



CRED - MANUAL DE USUARIO IPRESS PERSONAL (Atención Integral del Niño(a)) V.3.0

GOBIERNO REGIONAL CUSCO | DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA



INDICE GENERAL

MANUAL DE USUARIO “PERSONAL DE SALUD”

1. INICIAR SESIÓN	4
2. OPERACIONES EN MENU PRINCIPAL	6
2.1. NIÑO/NIÑA	7
2.1.1. ATENDER CITA	7
REALIZAR TRIAJE	10
VISUALIZAR PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	11
REALIZAR CONSULTA PRINCIPAL	14
DESCARGAR REPORTES FUA	39
DESCARGAR REPORTES HIS	42
3. CERRAR SESIÓN	43
4. ANEXOS	44
Anexo 1. FORMATO FUA	44
Anexo 2. CONSULTA DEL NIÑO(A)	46
Anexo 3. CARTILLA DEL NIÑO(A)	47
Anexo 4. CARTILLA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NINO(A)	0
Anexo 5. FORMATO UNICO DE ATENCIÓN (GLOBAL).....	0

INDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1: Iniciar sesión</i>	4
<i>Ilustración 2: Cambiar contraseña</i>	5
<i>Ilustración 3: Seleccionar rol</i>	5
<i>Ilustración 4: Ventana principal</i>	6
<i>Ilustración 5: Pacientes con cupos</i>	7
<i>Ilustración 6: Paciente con dos consultas</i>	8
<i>Ilustración 7: Menú secundario</i>	9
<i>Ilustración 8: Ficha triaje</i>	10
<i>Ilustración 9: Datos generales del paciente</i>	11
<i>Ilustración 10: Antecedentes</i>	12
<i>Ilustración 11: Plan de atención integral</i>	12
<i>Ilustración 12: Evaluación general</i>	13
<i>Ilustración 13: Menú secundario</i>	13
<i>Ilustración 14: Menú de consulta CRED</i>	14
<i>Ilustración 15: Ficha de datos generales</i>	15
<i>Ilustración 16: Ficha motivo de consulta</i>	16
<i>Ilustración 17: Menú de evaluaciones</i>	17
<i>Ilustración 18: Evaluación de alimentación</i>	18
<i>Ilustración 19: Resumen de crecimiento y estado nutricional</i>	18
<i>Ilustración 20: Grafico del perímetrocefálico</i>	19
<i>Ilustración 21: Grafico del peso</i>	19
<i>Ilustración 22: Gráfico de la estatura</i>	20
<i>Ilustración 23: Grafico para la longitud del peso</i>	20
<i>Ilustración 24: Evaluaciones de desarrollo psicomotor</i>	21
<i>Ilustración 25: Test de desarrollo psicomotor peruano</i>	22
<i>Ilustración 26: Test peruano de desarrollo</i>	22
<i>Ilustración 27: Evaluación de escala del desarrollo psicomotor</i>	23
<i>Ilustración 28: Resumen de la evaluación de escala del desarrollo psicomotor</i>	23
<i>Ilustración 29: Evaluación pauta breve</i>	24
<i>Ilustración 30: Evaluación Tepsi</i>	25
<i>Ilustración 31: Sub test de coordinación</i>	25
<i>Ilustración 32: Sub test de motricidad</i>	26
<i>Ilustración 33: Sub test de motricidad</i>	26
<i>Ilustración 34: Resultados del examen Tepsi</i>	27
<i>Ilustración 35: Ficha de tamizajes</i>	29
<i>Ilustración 36: Guía de alteraciones visuales</i>	30
<i>Ilustración 37: Formulario de dosajes de hemoglobina</i>	30
<i>Ilustración 38: Opciones de exámenes auxiliares</i>	31
<i>Ilustración 39: Opciones de examen auxiliar</i>	31
<i>Ilustración 40: Confirmar solicitud</i>	32
<i>Ilustración 41: Agregar diagnósticos</i>	32
<i>Ilustración 42: Agregar procedimientos</i>	33
<i>Ilustración 43: Opciones en tratamientos</i>	33
<i>Ilustración 44: Inmunizaciones por mes</i>	34
<i>Ilustración 45: Agregar inmunización</i>	34
<i>Ilustración 46: suplementaciones por mes</i>	35
<i>Ilustración 47: Agregar micronutrientes</i>	35

<i>Ilustración 48: Tabla de tratamientos</i>	36
<i>Ilustración 49: Formulario registrar tratamientos</i>	36
<i>Ilustración 50: Agregar acuerdos</i>	37
<i>Ilustración 51: Previsualización del HIS</i>	38
<i>Ilustración 52: Previsualización de FUA</i>	38
<i>Ilustración 53: Paciente con cuatro consultas realizadas</i>	39
<i>Ilustración 54: Datos generales del formato FUA</i>	40
<i>Ilustración 55: Datos complementarios del formato FUA</i>	42
<i>Ilustración 56: Interfaz de reportes HIS</i>	43
<i>Ilustración 61: Cerrar sesión</i>	43

MANUAL DE USUARIO DEL PERSONAL DE SALUD

1. INICIAR SESIÓN

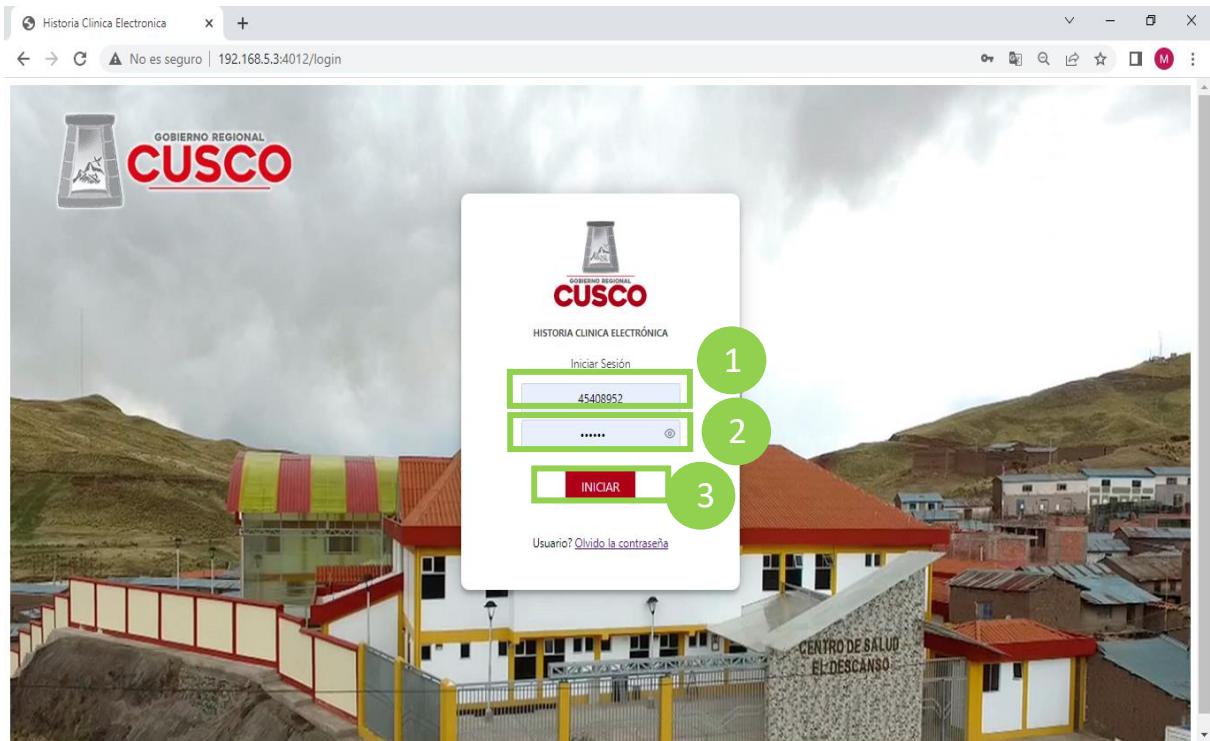


Ilustración 1: Iniciar sesión

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.

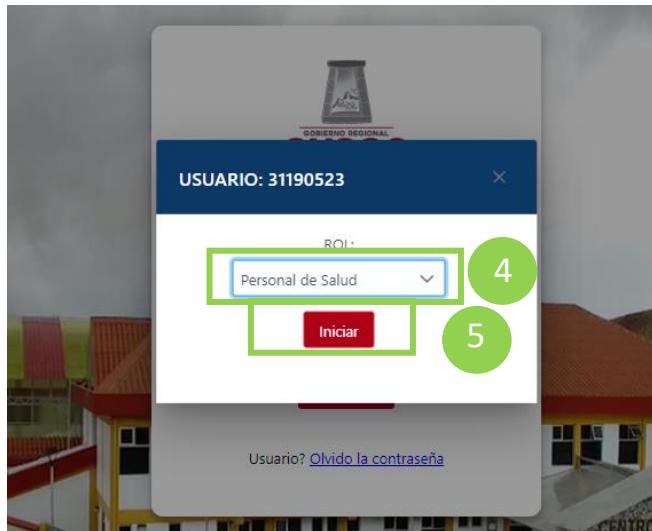


Ilustración 3: Seleccionar rol

Paso 4: Seleccionar: **PERSONAL DE SALUD**

Paso 5: Clic en Iniciar

2. OPERACIONES EN MENU PRINCIPAL

La interfaz cuenta con cinco secciones **Triage, Historias Clínicas, Laboratorio, Inmunizaciones y Reportes**, El personal de salud en CRED tendrá acceso a la información de estas secciones y principalmente se desenvolverá en la sección de **Historias Clínicas-> Consultorio Niño/Niña sano -> Citas**



Ilustración 4: Ventana principal

2.1. NIÑO/NIÑA

2.1.1. ATENDER CITA

Para atender una cita al niño(a) ir en el menú principal a **Historias Clínicas -> Consultorio Niño/Niña Sano -> Citas**

The screenshot shows the 'LISTA DE PACIENTES EN CRED' (List of Patients in Credit) page. On the left sidebar, under 'Consultorio Niño/Niña Sano', the 'Citas' button is highlighted with a green circle labeled '1'. The main content area displays a table titled 'LISTA DE PACIENTES CON CUPOS PARA EL DIA DE HOY' (List of Patients with Seats for Today). The table has columns: Nro, DNI, APELLIDOS, NOMBRES, HORA ATENCION, FECHA ATENCION, SERVICIO, and ACCION. One row is shown, with the 'ACCION' column containing a blue button labeled 'Atención' which is highlighted with a green circle labeled '2'. The table includes a navigation bar with arrows and a page number indicator.

Ilustración 5: Pacientes con cupos

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: Una vez localizado el registro del paciente hacer clic en **Atención**

CONSULTAS DEL PACIENTE

DNI: 99999984
APELLIDOS Y NOMBRES: VALDIVIA ARCONDO PAUL

LISTA DE CONSULTAS

NRO	FECHA DE CONSULTA	ESTADO	ACCIONES
1	20-10-2022 13:56:48	completado	W Consulta FUA Descargar Consulta
2	04-10-2022 17:57:26	completado	Y Consulta FUA Descargar Consulta
3	29-03-2022 14:27:54	Pendiente	Z Consulta FUA Descargar Consulta

Mostrando 1 de 3 de 3 entradas << < 1 > >> 10 <

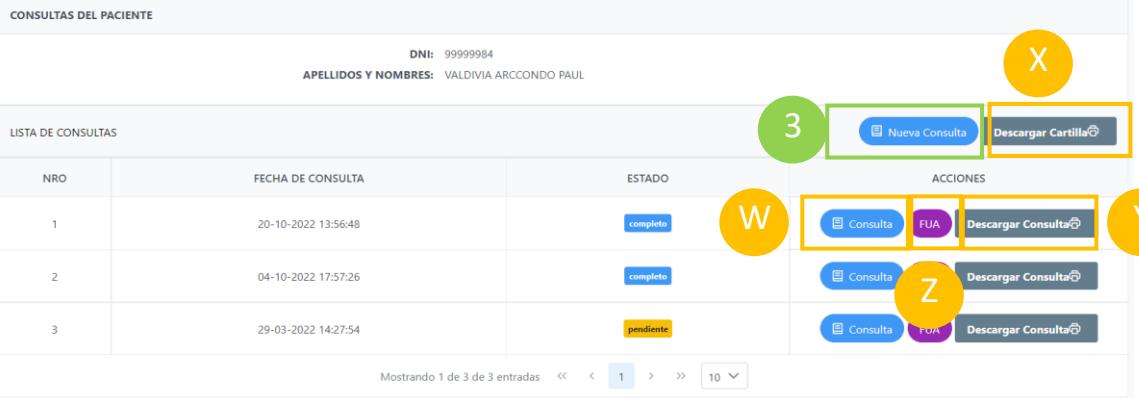


Ilustración 6: Paciente con dos consultas

Paso 3: Para agregar **Nueva Consulta** presionar en el botón azul oscuro

¿DESEA MODIFICAR LOS DATOS DE LA CONSULTA REALIZADA?

Una vez iniciada la consulta este se mostrará en la lista de consultas con dos posibles estados:

- Estado **Pendiente** en caso de no haberse terminado la consulta(editable).
- Estado **Completado** cuando se haya completado el registro(no editable, pero visible).

W) Para editar la consulta hacer clic en el botón azul **Consulta**. Solo es posible editar las consultas en estado pendiente

X) Clic para obtener la Cartilla general de atenciones del niño(a)(*Anexo 3).

¿ TERMINÓ DE REALIZAR LA CONSULTA Y DESEA OBTENER EL FORMATO FUA O DESCARGAR UN INFORME?

Y) Solo si se completó la consulta y se desea obtener el Informe(*Anexo 2) de la consulta hacer clic en el botón verde “**Descargar**”.

Z) Solo si se completó la consulta y se desea obtener el Formato FUA(*Anexo 1) hacer clic en el botón morado.



Ilustración 7: Menú secundario

Paso 4: Hacer clic en TRIAJE

Al completar este paso se habilitará el **Paso 5**, y posteriormente el **Paso 6**.

