipo de atención que prefiere recibir al momento del parto.

**PLAN DE PARTO**  
 Este plan ayudará a que la mamá se prepare para la llegada del bebé

DATOS PERSONALES



Doc. de Identidad:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Edad:

HCL.:

Grupo Sanguíneo:

FPP.:

Telf. del E.E.S.S.:

Dirección de Referencia:

Dirección (Comunidad, Sector, Anexo):

E.E.S.S.:

Micro Red:

Red:

Frecuencia de Radio del E.E.S.S.:

Telf. de la Comunidad.:

Nombre del promotor de salud:

Tiempo que tarda en llegar al establecimiento:

INTERVALO PLAN DE PARTO

+ Agregar Atención

ATENCIÓN	FECHA ATENCIÓN	EDAD GESTACIONAL (Semanas)	ACCIÓN
Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10 ▾			










Guardar >

Contempla la opción de **Agregar atenciones**. Para ello hacer clic .

## INTERVALOS DEL PLAN DE PARTO

PREGUNTAS	
Fecha: <input type="text" value="2022-05-05"/>	¿En que posición prefiere dar su parto?: Vertical <input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/>
Edad Gestacional: <input type="text"/>	¿Cómo se va a transportar en el momento del parto o en caso de emergencia?: Carro <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Donde atenderá su parto: Hospital. <input type="radio"/> C.S. <input type="radio"/>	¿Quién le acompañara o avisara al establecimiento de salud en el momento del parto o presencia de señales de peligro durante el embarazo?: <input type="text"/>
¿Quién desea que le atienda su parto?: <input type="text"/>	

SEÑALES DE PELIGRO		
Aquí te acompañamos como reconocer LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO, para acudir INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL		
Si tienes vómitos frecuentes:  <input type="text"/>	Si hay palidez de la cara y cansancio:  <input type="text"/>	Si tienes Calentura (Fiebre):  <input type="text"/>
Si tienes dolor de cabeza, visión borrosa (si ves lucécitas) Zumbido de oídos:  <input type="text"/>	Si tienes hinchazón de pies, manos o cara:  <input type="text"/>	Si tienes dolores antes de la fecha de parto y endurecimiento del vientre:  <input type="text"/>
Si tienes poco o falta de movimiento del bebé:  <input type="text"/>	Si el bebé esta mal acomodado:  <input type="text"/>	Si tienes perdida de sangre o de liquido por la vagina:  <input type="text"/>
Otras infecciones: tos, diarreas, infecciones urinarias (Ardor al orinar), etc. <input type="text"/>		

PREGUNTAS	
¿Quién cuidara sus hijos, su casa y animales durante su ausencia? <input type="text"/>	¿Aceptaría ir a la casa materna u otro cerca del establecimiento? <input type="text"/>
¿Sabe cuando debe ir a la casa materna?	<input type="button" value="Sí"/> <input type="button" value="No"/>


Una vez llenado el formulario hacer clic en **Guardar**

### 2.2.2. PADRON NOMINAL DE GESTANTES

Permitirá agregar gestantes y gestas al padrón nominal, así como trasladar al paciente de un establecimiento externo al establecimiento de salud.