REALIZAR TRIAJE

TRIAJE CRED

— Información Básica

Nombre completo:	PAUL VALDIVIA ARCCONDO		
Fecha de atención:	10/12/2022		Hora: 09:59
Edad:	1 años 1 meses 14 días		

SIGNS VITALES

T (c°)	<input type="text"/>	PS (pa)	<input type="text"/>	PD (pa)	<input type="text"/>
FC (l/min):	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	Peso (kg)	<input type="text"/>
Talla (m)	<input type="text"/>	imc(kg/m2)	<input type="text"/>	PC (cm)	<input type="text"/>

Observaciones de Signos Vitales:

Si el paciente presenta algún signo de peligro, no podrá completar el triaje y deberá pasar por una interconsulta.

— Descarte de signos de peligro

PRESENTA SIGNOS : Si No

MENOR DE 2 MESES:	DE 2 MESES a 4 AÑOS:	PARA TODAS LAS EDADES:			
No quiere mamar ni succiona :	Si No	No puede beber o tomar el pecho :	Si No	Emaciación visible grave :	Si No
Convulsiones :	Si No	Convulsiones :	Si No	Piel vuelve muy lentamente :	Si No
Fontanela abombada :	Si No	Letárgico o comatoso :	Si No	Traumatismo / Quemaduras :	Si No
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel :	Si No	Vomita todo :	Si No	Envenenamiento :	Si No
Fiebre o temperatura baja :	Si No	Estridor en reposo / tiraje subcostal :	Si No	Palidez palmar intensa :	Si No
Rígidez de nuca :	Si No				
Pústulas muchas y extensas :	Si No				
Letárgico o comatoso :	Si No				

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO

¿Quién cuida al niño? Detalle

¿Participa el padre en el cuidado del niño?: Si No

¿El niño recibe muestras de afecto?: Si No

Especifique: Detalle

— ANAMNESIS

Guardar

Ilustración 8: Ficha triaje

Completar el formulario y presionar en el botón **Guardar**

Paso 5: Hacer clic en **PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL**

VISUALIZAR PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

5.1
5.2
5.3
5.4

CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Datos Generales

Antecedentes

Plan de Atención Integral

Evaluación General

DATOS GENERALES NIÑO/NIÑA

— Información Básica

Nombre:	PAUL	Apellidos:	VALDIVIA ARCONDO	sexo:	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F	
Lugar Nacimiento:	cusco	Fecha. Nac.:	28/08/2021	<input type="button" value=""/>			
Domicilio/ Referencia:	av. 1	CIU/DNI:	99999984	GS:	<input type="text"/>	RH:	<input type="text"/>

— Datos de Apoderado

Grado de instrucción: <input type="button" value="Seleccionar"/>	Estado estado civil	Telefono <input type="text" value="telefono"/>			
Apellidos y Nombres del Padre	Edad	DNI	Código Afiliación	Código	
<input type="text" value="Apellidos y Nombres del Padre"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="# dni"/>	<input type="radio"/> RH	<input type="radio"/> NO	<input type="text" value="codigo"/>
Grado de instrucción: <input type="button" value="Seleccionar"/>		Estado estado civil			Teleéfono <input type="text" value="telefono"/>
Apellidos y Nombres del Madre	Edad	DNI	Código Afiliación	Código	
<input type="text" value="Apellidos y Nombres del Madre"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="# dni"/>	<input type="radio"/> RH	<input type="radio"/> NO	<input type="text" value="codigo"/>

Ilustración 9: Datos generales del paciente

Paso 5.1: Hacer clic para visualizar los datos generales del paciente

Paso 5.2: Hacer clic en **Antecedentes** para observar y/o agregar los antecedentes personales, familiares y de saneamiento.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Datos Generales Antecedentes Plan de Atención Integral Evaluación General

DATOS GENERALES NIÑO/NIÑA

a
b
c

ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES FAMILIARES
VIVIENDA/SANEAMIENTO BASICO

— Antecedentes Perinatales
Embarazo

Agregar Patología +
Embarazo :
Normal
 SI NO
Complicado
 SI NO



Ilustración 10: Antecedentes

Paso 5.3 Clic en Plan de atención integral

Plan de Atención integral contempla las inmunizaciones, control de crecimiento, dosaje de hemoglobina y suplementaciones que recibió el niño(a).

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

e

DATOS GENERALES NIÑO/NIÑA

a
b
c
d
e

INMUNIZACIONES
CONTROL DE CRECIMIENTO
DOSAJE DE HEMOGLOBINA
SUPLEMENTACIONES
Reporte

Inmunización del mes 0

Nombre de la Vacuna	Dosis	Fecha Tentativa	Fecha Aplicación	Estado
BCG	1	28/08/2021	Fecha	No Administrado
HVB	1	21/09/2021	Fecha	No Administrado



Ilustración 11: Plan de atención integral

- e) Clic para obtener el carnet de Atención integral del niño(*Anexo 4)

Paso 5.4: Clic en Evaluación General para visualizar las evaluaciones del niño(a).



Ilustración 12: Evaluación general

g) Clic para ver la evaluación de alimentación

Para salir de toda esta interfaz hacer clic en el botón azul **Volver Menu Cred**



Ilustración 13: Menú secundario

Paso 6: Ya en el menú hacer clic en el botón gris **Consulta Principal**

REALIZAR CONSULTA PRINCIPAL

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO > Consulta

PRÓXIMA CITA: 27/10/2022

DATOS GENERALES 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5 6.6 6.7 Siguiente >

— Información Básica

Nombre completo: PAUL VALDIVIA ARCONDO

Fecha de atención: 10/04/2022 Hora: 17:57 Edad: 1 años 1 meses 6 días

— Descarte de Signos de Peligro

NO PRESENTA SIGNOS : Si No

DE 2 MESES a 4 AÑOS: PARA TODAS LAS EDADES:

No puede beber o tomar el pecho :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Emaciación visible grave :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Piel vuelve muy lentamente :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Letárgico o comatoso :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Traumatismo / Quemaduras :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vomita todo :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Envenenamiento :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estridor en reposo / tiraje subcostal :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Palidez palmar intensa :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO

¿Quién cuida al niño? Detalle

¿Participa el padre en el cuidado del niño? Si No

¿El niño recibe muestras de afecto? Si No

Especifique: Detalle

— ANAMNESIS

[Large empty text area for Anamnesis notes]

Ilustración 14: Menú de consulta CRED

Paso 6.1: Hacer clic en **Datos Generales**, y completar la información requerida.

DATOS GENERALES

Siguiente >

— Información Básica

Nombre completo: PAUL VALDIVIA ARCCONDO

Fecha de atención: 10/04/2022 **Hora:** 17:57 **Edad:** 1 años 1 meses 6 días

— Descarte de Signos de Peligro

NO PRESENTA SIGNOS :

DE 2 MESES a 4 AÑOS:	PARA TODAS LAS EDADES:
No puede beber o tomar el pecho : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>	Emaciación visible grave : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>
Convulsiones : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>	Piel vuelve muy lentamente : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>
Letárgico o comatoso : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>	Traumatismo / Quemaduras : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>
Vomita todo : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>	Envenenamiento : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>
Letárgico o comatoso : <input type="button" value="Si"/> <input type="button" value="No"/>	

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO

¿Quién cuida al niño?

¿Participa el padre en el cuidado del niño? ¿El niño recibe muestras de afecto?

Especifique:

— ANAMNESIS

Ilustración 15: Ficha de datos generales

Hacer Clic en **Siguiente** para guardar la información y pasar al siguiente

Paso 6.2: Hacer clic y completar el formulario Motivo de Consulta

MOTIVO DE CONSULTA
[Atras](#)
Siguiente >

MOTIVOS DE CONSULTA

SIGNS VITALES

T (c°)	0	PS (pa)	0	PD (pa)	0
FC (l*min):	0	FR	0	Peso (kg)	0
Talla (m)	0	imc(kg/m2)	0	PC (cm)	0

Observaciones de Signs Vitales:

EXAMEN FÍSICO

Piel y Faneras (cabello, uñas): Piel y Faneras	Cabeza: Cabeza
Tórax: Torax	Abdomen: Abdomen
Columna Vertebral: Columna Vertebral	Extremidades: Extremidades
Genitouriano: Genitouriano	Ano: Ano

Observaciones de Examen Físico:

EXAMEN NEUROLÓGICO

Olfatorio: Olfatorio	Óptico: Óptico
Oculomoteres: Óptico	Trigémino: Trigémino
Facial: Facial	Auditivo: Auditivo
Glosofaringeo y Neumogástrico: Glosofaringeo y Neumogástrico	Espinal: Glosofaringeo y Neumogástrico
Hipoglosos: Glosofaringeo y Neumogástrico	

Observaciones de Examen Neurológico:

Ilustración 16: Ficha motivo de consulta

Clic en **Siguiente**

Paso 6.3: Clic en Evaluaciones, y completar los datos requeridos en las 5 evaluaciones, en niños de 8 meses

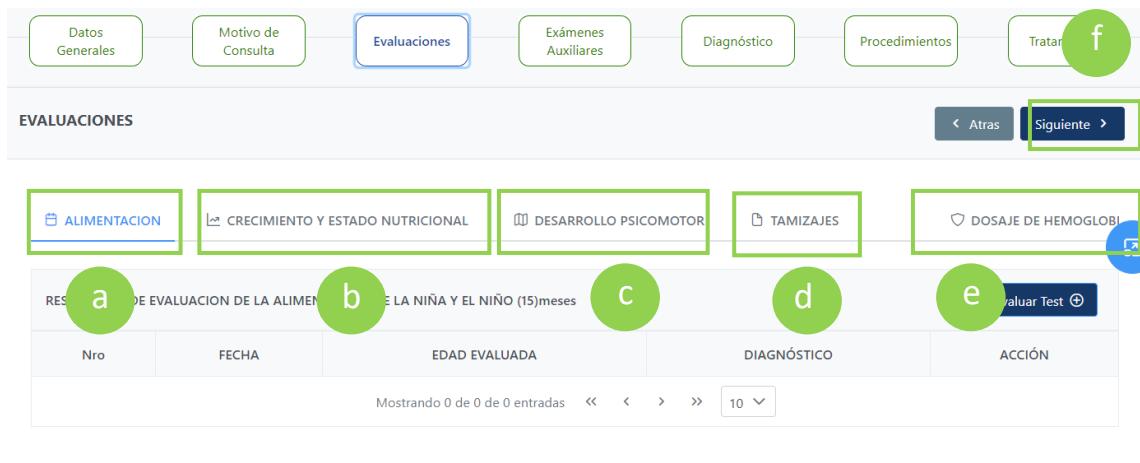


Ilustración 17: Menú de evaluaciones

- a) Al hacer clic se tiene el botón “Evaluar Test” que muestra el siguiente formulario. Completar la evaluación y **Guardar**

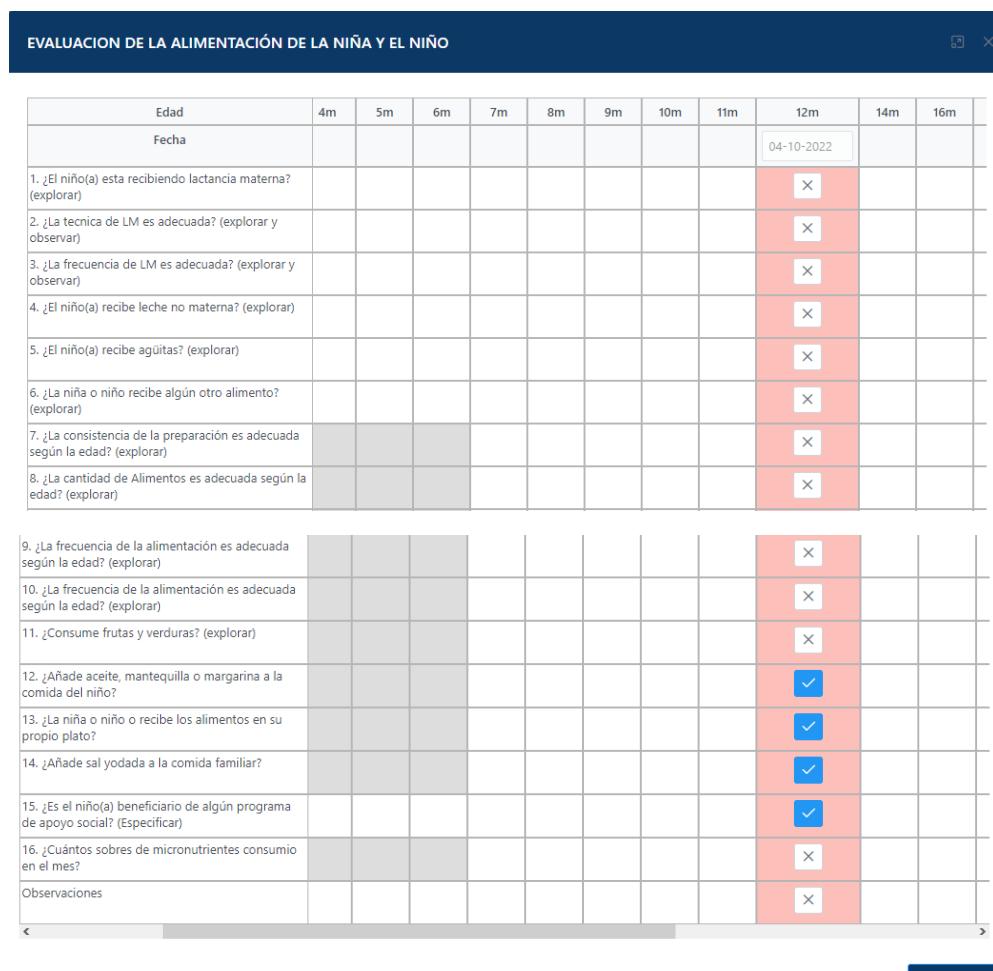
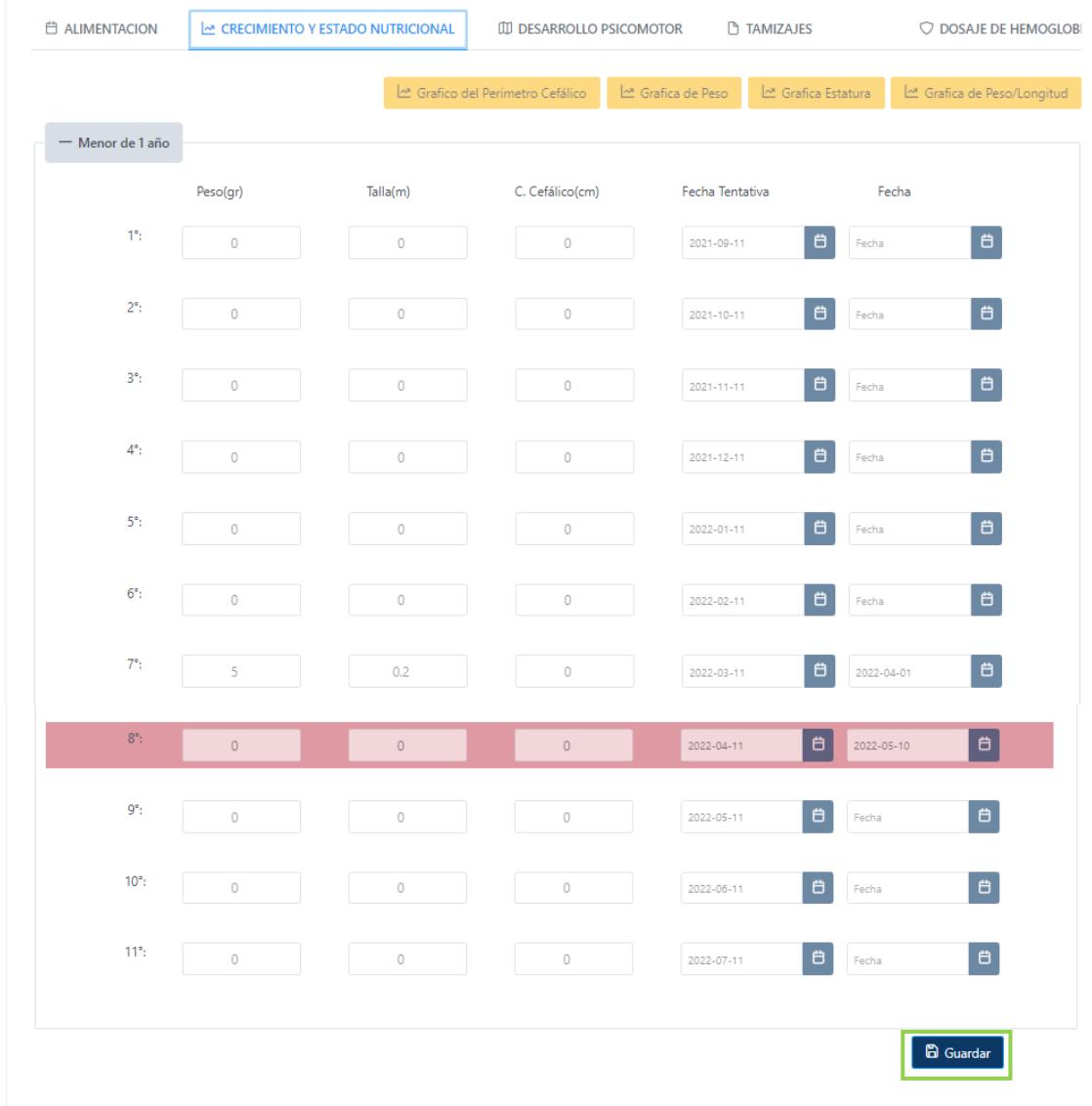


Ilustración 18: Evaluación de alimentación

La evaluación estará disponible para su modificación, siempre que no se haya cerrado la consulta en la pestaña de **Tratamientos**.

b) Clic y completar los datos requeridos



	Peso(gr)	Talla(m)	C. Cefálico(cm)	Fecha Tentativa	Fecha
1 ^o :	0	0	0	2021-09-11	<input type="button" value="Fecha"/>
2 ^o :	0	0	0	2021-10-11	<input type="button" value="Fecha"/>
3 ^o :	0	0	0	2021-11-11	<input type="button" value="Fecha"/>
4 ^o :	0	0	0	2021-12-11	<input type="button" value="Fecha"/>
5 ^o :	0	0	0	2022-01-11	<input type="button" value="Fecha"/>
6 ^o :	0	0	0	2022-02-11	<input type="button" value="Fecha"/>
7 ^o :	5	0.2	0	2022-03-11	<input type="button" value="Fecha"/>
8 ^o :	0	0	0	2022-04-11	<input type="button" value="Fecha"/>
9 ^o :	0	0	0	2022-05-11	<input type="button" value="Fecha"/>
10 ^o :	0	0	0	2022-06-11	<input type="button" value="Fecha"/>
11 ^o :	0	0	0	2022-07-11	<input type="button" value="Fecha"/>

Ilustración 19: Resumen de crecimiento y estado nutricional

Para habilitar los botones amarillos es necesario hacer clic en **Guardar**

A continuación, se muestran las gráficas respectivas

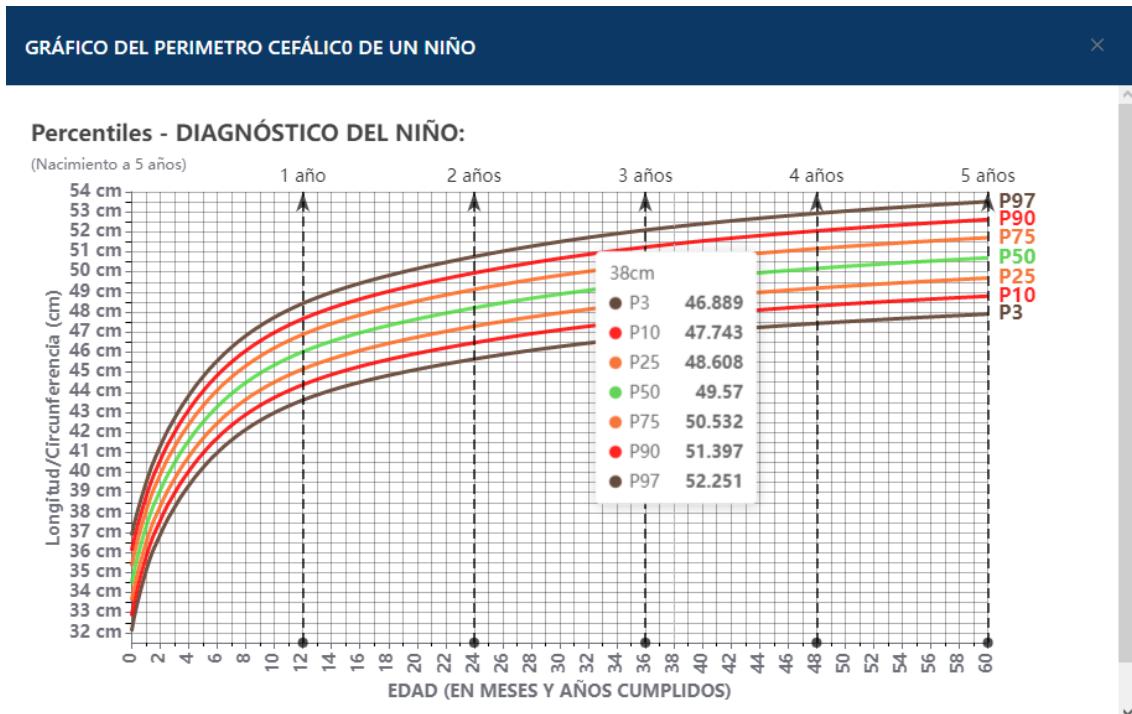


Ilustración 20: Grafico del perímetro cefálico

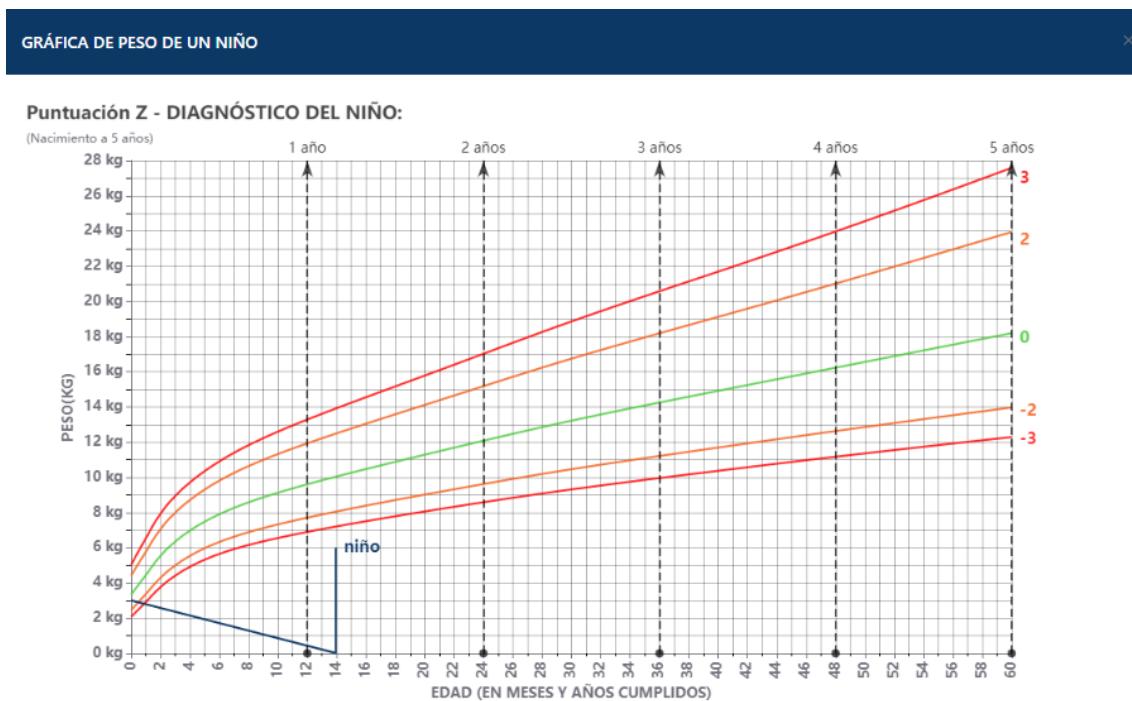


Ilustración 21: Grafico del peso

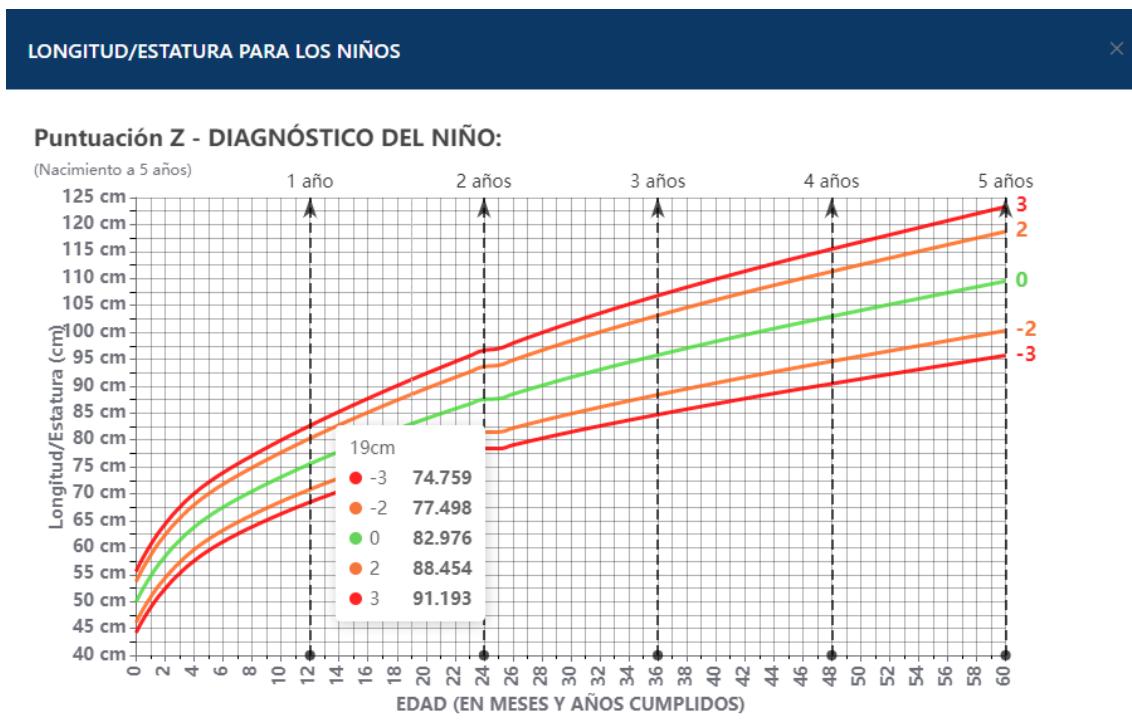


Ilustración 22: Gráfico de la estatura

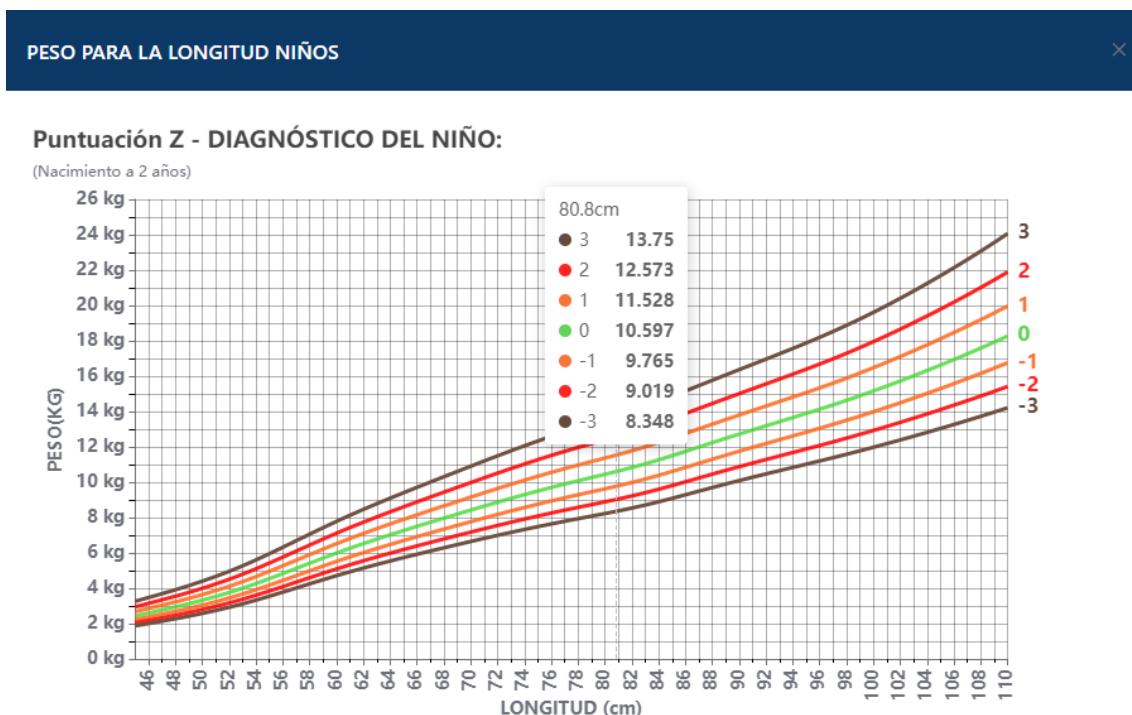


Ilustración 23: Grafico para la longitud del peso

c) Clic para realizar las evaluaciones del desarrollo psicomotor

ALIMENTACION	CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL	DESARROLLO PSICOMOTOR	TAMIZAJES	
TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO		ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)	PAUTA BREVE	PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEP-I
i	ii	iii	iv	Evaluar Test
RESULTADOS DE TEST	EDAD TOMADA EL TEST	DIAGNÓSTICO	ACCIÓN	
Nro	FECHA	Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10		