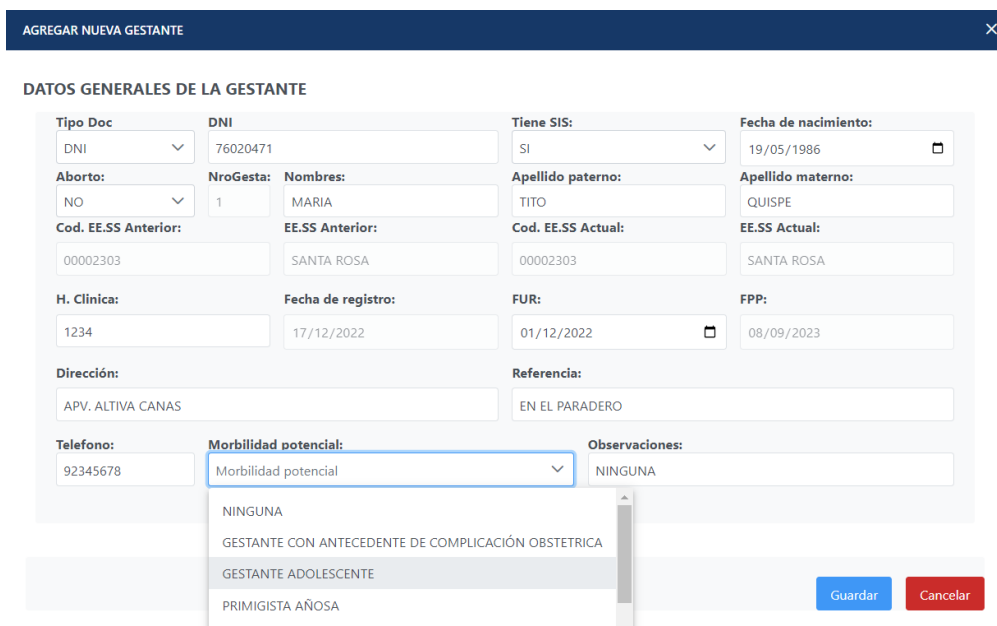


NRO	NRO DOC	NOMBRES	APELLIDOS	TELEFONO	TIENE SIS	DIRECCIÓN	ESTADO	SEMANA GESTACIONAL	ACCIONES
1	76020475	ROSA	SANCHEZ CUINO	916056847	SI	CUSCO	PUERPERA ✓	FINALIZADO	 
2	90565502	LISBET VILMA	TUPA CHILQUETUMA	927408494		BELLAVISTA S/N	PUERPERA ✓	FINALIZADO	 

Ilustración 39: Lista de gestantes

#### a) Agregar nueva gestante

Permite registrar a la paciente solo si es su primera gestación



**AGREGAR NUEVA GESTANTE**

**DATOS GENERALES DE LA GESTANTE**

Tipo Doc: DNI  
 DNI: 76020471  
 Tiene SIS: SI  
 Fecha de nacimiento: 19/05/1986

Aborto: NO  
 NroGesta: 1  
 Nombres: MARIA  
 Apellido paterno: TITO  
 Apellido materno: QUISPE

Cod. EE.SS Anterior: 00002303  
 EE.SS Anterior: SANTA ROSA  
 Cod. EE.SS Actual: 00002303  
 EE.SS Actual: SANTA ROSA

H. Clínica: 1234  
 Fecha de registro: 17/12/2022  
 FUR: 01/12/2022  
 FPP: 08/09/2023

Dirección: APV. ALTIVA CANAS  
 Referencia: EN EL PARADERO

Telefono: 92345678  
 Morbilidad potencial: Morbilidad potencial  
 Observaciones: NINGUNA

Guardar Cancelar

Ilustración 40: formulario para crear nueva gestante

#### b) Agregar nueva gesta

Permite agregar las nuevas gestas de una gestante existente (a partir del segundo embarazo)



Hacer clic para realizar la operación, Completar el formulario emergente y guardar.

AGREGAR NUEVA GESTA
×

**DATOS GENERALES DE LA GESTANTE**

Tipo Doc DNI	DNI 76020476	Tiene SIS: SI	Fecha de nacimiento: 13/12/2022	Edad: 0
Aborto: SI	NroGesta: 1	Nombres: ROSA	Apellido paterno: HUAMAN	Apellido materno: SANCHES
Cod. EE.SS Anterior: 00002378	EE.SS Anterior: SICUANI	Cod. EE.SS Actual: 00002378	EE.SS Actual: SICUANI	
H. Clínica: 1234	Fecha de registro: dd/mm/aaaa	FUR: 04/12/2022	FPP: 11/09/2023	
Dirección: RRR		Referencia: DD		
Telefono: 2345678	Morbilidad potencial: NINGUNA	Observaciones: YYY		

Guardar
Cancelar

Ilustración 41: Formulario del registro de nueva gesta

### c) Cambiar paciente al establecimiento de salud

Permite cambiar a una gestante de un EESS cualquiera, al establecimiento donde radica el sistema.

CAMBIO DE EESS DE LA GESTANTE
×


**DATOS GENERALES DE LA GESTANTE**

Tipo Doc DNI	DNI 76020471	Nombres: Nombres	Apellido paterno: Apellido paterno	Apellido materno: Apellido materno
-----------------	-----------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

**CAMBIO DE ESTABLECIMIENTO: ESTABLECIMIENTO ANTERIOR-ESTABLECIMIENTO ACTUAL**

Cod. EE.SS Anterior: Cod.EESS.Anterior	EE.SS Anterior: EESS.Anterior	Cod. EE.SS Actual: Cod.EESS.Actual	EE.SS Actual: EESS.Actual
---	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

En el formulario seleccionar el tipo de documento, ingresar el N° del documento, Ingresar los datos del establecimiento anterior, y hacer clic para completar la operación.

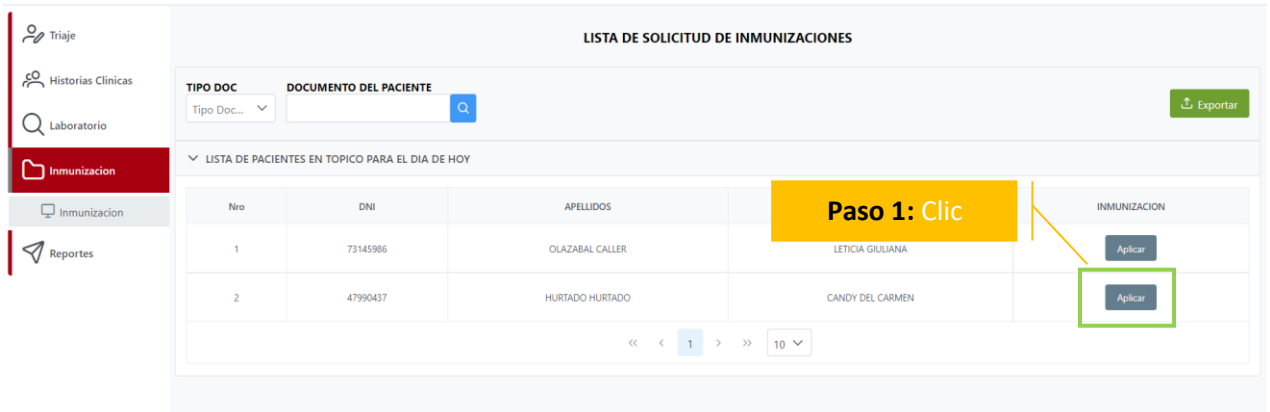


Cambiar EESS
Cancelar

Ilustración 42: Cambiar gestante al establecimiento de salud

## 2.3. ATENDER INMUNIZACIONES

En el menú principal Ir a Inmunización-> Inmunización



**LISTA DE SOLICITUD DE INMUNIZACIONES**

TIPO DOC: [v] DOCUMENTO DEL PACIENTE: [v] [Búsqueda]

Exportar

LISTA DE PACIENTES EN TOPICO PARA EL DIA DE HOY

Nro	DNI	APELLIDOS	INMUNIZACION
1	73145986	OLAZABAL CALLER	LETICIA GIJUANNA [Aplicar]
2	47990437	HURTADO HURTADO	CANDY DEL CARMEN [Aplicar]

« < 1 > » 10 v

Ilustración 43: Lista de solicitudes de inmunización



**INMUNIZACIONES DE HURTADO HURTADO CANDY DEL CARMEN**

Nro	INMUNIZACION	ADMINISTRADO	ACCIÓN
1	DT	Pendiente	[Ver]
2	DT	Pendiente	[Ver]
3	DPT	Pendiente	[Ver]

**INMUNIZACION: HVB**

Administración: [Via Oral] [Intradermica] Cantidad: [0.1 CC]

[Guardar]