Solo es posible realizar uno de estas pruebas en una determinada consulta

Ilustración 24: Evaluaciones de desarrollo psicomotor

En esta sección registrar los 5 test concernientes al desarrollo psicomotor

- i) En Test Peruano de desarrollo del niño hacer clic en Evaluar Test para registrar un nuevo test

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR PERUANO																	
FECHA	1 MES	2 MESOS	3 MESOS	4 MESOS	5 MESOS	6 MESOS	7 MESOS	8 MESOS	9 MESOS	10 MESOS	11 MESOS	12 MESOS	15 MESOS	18 MESOS	21 MESOS	24 MESOS	30 MESOS
A Control de cabeza y tronco sentado	Movimientos involuntarios de la cabeza y tronco						Sentado sin apoyo										
B Control de cabeza y tronco rotaciones	Lleva la cabeza y tronco																
C Control de cabeza y tronco marcha	Punto de pie y retroceso lateral																
D Uso del brazo y mano	Agarrar y soltar objetos en la mano																
E Visión	Espectro visual																
F Audición	Diferencia los sonidos de los animales y los humanos																

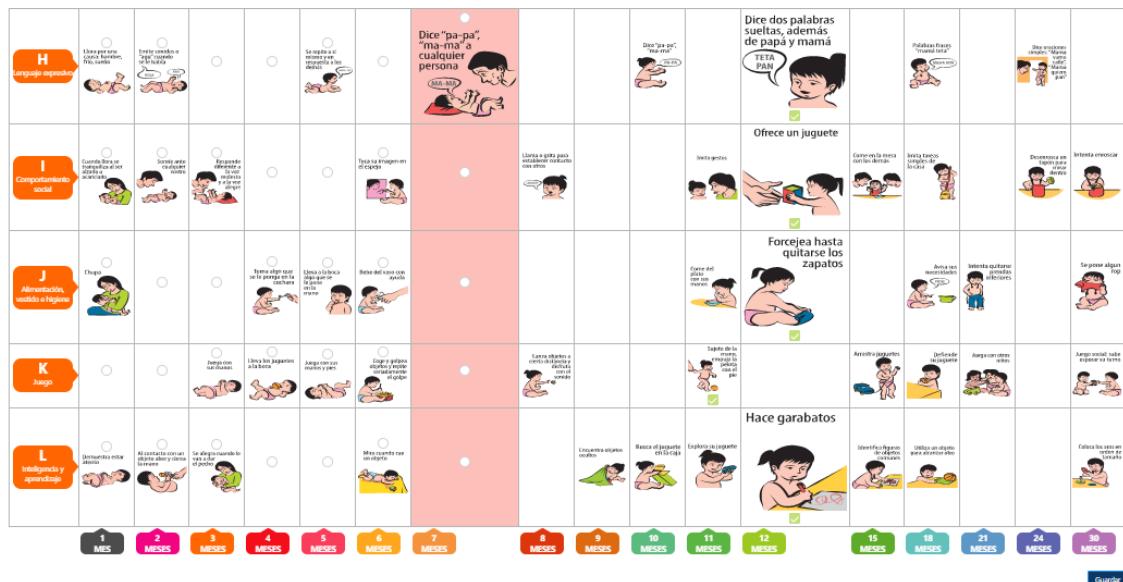


Ilustración 25: Test de desarrollo psicomotor peruano

Marcar los casilleros correspondientes a los resultados del test y hacer clic en **Guardar**

The screenshot shows the 'EVALUACIONES' section of the electronic clinical history. It displays the results of the 'TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO' for a child aged 13 months. The results are listed in a table with columns for Nro, FECHA, EDAD TOMADA EL TEST, DIAGNÓSTICO, and ACCIÓN. The 'ACCIÓN' column contains a green button with a purple eye icon, which is highlighted with a green box. The 'DIAGNÓSTICO' column indicates 'Retraso' (Delayed). At the bottom of the table, it says 'Mostrando 0 de 0 de 0 entradas' and has navigation arrows.

Nro	FECHA	EDAD TOMADA EL TEST	DIAGNÓSTICO	ACCIÓN
1	04-10-2022 17:57:26	12 (meses)	Retraso	

Ilustración 26: Test peruano de desarrollo

Para visualizar el test registrado [hacer clic en el botón morado](#)

Cualquiera de las evaluaciones, estarán disponibles para su modificación, siempre que no se haya cerrado la consulta en la pestaña de **Tratamientos**.

- ii) Clic en Escala de evaluación del desarrollo Psicomotor (EEDP) para completar el test

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) PAUTA BREVE PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI

Examinador: SAYAGO-RODAS, DIGNA-DIGNA **Fecha:** 12/10/2022

Edad Cronológica: 396 días **Edad (Meses):** 13 meses **Edad actual:** 1 año(s) 1 meses y 6 días

1 MES **2 MESES** **3 MESES** **4 MESES** **5 MESES** **6 MESES** **7 MESES** **8 MESES** **9 MESES** **10 MESES** **12 MESES** **15 MESES** **18 MESES** **21 MESES** **24 MESES**

12 MES

ITEM		PUNTAJE 12 C/U EEDP
M	Coge la pastilla con pulgar e índice	<input type="checkbox"/>
C	Imita gestos simples	<input type="checkbox"/>
M	Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	<input checked="" type="checkbox"/>
S_L	Junta cubos en la línea media	<input checked="" type="checkbox"/>
L	Reacciona al "no, no"	<input checked="" type="checkbox"/>

Guardar

Ilustración 27: Evaluación de escala del desarrollo psicomotor

Ubicar el mes correspondiente al niño, completar el test haciendo clic en los cuadros respectivos y **Guardar**

Posteriormente se mostrará el siguiente resumen

ALIMENTACION CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL TANIMAJES DOSAJE DE HEMOGLOBINA

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO ESCALA DE EVALUACION

Clic para visualizar el test de una consulta anterior

RESULTADOS DE TEST DESARROLLO PSICOMOTOR PERUANO (13) meses Ver Test

Nro FECHA EDAD TOMADA EL TEST DIAGNÓSTICO ACCIÓN

Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10

Edad Cronológica: 412 días Edad Mensual: 13 Fecha de Evaluación: 20/10/2022 Diagnóstico: NORMAL

Area	MESES														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
COORDINACION	4	8	12	13	16	22	27	32	39	43	46	48	52	57	64
SOCIAL	1	7	11	8	20	21	30	34		45	47	50	54		61
LENGUAJE	2	7	12	15	17	20	21	30	33	40	45	50	54	55	60
MOTORA	3	5	9	14	18	24	25	26	31	36	41	42	51	53	56

Ilustración 28: Resumen de la evaluación de escala del desarrollo psicomotor

iii) Clic en Pauta Breve

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO	ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)	PAUTA BREVE	PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI
--------------------------------------	---	-------------	---

Examinador: SAYAGO-RODAS, DIGNA-DIGNA Fecha: 14/10/2022 Edad (Meses): 13 Edad actual: 1 año(s) 1 meses y 6 días

1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	3 AÑOS	4 AÑOS
-------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------	--------

12 MESES

ITEM	PAUTA BREVE	
	N	D
M Coge la pastilla con pulgar e índice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C Imita gestos simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
S_L Junta cubos en la línea media	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Reacciona al "no, no"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Guardar

Ilustración 29: Evaluación pauta breve

Completar el test haciendo clic en los recuadros respectivos a la edad del niño y **Guardar**

iv) Clic en Protocolo test de desarrollo Psicomotor TEPSI

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO	ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)	PAUTA BREVE	PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI
--------------------------------------	---	-------------	---

RESULTADOS DE TEST DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI (1años,1meses,6dias)-clasificación()

Nro	FECHA	EDAD TOMADA EL TEST	DIAGNÓSTICO	ACCIÓN
Mostrando 0 de 0 de entradas << < > >> 10 ▾				

Evaluar Test

Clic en el botón **Evaluar Test**

***Esta evaluación estará disponible solo si el paciente es mayor de 2 años y menor de 5.**

Guardar Test tepsi +

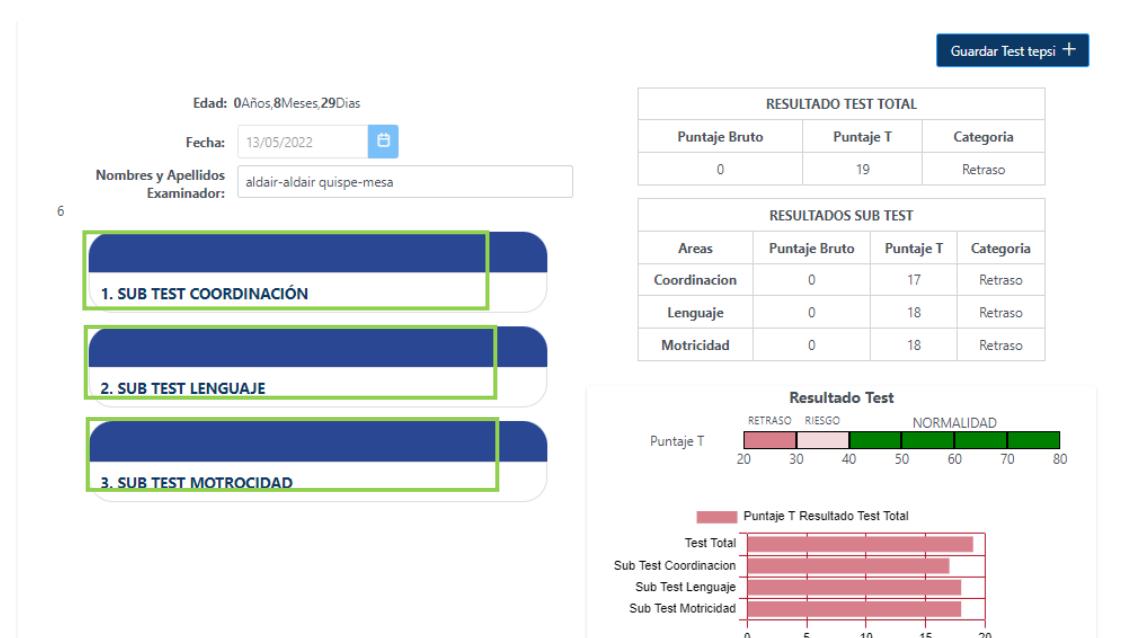


Ilustración 30: Evaluación Tepsi

Para **Guardar el Test tepsi** es necesario completar el sub test de coordinación, sub test de lenguaje y el sub test de motricidad.

- Para llenar los test hacer clic respectivamente en cada test, marcar las casillas y guardar.

1.SUB. TEST DE COORDINACION X

<input checked="" type="checkbox"/> 1C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (dos vasos)
<input checked="" type="checkbox"/> 2C	Construye un puente con tres cubos con modelo presentes (seis cubos)
<input type="checkbox"/> 3C	Construye una torre de 8 ó mas cubos (doce cubos)
<input type="checkbox"/> 4C	Desabotona (Estuche)
<input checked="" type="checkbox"/> 5C	Abotonar (Estuche)
<input type="checkbox"/> 6C	Enhebra una aguja (aguja de lana, hilo)
<input checked="" type="checkbox"/> 7C	Desata cordones (tablero c/cordón)
<input checked="" type="checkbox"/> 8C	Copia una linea recta (Lamina 1, Lápiz, reverso hoja reg.)
<input type="checkbox"/> 9C	Copia de un circulo (Lam 2, lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 10C	Copia una cruz (Lam 3, lápiz, reverso hoja reg.)
<input type="checkbox"/> 11C	Copia un triangulo (Lam 4, lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 12C	Copia un cuadrado (Lam 5, lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 13C	Dibuja 9 ó mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 14C	Dibuja 6 ó mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 15C	Dibuja 3 ó mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/> 16C	Ordena por tamaño (Tablero, barritas)

11 TOTAL SUB TEST COORDINACIÓN: PB

Ilustración 31: Sub test de coordinación

2.SUB. TEST DE LENGUAJE

<input type="checkbox"/> 15L	Azul	<input checked="" type="checkbox"/>	Amarillo	<input type="checkbox"/>	Rojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16L	Azul	<input checked="" type="checkbox"/>	Amarillo	<input type="checkbox"/>	Rojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17L	redondo	<input type="checkbox"/>	cuadrado	<input type="checkbox"/>	triangulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 18L	redondo	<input type="checkbox"/>	cuadrado	<input type="checkbox"/>	triangulo	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 19L	Describe escenas (Lam 13 y 14) (13)(14)					
<input checked="" type="checkbox"/> 20L	Reconoce absurdos (Lam 15)					
<input checked="" type="checkbox"/> 21L	Usa plurales (Lam 16)					
<input type="checkbox"/> 22L	Reconoce antes y después (Lam 17) (Antes)(Después)					
<input checked="" type="checkbox"/> 23L	Manzana	<input checked="" type="checkbox"/>	Pelota	<input checked="" type="checkbox"/>	Zapato	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 24L	Pelota	<input checked="" type="checkbox"/>	Globo inflado	<input checked="" type="checkbox"/>	Bolsa	<input checked="" type="checkbox"/>

9 TOTAL SUB TEST LENGUAJE: PB

Terminar Test Lenguaje

Ilustración 32: Sub test de motricidad

3.SUB TEST MOTRICIDAD

- 1M Salta con los dos pies en el mismo lugar
- 2M Camina dies pasos llevando un vaso de agua(Vazo lleno de agua).
- 3M Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
- 4M Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más.
- 5M Separa en un pie sin apoyo 5 seg. ó más.
- 6M Separa en un pie sin apoyo 1 seg. ó más.
- 7M Camina en punta de pie seis ó más pasos
- 8M Salta 20 cms. con los pies juntos (hoja reg.)
- 9M Salta en un pie tres o mas veces sin apoyo.
- 10M Coge una pelota(Pelota)
- 11M Camina hacia delante topando talón y punta.
- 12M Camina hacia atrás topando punta y talón

3 TOTAL SUB TEST LENGUAJE: PB

Terminar Test Motricidad

Ilustración 33: Sub test de motricidad

Después de haberse completado los test, el sistema muestra los resultados totales.