Después de agregar una inmunización el estado cambiará de rojo a verde



**INMUNIZACIONES DE HURTADO HURTADO CANDY DEL CARMEN**

Nro	INMUNIZACION	ADMINISTRADO	ACCIÓN
1	DTPA	Administrado	[Ver]
2	DT	Pendiente	[Ver]
3	DPT	Pendiente	[Ver]

**Paso 4: Clic**

[Guardar]

Y al hacerle clic en Guardar, el registro desaparecerá de la lista

INMUNIZACIONES DE HURTADO HURTADO CANDY DEL CARMEN
×

Nro	INMUNIZACION	ADMINISTRADO	ACCIÓN
1	DT	Pendiente	
2	DPT	Pendiente	

Guardar

Después de completar el registro de todas las inmunizaciones el paciente desaparecerá de la lista de Solicitudes de inmunización.

## 2.4. DESCARGAR REPORTES HIS

En el menú principal ir a **Reportes -> Reportes HIS**



Ilustración 44: Interfaz de reportes HIS

**Paso 1:** Seleccionar la fecha de atención y hacer clic en **Buscar**.

**Paso 2:** Clic para descargar HIS en formato pdf (\*Anexo 4)

### 3. CERRAR SESIÓN

Para salir del sistema dirigirse a la parte superior derecha de la ventana



The screenshot shows the CUSCO system interface. At the top right, there is a user profile icon (1) and a dropdown menu with options 'Mi Perfil' and 'Cerrar Sesión' (2). The main content area is titled 'LISTA DE SOLICITUD DE INMUNIZACIONES'. It includes a search bar with 'TIPO DOC' and 'DOCUMENTO DEL PACIENTE' fields, and a table of patients. The table has columns: Nro, DNI, APELLIDOS, NOMBRES, and INMUNIZACION. The first row shows patient 1 with DNI 73145986, last name OLAZABAL, and first name CALLER. The 'INMUNIZACION' column has an 'Aplicar' button. A pagination bar at the bottom shows page 1 of 10.

**Paso 1:** [Hacer Clic en el ícono del perfil](#)



**Paso 2:** [Clic en Cerrar Sesión](#)

Para volver a acceder al sistema se tendrá que **Iniciar Sesión** nuevamente.

4. ANEXOS

Anexo 1

CARTILLA DE CONTROL MATERNO PERINATAL

**CARNÉ DE CONTROL  
MATERNO PERINATAL**

Establecimiento Zarzuela Baja

LIZETH MAMANI KCANA

**NOMBRES Y APELLIDOS**

N° 48306378

**Nombre Niño**

**CITA DE CONTROL**

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

**¡ Por tu Bienestar  
Cumple con Tus Citas**

**SEÑALES DE PELIGRO**  
Vómitos exagerados.  
Salida de Sangre o Líquido por la  
Fiebre o escalofríos.  
Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de  
cabeza, dolor abdominal.  
Ausencia de movimiento  
Dolor al orinar.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8
Fecha Atención								
Edad Gest. (Semanas)								
Peso Madre (Kg)								
Evaluación Nutricional								
Temperatura (°C)								
Presión Arter. (mm. Hg)								
Pulso Materno (por								
Altura Uterina (cm)								
Situación (L/T/NA)								
Presentación (C/P/NA)								
Posición (D/NA)								
F.C.F. (por min. (NA)								
Mov. Fetal (+/-/+++/-GANA)								
Potencia Contractil (+/-/+++/-NG)								
Edema (+/-/+++/-SE)								
Reflexo Osteotendinoso (+/+/++/-/NA)								
Ecografía EG / Fecha								
Corrección Nutricional								
Indic. Ac. Folic								
Ind. Feto / Ac. Folic (+/- a 14 se)								
Indic. Calcio								
Intervenciones (Pneumología, Nutrición, Otorrinología, Plan de Parto / Reanimación Control / Referir / No se Ref.)								
Visita Domest. (SI / No / NA)								
Proxima Cita								
Responsable Atención								
Establec. de atención								

Min  
Med  
Max  
Min Mult

Gravancia de peso

Trimestres

Min  
Med  
Max  
Min Mult

Altura uterina (cm)