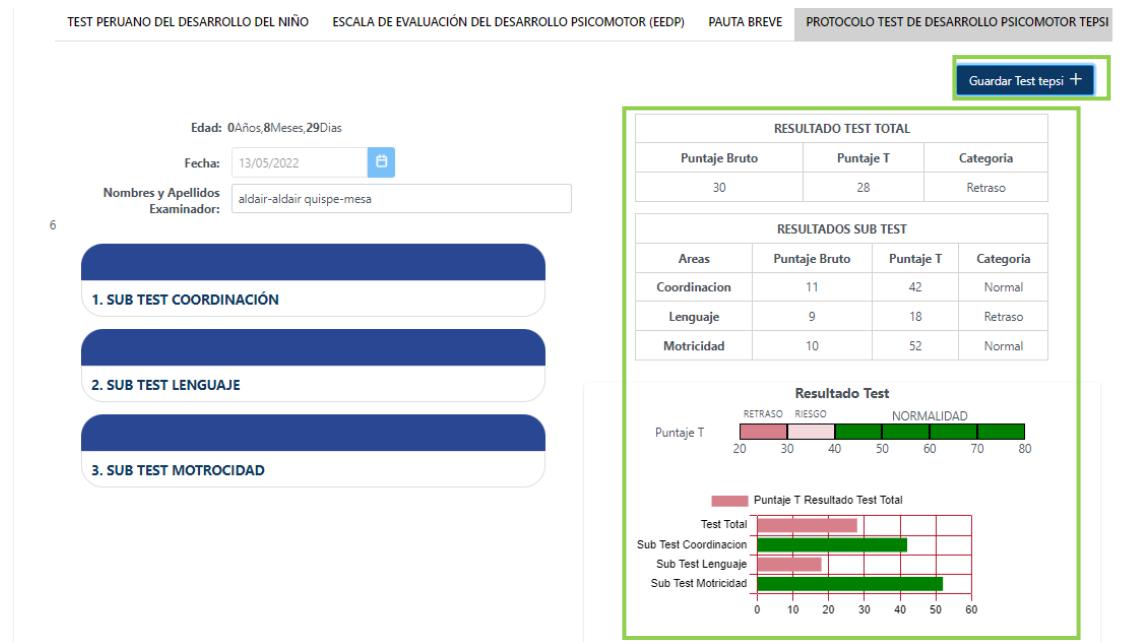


Ilustración 34: Resultados del examen Tepsi

- Para guardar todos los resultados hacer clic en **Guardar Test tepsi**

d) Clic para registrar pruebas de Tamizaje

ALIMENTACION CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL DESARROLLO PSICOMOTOR TAMIZAJES DOSAJE DE HEMOGLOBIN

TAMIZAJES NIÑO(A)		 Guardar Editar																																				
<p>▼ TAMIZAJE DE SALUD MENTAL (VIF)</p> <p>PREGUNTAR AL ADULTO(A):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?</td> <td style="text-align: center; width: 15%;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center; width: 15%;"><input type="button" value="NO"/></td> <td style="width: 20%;">3. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?</td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="NO"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?</td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="NO"/></td> <td>4. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?</td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="NO"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">5. ¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, lo golpea, le obliga a tener relaciones sexuales?</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input type="button" value="SI"/> NO </td> </tr> </table> <p>PREGUNTAR AL PADRE, MADRE O ADULTO RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO(A):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Piensa en la mayor parte del tiempo, diría que ¿Su hijo(a) es fácil o difícil?</td> <td style="text-align: center; width: 15%;"><input type="button" value="FÁCIL"/></td> <td style="text-align: center; width: 15%;"><input type="button" value="DIFÍCIL"/></td> <td style="width: 20%;">3. Alguna vez pierde el control?</td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>2. ¿Su hijo es muy desobediente?</td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="SI"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="button" value="NO"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>MARQUE CON UN CHECK, TODOS LOS INDICADORES DE MALTRATO QUE OBSERVE EN EL NIÑO(A)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>FÍSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables <input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física, cefalea, problemas de sueño (mucho sueño / interrupciones del sueño) <input type="checkbox"/> Enuresis (niños) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>PSICOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. <input type="checkbox"/> Retraimiento <input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Autismo escolar <input type="checkbox"/> Llegar tarde a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>NEGLIGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aseo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre. <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión, hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual. </td> </tr> </table> <p>Diagnóstico del paciente:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="button" value="POSITIVO (+)"/></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="button" value="NEGATIVO (-)"/></td> </tr> </table>			1. ¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	3. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	2. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	4. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	5. ¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, lo golpea, le obliga a tener relaciones sexuales?			<input type="button" value="SI"/> NO			1. Piensa en la mayor parte del tiempo, diría que ¿Su hijo(a) es fácil o difícil?	<input type="button" value="FÁCIL"/>	<input type="button" value="DIFÍCIL"/>	3. Alguna vez pierde el control?	<input type="button" value="SI"/>	NO	2. ¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>				<p>FÍSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables <input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física, cefalea, problemas de sueño (mucho sueño / interrupciones del sueño) <input type="checkbox"/> Enuresis (niños) 	<p>PSICOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. <input type="checkbox"/> Retraimiento <input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Autismo escolar <input type="checkbox"/> Llegar tarde a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio 	<p>NEGLIGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. 	<p>SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aseo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre. <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión, hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual. 	<input type="button" value="POSITIVO (+)"/>	<input type="button" value="NEGATIVO (-)"/>
1. ¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	3. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>																																	
2. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	4. ¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>																																	
5. ¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, lo golpea, le obliga a tener relaciones sexuales?			<input type="button" value="SI"/> NO																																			
1. Piensa en la mayor parte del tiempo, diría que ¿Su hijo(a) es fácil o difícil?	<input type="button" value="FÁCIL"/>	<input type="button" value="DIFÍCIL"/>	3. Alguna vez pierde el control?	<input type="button" value="SI"/>	NO																																	
2. ¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>																																				
<p>FÍSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables <input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física, cefalea, problemas de sueño (mucho sueño / interrupciones del sueño) <input type="checkbox"/> Enuresis (niños) 	<p>PSICOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. <input type="checkbox"/> Retraimiento <input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Autismo escolar <input type="checkbox"/> Llegar tarde a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio 																																					
<p>NEGLIGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. 	<p>SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aseo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre. <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión, hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual. 																																					
<input type="button" value="POSITIVO (+)"/>	<input type="button" value="NEGATIVO (-)"/>																																					

Observaciones:

▼ TAMIZAJE AUDITIVO

¿El niño nació prematuro?:	SI	NO	¿Tuvo infecciones frecuentes en los oídos?:	SI	NO
¿Permaneció en UCI?:	SI	NO	¿Tuvo infecciones como: meningitis o citomegalovirus?:	SI	NO
¿Tuvo alta concentración de Bilirrubina y requirió transfusión sanguínea?:	SI	NO	¿Estuve expuesto a sonidos muy fuerte?(Incluso por poco tiempo)?	SI	NO
¿Tiene antecedentes familiares de pérdida de audición?:	SI	NO			

Diagnóstico del paciente:

POSITIVO (+)	NEGATIVO (-)
--------------	--------------

Observaciones:

▼ EVALUACIÓN DE ALTERACIONES VISUALES

OD:	OI:	Diagnóstico del paciente:
0	0	POSITIVO (+) NEGATIVO (-)

Observaciones:

@ Visualizar Guía

Ilustración 35: Ficha de tamizajes

Completar el formulario

¿TIENE DIFICULTADES PARA LLENAR LA TABLA EVALUACION DE ALTERACIONES VISUALES?

Si se tiene esta dificultad hacer clic en el botón morado **Visualizar Guía**

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES VISUALES				
PRUEBA DE DETECCIÓN	APLICACIÓN DE LA PRUEBA	ALTERACIÓN	EDADES PARA CONTROL	INDICACIONES PARA REFERENCIA AL OFTALMÓLOGO
INSPECCIÓN OCULAR	El evaluador, a una distancia de 30 centímetros, dirige la fuente de luz hacia los ojos de la niña y el niño, valora las características de los párpados, pestañas, conjuntiva, transparencia de la córnea, presencia y forma de la pupila, así como la presencia de lagrimeo permanente o secreciones..	El resultado anormal está dado por la presencia de cualquier alteración anatómica o morfológica del ojo y/o sus anexos.	Recién nacido a 5 años	Anormalidad estructural
REFLEJO DE PARPADERO	Se explora aplicando una luz repentinamente sobre los ojos, provocando así el parpadeo de defensa. Aparece desde el nacimiento.	La ausencia de este reflejo nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gessell, Fleming,Koupernik).	Recién nacido a 5 años	Respuesta a la luz pobre o ausente.
REFLEJO PUPILAR	Consiste en la contracción de la pupila por acción de la luz sobre la retina y se explora con una linterna u oftalmoscopio directo. Aparece en el nacimiento y permanece siempre.	El resultado anormal está dado por ausencia, disminución o asimetría del reflejo. Sospechar de Catarata Congénita	Recién nacido a 5 años	Respuesta a la luz pobre o asimétrica.

FIJACIÓN MONOCULAR	Para evaluar el OD se oculta el OI, se coloca a una distancia de 50cm por delante de los ojos de la niña (o), buscando que mire el objeto con el ojo descubierto. Luego el evaluador verifica que siga con la mirada mientras desplaza el objeto de un lado a otro. Seguidamente se procede a evaluar el OI. Anormal, cuando a los 6m de edad o más hay ausencia de fijación. También indicativo de un hallazgo negativo el hecho en que la/el niña(o) llora o rechace la oclusión de uno de los ojos (del ojo que ve mejor). Sospecha de Ambliopía Profunda.			
REFLEJO LUMINOSO CORNEAL Test de Hirschberg	Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cm del puente nasal observando si hay reflejo luminoso en la pupila de ambos ojos, de manera simétrica. Desalineamientos. 6, 12 y 36 meses Asimétrico o desplazado. Signos de Estrabismo..			
COVER TEST cubrir/describir	Se procederá a cubrir uno de los ojos, con un cono de cartulina blanca, al ser éste destapado luego de tres segundos, se observara un movimiento inmediato de fijación, esto significaría que hay estrabismo. En caso que Se utiliza la cartilla de Snellen de la "E" direccional, adaptada para 3 metros, de preferencia (puede utilizarse también la de 6 metros), en un lugar bien iluminado. Enseñarle al niño a contestar "para qué lado están las patitas del dibujo (E)". Utilizar un oclusor para cubrir el ojo izquierdo e iniciar la evaluación del ojo derecho. Solicitar al menor que señale con su mano la direccionalidad de las barras de la letra "E" contenidas en cada fila, de izquierda a derecha. Empezar por la letra "E" más grande (superior), hasta que el niño manifieste que no ve la letra señalada o se equivoque en su direccionalidad. Anotar la agudeza visual que corresponde a la fracción ubicada al inicio de la última línea que pudo leer completa o la última línea en la que leyó más de la mitad de las letras u optotipos. Ocultar el ojo derecho y repetir secuencia con ojo izquierdo. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos. Detectar tempranamente desalineamientos oculares como 6 meses a 5 años Movimiento de uno o ambos ojos no tapados.			
AGUDEZA VISUAL	Es normal que la/el niña(o) a esta edad tenga una agudeza visual de 20/20 a 20/40. La diferencia de agudeza visual entre ambos ojos no debe superar 1 línea. 3 a 5 años Agudeza visual ≤ 20/50 en cualquiera de los dos ojos o que la agudeza visual de un ojo con relación al otro difiera en dos líneas o más de la Cartilla de Snellen.			
RECOMENDACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación en la niña y niño prematuro y de bajo peso: La evaluación se realizará de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad: RM N° 539-2006/MINSA y documentos técnicos complementarios vigentes. Evaluación en el niño a término y peso adecuado para la edad: La trascendencia de la evaluación de la visión radica en que la mayor parte del proceso de aprendizaje se da a través de la visión; por lo tanto es de suma importancia la detección precoz e intervención oportuna de déficit visual, a fin de contribuir en el desarrollo óptimo de la niña o niño. 				
Cerrar				

Ilustración 36: Guía de alteraciones visuales

e) Clic para agregar dosaje de Hemoglobina

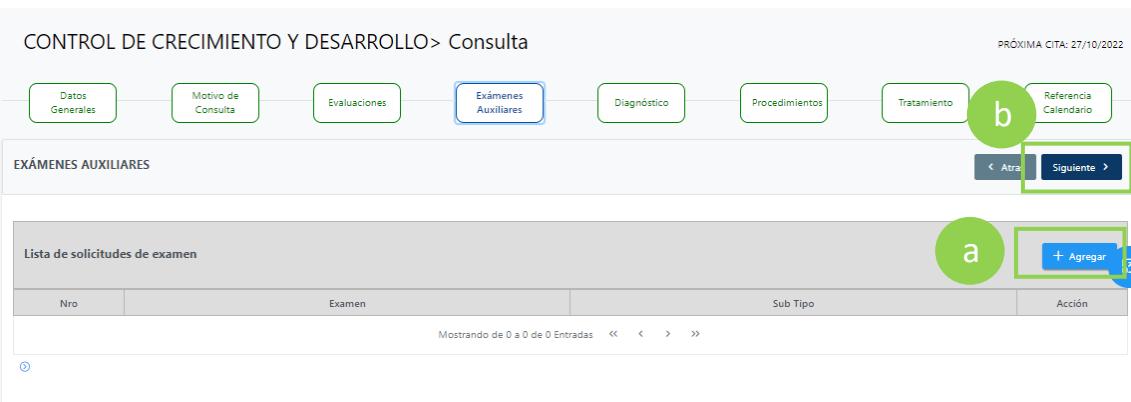
		ALIMENTACION	CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL	DESARROLLO PSICOMOTOR	TAMIZAJES	DOSAJE DE HEMOGLOBINA																																																																																																								
Edad(mes): 13		edad: 1 Años 1 Meses 6 Días																																																																																																												
DOSAJE DE HEMOGLOBINA PREVENTIVO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Edad Mes</th> <th>Nro Control</th> <th>Estado Controlado</th> <th>Fecha Tentativa</th> <th>Fecha Prueba</th> <th>Hemoglobina ajustada</th> <th>Resultado</th> <th>Accion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>6</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2022</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2022</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>2</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2023</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2023</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td>2</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2024</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>36</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2024</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>42</td><td>2</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2025</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>48</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2025</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>54</td><td>2</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2026</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2026</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>66</td><td>2</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/02/2027</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> <tr><td>72</td><td>1</td><td>prueba no Tomada</td><td>28/08/2027</td><td>Fecha</td><td>0</td><td>Negativo</td><td></td></tr> </tbody> </table>							Edad Mes	Nro Control	Estado Controlado	Fecha Tentativa	Fecha Prueba	Hemoglobina ajustada	Resultado	Accion	6	1	prueba no Tomada	28/02/2022	Fecha	0	Negativo		12	1	prueba no Tomada	28/08/2022	Fecha	0	Negativo		18	2	prueba no Tomada	28/02/2023	Fecha	0	Negativo		24	1	prueba no Tomada	28/08/2023	Fecha	0	Negativo		30	2	prueba no Tomada	28/02/2024	Fecha	0	Negativo		36	1	prueba no Tomada	28/08/2024	Fecha	0	Negativo		42	2	prueba no Tomada	28/02/2025	Fecha	0	Negativo		48	1	prueba no Tomada	28/08/2025	Fecha	0	Negativo		54	2	prueba no Tomada	28/02/2026	Fecha	0	Negativo		60	1	prueba no Tomada	28/08/2026	Fecha	0	Negativo		66	2	prueba no Tomada	28/02/2027	Fecha	0	Negativo		72	1	prueba no Tomada	28/08/2027	Fecha	0	Negativo	
Edad Mes	Nro Control	Estado Controlado	Fecha Tentativa	Fecha Prueba	Hemoglobina ajustada	Resultado	Accion																																																																																																							
6	1	prueba no Tomada	28/02/2022	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
12	1	prueba no Tomada	28/08/2022	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
18	2	prueba no Tomada	28/02/2023	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
24	1	prueba no Tomada	28/08/2023	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
30	2	prueba no Tomada	28/02/2024	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
36	1	prueba no Tomada	28/08/2024	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
42	2	prueba no Tomada	28/02/2025	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
48	1	prueba no Tomada	28/08/2025	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
54	2	prueba no Tomada	28/02/2026	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
60	1	prueba no Tomada	28/08/2026	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
66	2	prueba no Tomada	28/02/2027	Fecha	0	Negativo																																																																																																								
72	1	prueba no Tomada	28/08/2027	Fecha	0	Negativo																																																																																																								

Ilustración 37: Formulario de dosajes de hemoglobina

Es posible agregar dosajes de hemoglobina solo si el niño está en algún mes del recuadro celeste. Para nuestro ejemplo el niño tiene 13 meses, por lo tanto, no se le puede hacer dicho dosaje.

Caso contrario si el niño(a) tuviera cualquier mes del recuadro celeste, el sistema habilitará un botón en la columna **Acción** que permitirá registrar los datos de dosaje de hemoglobina

Paso 6.4: Clic para Agregar Exámenes auxiliares



CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO> Consulta

PRÓXIMA CITA: 27/10/2022

Datos Generales Motivo de Consulta Evaluaciones Exámenes Auxiliares Diagnóstico Procedimientos Tratamiento Referencia Calendario

EXÁMENES AUXILIARES

b

a

+ Agregar

Listado de solicitudes de examen

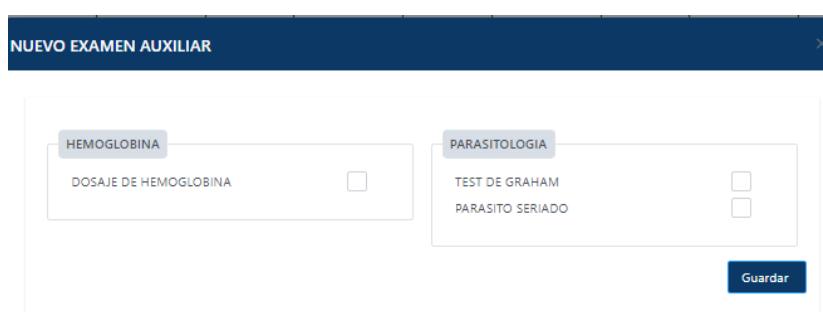
Nro	Examen	Sub Tipo	Acción

Mostrando de 0 a 0 de 0 Entradas << < > >>

Ilustración 38: Opciones de exámenes auxiliares

a) Clic para agregar exámenes auxiliares en laboratorio y/o consultorio

Seleccionar el examen requerido y Guardar



NUEVO EXAMEN AUXILIAR

HEMOGLOBINA

DOSAJE DE HEMOGLOBINA

PARASITOLOGÍA

TEST DE GRAHAM

PARASITO SERIADO

Guardar

Ilustración 39: Opciones de examen auxiliar

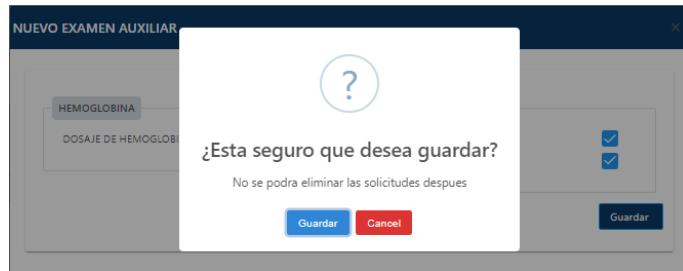


Ilustración 40: Confirmar solicitud

Confirmar haciendo clic en Guardar

Paso 6.5: Clic para Agregar Diagnósticos

Nro	Cod Prestación	Diagnóstico	CIE 10	Tipo Diagnóstico	Acción
1	005	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E66.9	P	

Nro	UPS Auxiliar	Diagnóstico	CIE 10	Tipo Diagnóstico	Lab	Acción
1	ITS	ANESTESIA PARA TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA	00104	P	A	

Ilustración 41: Agregar diagnósticos

Se tiene los formularios para agregar diagnósticos a FUA y HIS

- Para elegir un diagnóstico en FUA seleccionar la información de los campos requeridos y presionar en **Agregar**.
- Para elegir un diagnóstico en HIS seleccionar la información de los campos requeridos y presionar en **Agregar**.

Repetir el procedimiento para elegir más diagnósticos tanto en FUA como en HIS.

Los procedimientos que vayamos eligiendo se mostrarán en la tabla inferior, siendo posible su eliminación en caso de alguna equivocación

- Clic para Guardar los diagnósticos de las tablas, o hacer clic en el botón **Siguiente**

Paso 6.7: Clic para agregar Procedimientos

PROCEDIMIENTOS

RESUMEN DE RESULTADOS DE EVALUACIONES - TESTS - TAMAÑAJES - INMUNIZACIONES - LABORATORIO

Nro	NOMBRE	EVALUACIÓN	RESULTADO
1	EVALUACIONES O TEST	EVALUACION DE ALIMENTACION	NINO CON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA INADECUADA
2	EVALUACIONES O TEST	TEST PERUANO	RETRASO
3	EVALUACIONES O TEST	CONTROL PESO - EDAD	NORMAL
4	EVALUACIONES O TEST	CONTROL TALLA - EDAD	ALTO
5	EVALUACIONES O TEST	CONTROL PERIMETRO CEFÁLICO	RIESGO MICROCEFALIA

FUA

Cod Prestación: Tipo Diagnóstico:

Procedimientos SIS:

Código Procedimiento SIS: + Agregar

HIS

Nombre UPS: Sub Título UPS: Tipos: Lab:

Diagnóstico HIS:

Código de procedimiento HIS (CIE 10): + Agregar

Nro	UPS Auxiliar	Procedimiento	CIE 10	Tipo Diagnóstico	Lab	Acción
1	ITS	EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA A PACIENTE HOSPITALIZADO	00108	P	A	

Ilustración 42: Agregar procedimientos

- Se tiene el resultado de las evaluaciones realizadas anteriormente, en base a estos es necesario crear procedimientos en los formularios b) y c) con criterios que el especialista vea adecuado.

Paso 6.6: Clic para acceder al menú de Tratamientos

Datos Generales Motivo de Consulta Evaluaciones Exámenes Auxiliares Diagnóstico Procedimientos Tratamiento

TRATAMIENTO

b c d e  

a     

Ilustración 43: Opciones en tratamientos

a) Clic para agregar inmunizaciones

En el ejemplo para la edad del niño le corresponde las inmunizaciones del mes 7, para ello se debe hacer clic en dicha sección

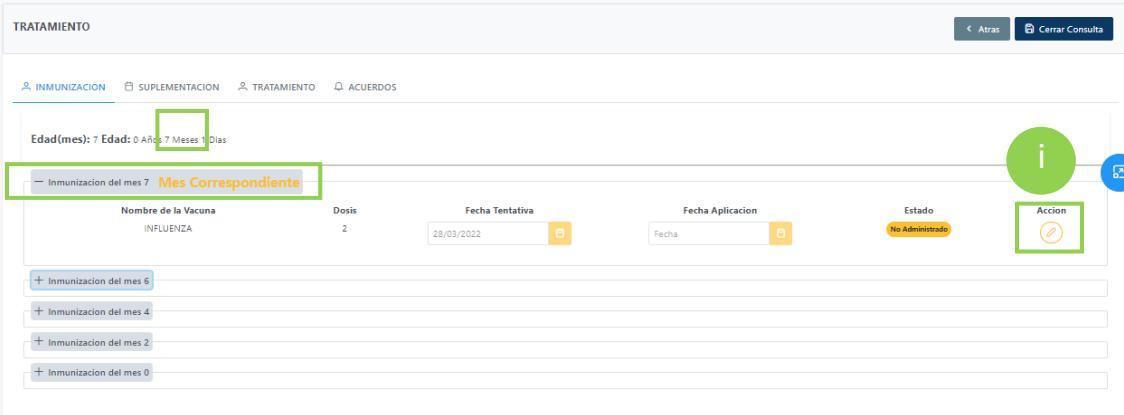


Ilustración 44: Inmunizaciones por mes

- i) Clic para agregar la información de administración de la dosis de vacuna.

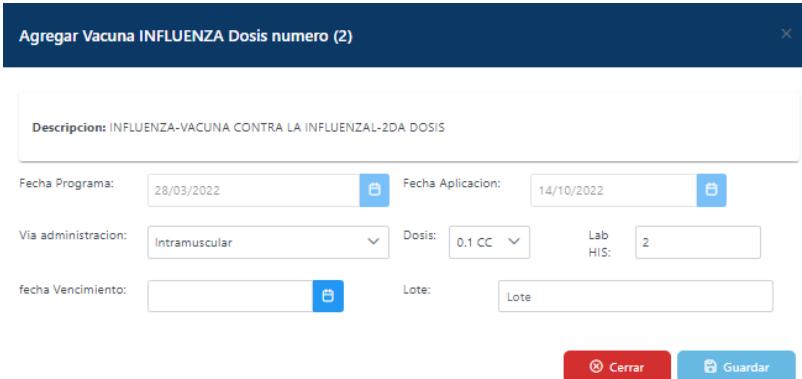
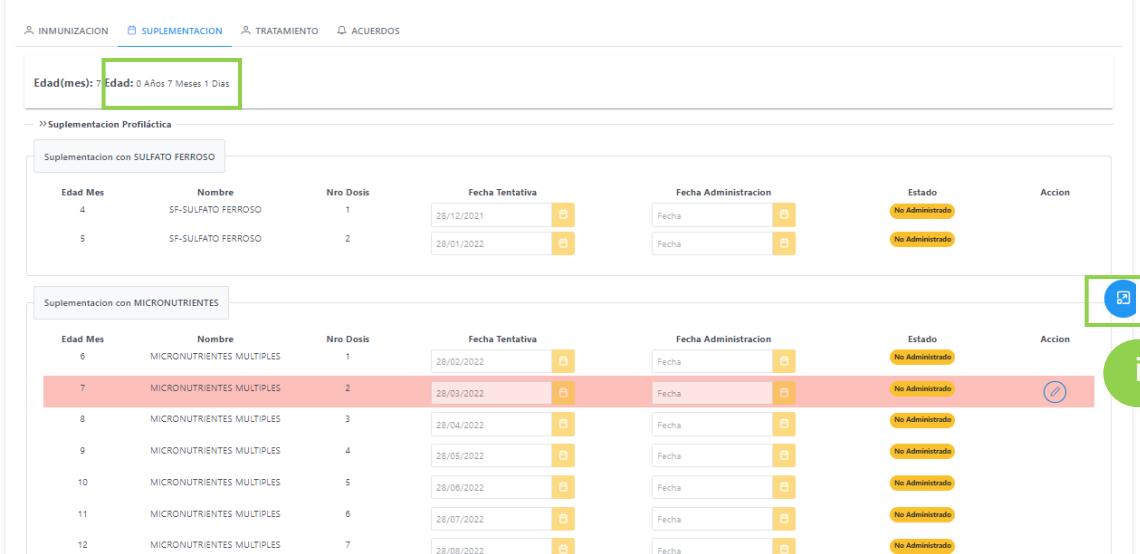