Trimestres



PERÚ Ministerio de Salud

N° Gestante 0

N° HC 48306378

■ = significa

■ = Requiere seguimiento

Apellidos y Nombres: LIZETH MAMANI KCANA Establecimiento: Zarzuela Baja

Establ. ☐ No Aplica ☒ Referencia Código de: 34343

DNI N°: 48306378 Fecha de: 1994-04-20 Ocupación: Edad: 27 < 15

Dirección: JR. NICOLAS DE PIEROLA ASOC. PRO VIV. BALCONCILLO Estudios: ☒ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Superior ☐ Superior No ☐ Años Aprobados: 0

Nombre / N°: ALTO CUSCO Estado Civil: ☐ Casada ☐ Conviviente ☒ Soltera ☐ Otro

Departament: CUSCO Provincia: CUSCO

Distrito: CUSCO Religión: Padre del R.

Cel. N°: 935465852 Cel. N°: Idioma: Padre del R.

**Antecedentes**

Gestas: 0 2 Abortos: 0 2 Vaginales: 0 2 Nacidos vivos: 0 2 Viven: 0 2 Muerto - 1ra semana: 0 0 Después - 1ra semana: 0 0

Partos: 0 2 Cesárea: 0 0 RN de Mayor: 3000 g

**Gestación Anterior**

Fecha: 2022-03-02

Terminación: ☐ Parto Vaginal ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Aborto molar ☒ No aplica

Si fue Tipo de: ☐ Incompleto ☐ Completo ☐ Frusto / Séptimo ☒ No aplica

Per Integridad Adecuada: ☒ Si ☐ No

Lactancia Materna: ☐ No Hubo ☐ < 6 meses ☐ 6 meses o mas ☐ No aplica

Captada: ☐ Si ☐ No Referida x Ag. Comari: ☐ Si ☐ No

**Antecedentes**

Ninguno ☒ Malaria ☐ Alergias ☐ Hipertensión ☐ Enf. Hipertens. ☐ Hipotiroidismo ☐ Epilepsia ☐ Neoplasia ☐ Diabetes ☐ TBC Pulmonar ☐ Enfer. ☐ Otros ☐ Emb. Múltiple ☐

**Antecedentes**

Ninguno ☒ Aborto habitual / Violencia ☐ Cardiopatía ☐ Cirugía Pélvica Uterina ☐ Eclampsia ☐ Hemorra. Postparto ☐ VIH / SIDA ☐ Alcoholismo ☐ Alergia a ☐ Asma Bronquial ☐ Diabetes ☐ Enferm. Congénitas ☐ Enfer. Infecciosas ☐ Epilepsia ☐ Hipertensión Arterial ☐ Consumo de hoja de ☐ Infertilidad ☐ Neoplasias ☐ Otras Drogas ☐ Parto Prolong. ☐ Preeclampsia ☐ Prematuridad ☐ Retem. Placenta ☐ Tabaco ☐ Transfom. Mentales ☒

Otros: ☐

**Antecedente**

Partos Domiciliario N°: 0

**Antecedente**

Sesiones N°: 0

**Peso y Talla**

IMC: 0.0 cm

Peso: 0.0 kg

Talla: 0.0 cm

**Antitétani**

N° Dosis Previa: 0

Dosis: 1ra: ☐ Sin Dosis ☐ No Aplica ☐ 2da: ☐ Sin Dosis ☐ No Aplica ☐

Mes de Gestación: ☐

**Tipo**

Grupo: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Rh: ☐ Rh (+) ☐ Rh(-) Sin Desc ☐ Rh(-) No Sin ☐ Rh(-) Sin

**Fuma**

N° Cigarras / Día: 0

**Drogas**

Si ☐ No ☐

**Fecha Última**

FUM: ☐ null ☐ Duda ☐ Si ☐ No

Fecha Probable de: ☐ null

1. Eg. ☐ Sem. Fecha: ☐

2. Eg. ☐ Sem. Fecha: ☐

3. Eg. ☐ Sem. Fecha: ☐

**Hospitalización**

Hospitalizació: ☐ Si ☒ No

Fecha: 2022-02-28

Diagnóstico: ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS

CIE 10: 00102

**Emergencia**

Fecha: 2022-02-28

Diagnóstico: ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS SALIVALES INCLUYENDO BIOPSIA

CIE 10: 00100

**Vac. Previas**

Si ☐ No ☐

**Violencia / género**

Ficha Tamizaje: Si ☐ No ☐

Violencia: Si ☐ No ☐

Fecha: ☐

**Examen Físico**

Clinico: ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Mamas: ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Cuello Uterino: ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Polvis: ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Odont. (1): ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Odont. (2): ☒ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

**Áxmenes de**

hemoglobina 1: 0.0 Con test de control: 0.0 Fecha: ☐

hemoglobina 2: 0.0

hemoglobina 3: 0.0

VDRL/RPR 1: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

VDRL/RPR 2: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

TPHA/VDRL (RPR): ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

VIH Prueba: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

VIH Prueba: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

PR Hepatitis: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

ELISA 1: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

ELISA 2: ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Glicemia 1: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Glicemia 2: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Tolerancia: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Ex. Comp Orina 1: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Ex. Comp Orina 2: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Ex. Comp Orina 3: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Bacteriuria: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Nitritos: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Urocultivo: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

BK en Espudo: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Western Blot/THLV1: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

TORCH: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Gota Gruesa: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Proteinuria: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

Proteinuria: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica



Secreción Vaginal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

PAP: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica


IVAA: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica

## Anexo 2

### CONSULTA DEL NIÑO(A)

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud			
<b>CENTRO DE SALUD ESSALUD ANTA</b>					
<b>CONSULTA</b>					
VALDIVIA		ARCONDO		PAUL	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
EDAD	1 años null meses null	N° H.CLÍNICA	99999984	DNI	99999984
Fecha: 2022-10-04      Hora: 17:57:26      Edad: 1 años null meses null días					
<b>DESCARTE DE SIGNOS DE PELIGRO (MARCAR LOS)</b> <b>MEJOR DE 2 MESES</b> No quiere mamar ni succionar <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de la nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>					
<b>DE 2 MESES A 4 AÑOS</b> No puede beber o tomar el <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje <input type="checkbox"/>					
<b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy <input type="checkbox"/> Traumatismo / <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/>					
<b>IDENTIFIQUE FACTORES DE</b> ¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/>					
ANAMNESIS					
1. Motivo de null					
Tiempo de null      Forma de      Curso:					
Signos: T°: 12.0    PA: 0.0    F.C. 12    F.R.: 12    PESO: 12.0    TALLA: 12.0    PC: 0.0					
Examen físico					
Diagnóstico	Condición del crecimiento y estado		Condición del Desarrollo		
	Crecimiento adecuado		Normal:		
	Crecimiento inadecuado		Riesgo para el		
	Riesgo Nutricional		P/E	T/E	P/T
	Ganancia inadecuada de peso o talla				
	Desnutrición				
Tratamientos	Sobrepeso		Deficit del desarrollo		
	Obesidad		Trastorno del		
	Observación				
Exámenes Auxiliares	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño		Referencia (lugar y		
Proxima		2022-10-28		Atendido	
				DIGNA	
Observación:			Firma y Sello	Colegio Profesional DNI	31190523

Anexo 3  
CARTILLA DEL NIÑO(A)



**CARNÉ DE CONTROL  
MATERNO PERINATAL**

Establecimiento :

**NOMBRES Y APELLIDOS**

N° HC.