Ilustración 45: Agregar inmunización

Completar y Guardar

b) Clic para agregar Suplementaciones

Para la edad del niño el sistema selecciona en rosado la suplementación correspondiente que se requiere administrar



Edad Mes	Nombre	Nro Dosis	Fecha Tentativa	Fecha Administracion	Estado	Accion
4	SF-SULFATO FERROSO	1	28/12/2021		No Administrado	
5	SF-SULFATO FERROSO	2	28/01/2022		No Administrado	

Edad Mes	Nombre	Nro Dosis	Fecha Tentativa	Fecha Administracion	Estado	Accion
6	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	1	28/02/2022		No Administrado	
7	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	2	28/03/2022		No Administrado	
8	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	3	28/04/2022		No Administrado	
9	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	4	28/05/2022		No Administrado	
10	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	5	28/06/2022		No Administrado	
11	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	6	28/07/2022		No Administrado	
12	MICRONUTRIENTES MULTIPLES	7	28/08/2022		No Administrado	

Ilustración 46: suplementaciones por mes

- i) Hacer clic para registrar datos de la administración del micronutriente



Descripción : MICRONUTRIENTES MULTIPLES
Frecuencia : Consumo diario

Fecha Programada: 28/03/2022 Fecha Entregada: 14/10/2022

Medicamento: Miconutrientes:Sobre de 1 gramo... Contenido de Hierro (12.5 mg de Hierro elemental)
Hierro Elemental:

Dosis(Via oral): 2kg Lab HIS: 2

Cerrar Guardar

Ilustración 47: Agregar micronutrientes

Completar y clic en Guardar

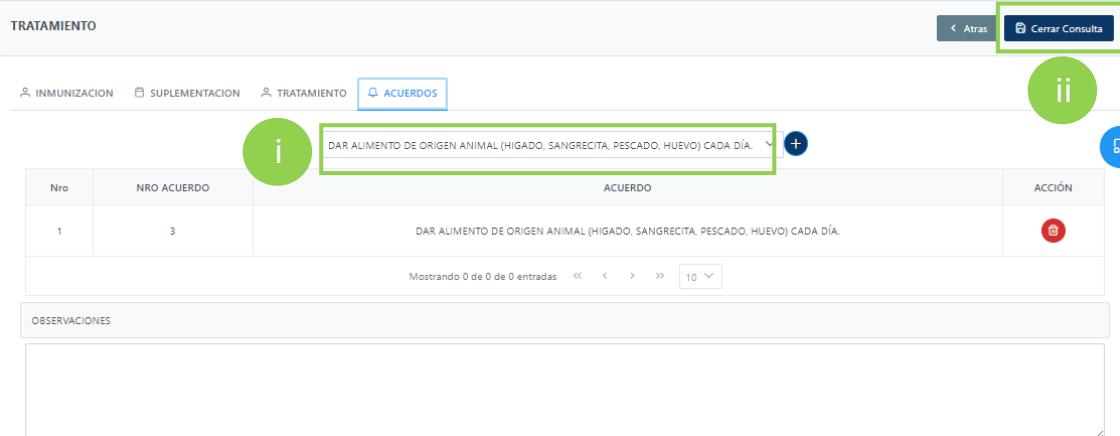
c) Clic para acceder a la interfaz de Tratamientos

Ilustración 48: Tabla de tratamientos

i) Hacer clic en agregar y se abrirá el formulario

Ilustración 49: Formulario registrar tratamientos

- ii) Clic para imprimir la receta añadida
- d) Clic para ingresar los acuerdos.
- e) Clic para ingresar acuerdos de la consulta



TRATAMIENTO

Cerrar Consulta

i

DAR ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL (HIGADO, SANGRECITA, PESCADO, HUEVO) CADA DÍA.

ii

Nro	NRO ACUERDO	ACUERDO	ACCIÓN
1	3	DAR ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL (HIGADO, SANGRECITA, PESCADO, HUEVO) CADA DÍA.	

Mostrando 0 de 0 de 0 entradas << < > >> 10

OBSERVACIONES

Ilustración 50: Agregar acuerdos

- i) Seleccionar el acuerdo y hacer clic en el círculo
 - Repetir esta acción para agregar más acuerdos en la tabla inferior.
 - ii) Cerrar consulta
- Antes de cerrar definitivamente la consulta tendremos el resumen del FUA y HIS

Clic para cancelar y seguir editando

PREVISUALIZACIÓN DE HIS Y FUA

HIS **FUA**

AÑO	MES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(IPRESS)				UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS(UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN			
2022	10	ESSALUD ANTA				CRED				DNI : 31190523 SAVAGO RODAS DIGNA			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PAUL VALDIVIA ARCONDO

DIA	DNI HISTORIA	FINANC.	DISTRITO	EDAD	SEXO	EVALUA.		ESTAB.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DIAG.			LAB	CODIGO CIE
						ANTROPOME.	HEMOGLOBI.				P	D	R		
20	9999984			1	M	50	PESO	6000	N	N	ANESTESIA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	x	A	00106	
							TALLA	39	C	C					
	9999984						Hb		R	R	ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE CORRECCIÓN PLÁSTICA DE LABIO HENDIDO	x	A	00102	
		JAQARU KAWI (JAQI CAUQUI)													

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PAUL VALDIVIA ARCONDO

AÑO	MES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(IPRESS)				UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS(UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN			
2022	10	ESSALUD ANTA				INMUNIZACIONES				DNI : 31190523 SAVAGO RODAS DIGNA			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: PAUL VALDIVIA ARCONDO

DIA	DNI HISTORIA	FINANC.	DISTRITO	EDAD	SEXO	EVALUA.		ESTAB.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DIAG.			LAB	CODIGO CIE
						ANTROPOME.	HEMOGLOBI.				P	D	R		
20	9999984			1	M	50	PESO	6000	N	N	NEUMOCOCO3	x	3	90670	
							TALLA	39	C	C					
	9999984						Hb		R	R	SPPR	x	13	90707	
		JAQARU KAWI (JAQI CAUQUI)									INFLUENZA2	x	25	90657	

Cerrar Consulta

Ilustración 51: Previsualización del HIS

PREVISUALIZACIÓN DE HIS Y FUA

HIS	FUA								
COD PRESTACIÓN 005									
DIAGNÓSTICOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DIAGNÓSTICO</th> <th>CIE 10</th> <th>TIPO DX</th> <th>INMUNIZACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBESIDAD DEBIDA A EXESO DE CALORÍAS (SOBREPESO)</td> <td>E66.0</td> <td>P</td> <td>Nombre Nombre Comercial</td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES	OBESIDAD DEBIDA A EXESO DE CALORÍAS (SOBREPESO)	E66.0	P	Nombre Nombre Comercial
NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES						
OBESIDAD DEBIDA A EXESO DE CALORÍAS (SOBREPESO)	E66.0	P	Nombre Nombre Comercial						
COD PRESTACIÓN 056									
DIAGNÓSTICOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DIAGNÓSTICO</th> <th>CIE 10</th> <th>TIPO DX</th> <th>INMUNIZACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON OTRA RIESGO EN LA HISTORIA OBSTÉTRICA O REPRODUCTIVA</td> <td>Z35.2</td> <td>P</td> <td>Nombre Nombre Comercial</td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON OTRA RIESGO EN LA HISTORIA OBSTÉTRICA O REPRODUCTIVA	Z35.2	P	Nombre Nombre Comercial
NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES						
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON OTRA RIESGO EN LA HISTORIA OBSTÉTRICA O REPRODUCTIVA	Z35.2	P	Nombre Nombre Comercial						
COD PRESTACIÓN 071									
DIAGNÓSTICOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DIAGNÓSTICO</th> <th>CIE 10</th> <th>TIPO DX</th> <th>INMUNIZACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EXAMEN DE LABORATORIO</td> <td>Z01.7</td> <td>D</td> <td>Nombre Nombre Comercial</td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES	EXAMEN DE LABORATORIO	Z01.7	D	Nombre Nombre Comercial
NOMBRE DIAGNÓSTICO	CIE 10	TIPO DX	INMUNIZACIONES						
EXAMEN DE LABORATORIO	Z01.7	D	Nombre Nombre Comercial						

Cerrar Consulta

Ilustración 52: Previsualización de FUA



2.1.2. OBTENER REPORTES FUA Y HIS

DESCARGAR REPORTES FUA

Después de completar cada consulta mensual, se tiene la lista de consultas de un determinado paciente.

CONSULTAS DEL PACIENTE			
DNI: 99999984 APELLIDOS Y NOMBRES: VALDIVIA ARCONDO PAUL			
LISTA DE CONSULTAS		Nueva Consulta Descargar Cartilla	
NRO	FECHA DE CONSULTA	ESTADO	ACCIONES
1	20-10-2022 13:56:48	completo	Consulta FUA Descargar Consulta
2			Consulta FUA Descargar Consulta
3			Consulta FUA Descargar Consulta

Paso 1: Hacer clic en FUA y posteriormente en Crear Fua

Esta Seguro de Generar FUA?, Debe revisar el tipo de Seguro

[Crear FUA](#) [Cancelar](#)

Ilustración 53: Paciente con cuatro consultas realizadas

A continuación, se tiene la lista FUA para cada prestación registrada, para el ejemplo se registró dos prestaciones. Y podemos hacer descargas individuales y globales.

LISTA DE FUA		
Nro	Cod Prestación	ACCIONES
1	070	IR FUA Descargar FUA
2	001	IR FUA Descargar FUA

a) Clic para editar el FUA

b) Clic para descargar pdf individual (*Anexo 1)

c) Clic para descarga global (*Anexo 5)

a) Editar formato FUA

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

Datos Generales

Datos Complementarios

DATOS GENERALES Siguiente >

NÚMERO DE FORMATO

22	00029514	14
----	----------	----

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Cod RENAES de la IPRESS	Nombre de la IPRESS que realiza la atención
00029514	ESSALUD ANTA

Personal que atiende	Lugar de atención	Atención
<input checked="" type="radio"/> De la IPRESS <input type="radio"/> Itinerante <input type="radio"/> Oferta Flexible	<input type="radio"/> Código de la Oferta Flexible <input checked="" type="radio"/> Intramural <input type="radio"/> Extramural	<input checked="" type="radio"/> Ambulatoria <input type="radio"/> Referencia <input type="radio"/> Emergencia
		Referencia Realizada por Cod. RENAES Nombre de la IPRESS u oferta flexible Nro. Hoja de referencia

DEL ASEGURADO / USUARIO

Identificación	Cod del asegurado SIS	Asegurado de otra IAFAS
TDI 2	DIRESA / otros Número 1 92848412	Institución Cod. Seguro

Apellido Paterno VASQUES	Apellido Materno CORI	Primer Nombre Xiomara	Otros Nombres CRISTEL
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sexo	Fechas (dd/mm/aaaa)	Nro Historia Clínica
<input type="radio"/> Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino	Fecha Probable de parto/ fecha de parto dd/mm/aaaa 16/04/2022	92848412 Etnia MESTIZO
Salud Materna	Fecha de Nacimiento	DNI/CNV/Afiliación del RN 1
<input type="radio"/> Gestante <input type="radio"/> Puerpera	Fecha de Fallecimiento dd/mm/aaaa	DNI/CNV/Afiliación del RN 2 DNI/CNV/Afiliación del RN 3