Nombre Niño(a) :

**CITA DE CONTROL**

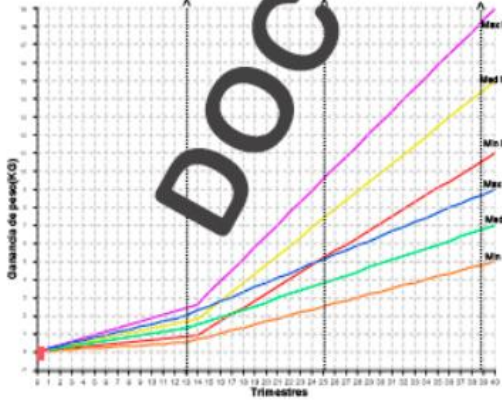
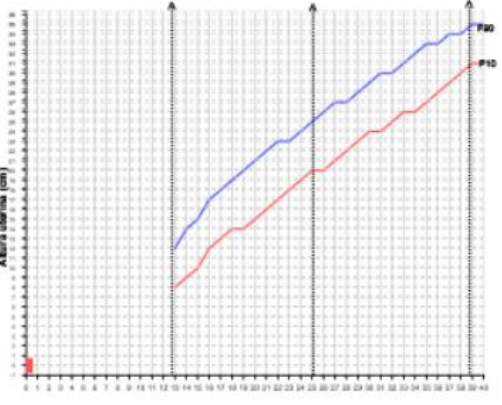
Día		Mes		Año	

**¡Por tu Bienestar  
Cumple con Tus Citas !**

**SEÑALES DE PELIGRO**

Vómitos exagerados.  
Salida de Sangre o Líquido por la Vagina.  
Fiebre o escalofríos.  
Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.  
Ausencia de movimiento fetales.  
Dolor al orinar.


ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8
Fecha Atención								
Edad Gest. (Semanas)								
Peso Madre(Kg)								
Evaluación Nutricional								
Temperatura(°C)								
Presión Arter. (mm. Hg)								
Pulso Materno (por min.)								
Altura Uterina (cm)								
Situación (UTRA)								
Presentación (CPRNA)								
Posición (DANA)								
F.C.F. (por min. INA)								
Rev. Fetal(m+cm+cm/min)								
Proteína (urinario)(+++/-/-/-)								
Edema (ultra)(+++/-/-/-)								
Índice (ultra)(+++/-/-/-)								
Ecografía EG. / Fecha								
Consejería Nutricional								
Indic. An. Fetal								
Indic. Cabello								
Intervención (Pielología, Nutrición, Ginecología, Maternal)								
Plan de Parto / Recibido de Control / Fecha (De la 2da a la 7ma)								
Nota (Semanal) (De la 1ra a la 7ma)								
Proxima Cita								
Responsable Atención								
Establec. de atención								



## Anexo 4

### FORMATO HIS

LOTE		 <b>Ministerio de Salud</b>										TURNO		
PAGINA		<b>OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA</b> <b>Registro Diario de Atención y otras Actividades de Salud -</b>										ACTIVIDA		
0														
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS				UPS AUXILIAR (ESTRATEGIA Y/O				
2022	DISCIEMBRE	MANCO CAPAC				ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO				INMUNIZACIONES				
NOMBRE DEL DIGITADOR		CÓDIGO DEL DIGITADOR		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				CÓDIGO DE PERSONAL						
				BUSTAMANTE CUTIPA YOLANDA				23863248						
DÍA	APELLIDO PATERNO (Registrar Iniciales en casos)		APELLIDO MATERNO (Registrar Iniciales en casos)		NOMBRE(1) NOMBRE(2)- (Registrar Iniciales en casos)		FECHA NACIMIENTO		FECHA DE ÚLTIMA REGLA					
19	MENDOZA		FARFAN		LUCAS GAE		27/04/2018							
HORA ATC	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC	CENTRO POBLADO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	GRUPO DE RIESGO	CON.ING ES SE	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DX P D R		CONDICIÓN CIE / CPT		
	90193416		BALCONCILLO	4	A	M		INFLUENZA2		D		1 90657		
PROGRAMA	HISTORIA CLÍNICA / FICHA FAMILIAR	ETNIA	REGISTRO OPCIONAL <small>Transmisión - App, Inm. Educaciones, do cumen/15 para identificar condiciones - digito</small>			SEMANA GESTACIÓN								
A	90193416	QUEROS				0								
	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SECTOR	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y HEMOGLOBINA											
	CUSCO		TALLA (cm)	101	PESO (kg.)	17.8	Hb (valor)		Fecha de Result Ult Hb		Perímetro Cefálico	48	Perímetro Abdominal (cm)	0



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

---