Ilustración 54: Datos generales del formato FUA

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

Datos Generales	Datos Complementarios																				
De la Atención <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">DE LA ATENCIÓN</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Hospitalización</td> </tr> <tr> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Atención 04/10/2022</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Hora 20:36:9</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">UPS</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Prestación 070</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reporte Vinculado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Autorización</div> </div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Ingreso</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Alta</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha Corte Administrativo</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">dd/mm/aaaa</div> </div> </div> </div> </td> </tr> </table>		DE LA ATENCIÓN	Hospitalización	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Atención 04/10/2022</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Hora 20:36:9</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">UPS</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Prestación 070</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reporte Vinculado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Autorización</div> </div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Ingreso</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Alta</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha Corte Administrativo</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">dd/mm/aaaa</div> </div> </div> </div>																	
DE LA ATENCIÓN	Hospitalización																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Atención 04/10/2022</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Hora 20:36:9</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">UPS</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Prestación 070</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reporte Vinculado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cod Autorización</div> </div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Ingreso</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha de Alta</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">dd/mm/aaaa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fecha Corte Administrativo</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">dd/mm/aaaa</div> </div> </div> </div>																					
CONCEPTO PRESTACIONAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Atención Directa </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Cob Extraordinario </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Traslado </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Sepelio </div> </td> </tr> <tr> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Atención Directa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cob Extraordinario</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Traslado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Sepelio</div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Natimurto</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Obito</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Otro</div> </td> </tr> </table>		<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Atención Directa </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Cob Extraordinario </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Traslado </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Sepelio </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Atención Directa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cob Extraordinario</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Traslado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Sepelio</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Natimurto</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Obito</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Otro</div>												
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Atención Directa </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Cob Extraordinario </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Traslado </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Sepelio </div>																		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Atención Directa</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Cob Extraordinario</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Traslado</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Sepelio</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nº Autorización</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Monto</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Natimurto</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Obito</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Otro</div>																		
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Alta </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Cita </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Hospitalización </div> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Referido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Emergencia </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consulta Externa </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Apoyo al Diagnóstico </div> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Contrarreferido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Fallecido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Corte Adminis </div> </td> </tr> </table>		<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Alta </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Cita </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Hospitalización </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Referido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Emergencia </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consulta Externa </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Apoyo al Diagnóstico </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Contrarreferido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Fallecido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Corte Adminis </div>																	
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Alta </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Cita </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Hospitalización </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Referido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Emergencia </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consulta Externa </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Apoyo al Diagnóstico </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Contrarreferido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Fallecido </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Corte Adminis </div>																			
SE REFIERE/CONTRARREFIERE A <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Cod RENAES de la IPRESS</div> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nombre de la IPRESS a la que se refiere/contrarrefiere</div> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nº Hoja de Referencia/Contrarreferencia</div> </td> </tr> </table>		<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Cod RENAES de la IPRESS</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nombre de la IPRESS a la que se refiere/contrarrefiere</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nº Hoja de Referencia/Contrarreferencia</div>																	
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Cod RENAES de la IPRESS</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nombre de la IPRESS a la que se refiere/contrarrefiere</div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">Nº Hoja de Referencia/Contrarreferencia</div>																			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Peso(Kg) 6.6 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Talla(cm) 0.65 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> P.A. (mmHg) 0.65 </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div> </td> </tr> <tr> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> De la Gestante </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Del Recién Nacido </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div> </td> </tr> <tr> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> CPN(Nº) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacion 0 </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacional RN (SEM) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> 0 </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> N° CRED 0 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> PAB(cm) 0 </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> TAP/EEDP o TEPSI </div> </td> </tr> <tr> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> R.N. Prematuro </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Bajo de Peso al Nacer _____ </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consejería Nutricional </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Evaluación Integral: </div> </td> </tr> <tr> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> No </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADORES DE SALUD 2. TRABAJADORES SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO HIRERIANTE & FF AA 6. POLICIA NACIONAL 7. </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div> </td> </tr> </table>		<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Peso(Kg) 6.6 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Talla(cm) 0.65 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> P.A. (mmHg) 0.65 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> De la Gestante </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Del Recién Nacido </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> CPN(Nº) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacion 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacional RN (SEM) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> N° CRED 0 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> PAB(cm) 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> TAP/EEDP o TEPSI </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> R.N. Prematuro </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Bajo de Peso al Nacer _____ </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consejería Nutricional </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Evaluación Integral: </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADORES DE SALUD 2. TRABAJADORES SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO HIRERIANTE & FF AA 6. POLICIA NACIONAL 7. </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Peso(Kg) 6.6 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Talla(cm) 0.65 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> P.A. (mmHg) 0.65 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>																		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> De la Gestante </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Del Recién Nacido </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Gestante/RN/Niño/Adolescente/Joven y Adulto/Adulto Mayor </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Joven y Adulto </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>																		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> CPN(Nº) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacion 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Edad Gestacional RN (SEM) </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> N° CRED 0 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> PAB(cm) 0 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> TAP/EEDP o TEPSI </div>																		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> R.N. Prematuro </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Bajo de Peso al Nacer _____ </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Consejería Nutricional </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Evaluación Integral: </div>																		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> Si </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> No </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADORES DE SALUD 2. TRABAJADORES SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO HIRERIANTE & FF AA 6. POLICIA NACIONAL 7. </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input type="radio"/> VACUNAS N° DE DOSIS </div>																		

<input type="text" value="0"/> Altura Uterina <input type="text"/> Parto Vertical <input type="text"/> Control Puerperal (Nº)	APGAR 1º <input type="text"/> 5º <input type="text"/> Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min) <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfer. Congenita/Secuela al Nacer Consejería Integral Nº Familiares de Gestante/Puerpera Casa Materna IMC (Kg/m ²)	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No VACAM: Tamizaje de Salud Mental: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<small>LICENCIADO J. F. M. G. MEDICO PRACTICANTE 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES</small>
---	--	---	---	--

DIAGNOSTICOS

#	Descripción	INGRESO		EGRESOS	
		Tipo de DX	CIE-10	Tipo de DX	CIE-10
1	ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA	<input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	K04.6		

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nº de DNI 31190523	Nombre del Responsable de la Atención SAYAGO RODAS DIGNA	Nº de Colegiatura 123
Responsable de la Atención OBSTETRA	Especialidad	Nº RNE
		Egresado

1.MÉDICO 2.FARMECEUTICO 3.CIRUJANO DENTISTA 4.BIÓLOGO 5.OBSTETRIZ 6.ENFERMERIA 7.TRABAJADORA SOCIAL 8.PSICOLOGIA 9.TECNOLOGO MEDICO 10.NUTRICIÓN 11.TÉCNICO ENFERMERIA 12.AUXILIAR DE ENFERMERIA 13.OTRO

DIAGNOSTICOS

#	Descripción	INGRESO		EGRESOS	
		Tipo de DX	CIE-10	Tipo de DX	CIE-10
1	ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA	<input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	K04.6		

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nº de DNI 31190523	Nombre del Responsable de la Atención SAYAGO RODAS DIGNA	Nº de Colegiatura 123
Responsable de la Atención OBSTETRA	Especialidad	Nº RNE
		Egresado

1.MÉDICO 2.FARMECEUTICO 3.CIRUJANO DENTISTA 4.BIÓLOGO 5.OBSTETRIZ 6.ENFERMERIA 7.TRABAJADORA SOCIAL 8.PSICOLOGIA 9.TECNOLOGO MEDICO 10.NUTRICIÓN 11.TÉCNICO ENFERMERIA 12.AUXILIAR DE ENFERMERIA 13.OTRO

DATOS DEL APODERADO

Firma	Asegurado	Apoderado	DNI o CE del Apoderado	<input type="button" value="Guardar"/>
-------	-----------	-----------	------------------------	--

Ilustración 55: Datos complementarios del formato FUA

DESCARGAR REPORTES HIS

En el menú principal ir a Reportes -> Reportes HIS

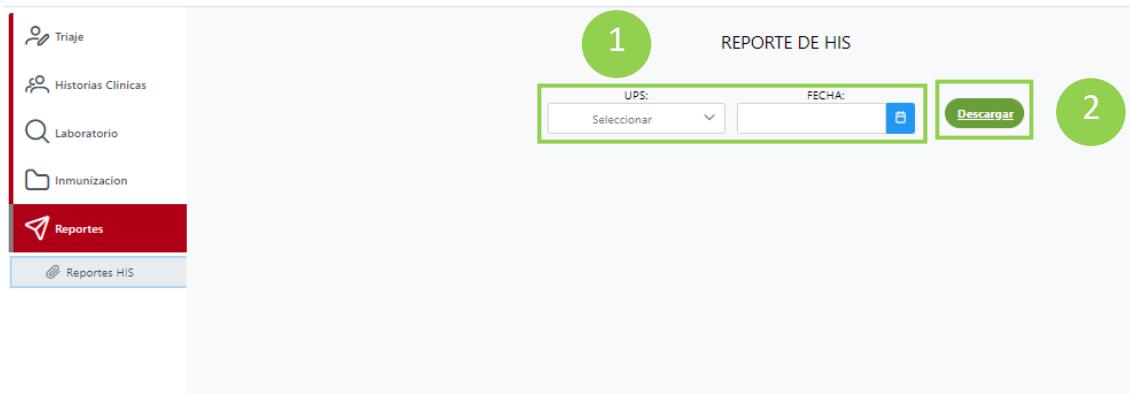


Ilustración 56: Interfaz de reportes HIS

Paso 1: Seleccionar la UPS y la fecha de consulta.

Paso 2: Clic para descargar HIS en formato pdf (*Anexo 6)

3. CERRAR SESIÓN

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

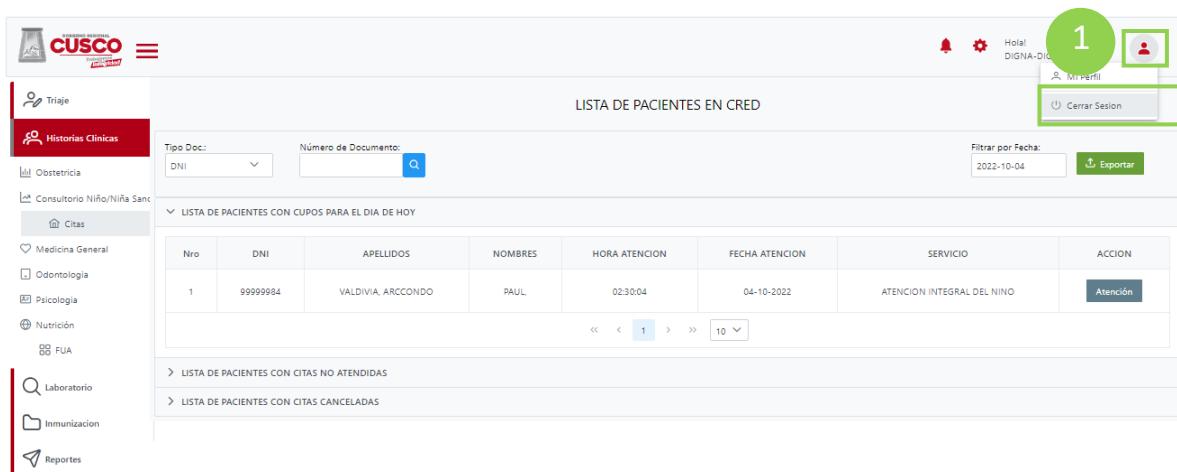


Ilustración 57: Cerrar sesión

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

FORMATO FUA

PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1								
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA											
NUMERO DE FORMATO 00029514 22 14											
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS 00029514		NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN ESSALUD ANTA									
PERSONAL QUE ATIENDE DE LA IPRESS <input checked="" type="checkbox"/> CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE ITENERANTE OFERTA FLEXIBLE		LUGAR DE INTRAMURAL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRAMURAL	ATENCIÓN AMBULATORIA <input checked="" type="checkbox"/> REFERENCIA EMERGENCIA								
		REFERENCIA REALIZADA POR CÓD. NOMBRE DE LA IPRESS U	N° HOJA DE REFERENCIA								
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN TDI N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2 92848412		CÓDIGO DEL ASEGURADO DIRESA / OTROS NUMERO 92848412	ASEGURADO DE OTRA IAFAS INSTITUCIÓN COD. SEGURO								
APELLIDO PATERNO VASQUES		APellido MATERO CORI									
PRIMER NOMBRE XIOMARA		OTROS NOMBRES CRISTEL									
SEXO MASCULINO FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARO FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE FALLECIMIENTO	DIA MES 16	MES AÑO 04 2022	AÑO N° DE HISTORIA 92848412	ETNIA MESTIZO					
SEXO SALUD GESTANTE PUERPERA		X	FECHA DEPARTO / FECHA DE PARO FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE FALLECIMIENTO	DIA MES AÑO 04 10 2022	HOSPITALIZACIÓN HORA 20:36:9	FECHA UPS 070	COD. PRESTACIÓN (ES) ADICIONAL(ES) COD. PRESTA. 0	FECHA DE INGRESO DEL ALTA DE CORTE ADMINISTRATIV	DIA DÍA MES AÑO	DE INGRESO DEL ALTA DE CORTE ADMINISTRATIV	
DE LA ATENCIÓN				DE LA ATENCIÓN							
FECHA DE ATENCIÓN DIA MES AÑO 04 10 2022		HORA 20:36:9	UPS 070	COD. PRESTACIÓN (ES) ADICIONAL(ES) COD. PRESTA. 0	HOSPITALIZACIÓN HORA 20:36:9	FECHA DE INGRESO DEL ALTA DE CORTE ADMINISTRATIV	DIA DÍA MES AÑO	DE INGRESO DEL ALTA DE CORTE ADMINISTRATIV			
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR							
CONCEPTO PRESTACIONAL				CONCEPTO PRESTACIONAL							
ATENCIÓN DIRECTA <input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA N° Monto S/. 0.0		TRASLADO	SEPELIO NATIMUERTO OBITO OTRO						
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO				DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO							
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APÓYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERID	FALLECIDO	CORTE ADMINIS		
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A : CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				SE REFIERE / CONTRARREFIERE A : NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR. 123		
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS				VACUNAS N° DE DOSIS							
PESO (kg) DE LA GESTANTE CPN (N°) EDAD GEST ALTURA UTERINA PARTO VERTICAL CONTROL PUERP (N°)		6.6 TALLA (cm) DEL RECIEN NACIDO EDAD GEST RN (SEM) APGAR 1 ^{er} / 5 ^{er} Corte Tardío del Cordon (2 a 3) N° FAMILIARES DE GEST / PUERP.		0.65 P.A. (mmHg) GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR CRED N° R.N. BAJO PESO AL NACER ENFER. CONGENITA / SECUALA AL		0 PAB (CM) TAP / EEDP O TEPSI CONSEJERIA NUTRICIONAL CONSEJERIA INTEGRAL		JOVEN Y ADULTO EVALUACION INTEGRAL ADULTO MAYOR VACAM TANIZAJE DE SALUD MENTAL		SEPELIO NATIMUERTO OBITO OTRO	
GRUPO DE RIESGO HVB				GRUPO DE RIESGO HVB						GRUPO DE RIESGO HVB : 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJADORES SEXUALES 3. HGB 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FT A 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIOS 9. DROGOS DIPENDIENTES	
DIAGNÓSTICOS				INGRESO					EGRESO		
N°	Descripción			TIPO DE DX P D R	CIE - 10	TIPO DX D R	CIE - 19				
ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA	P			K04.6							
N° DE DNI 31190523		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN SAYAGO RODAS DIGNA				N° DE COLEGIATURA 123					
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN OBSTET		ESPECIALIDAD null		N° null		EGRESADO null					
<small>1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO</small>											
<small>FIRM ASEGURADO APoderado</small>											
<small>APoderado: NOMBRES Y APELLIDOS DNI P CE DEL APoderado:</small>											
<small>Huella Digital del Asegurado o del Apoderado</small>											

TERAPEUTICA, INSUMO, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO									
MEDICAMENTOS					LABORATORIO				
COD	NOMBRE	FF	CONCENTR.	IND EJE DX	COD	NOMBRE	FF	CONCENTR.	IND EJE DX
01143	ACIOLIVIR	TAB	200mg		03734	HALOPERIDOL	INY	50mg/mlx20ml	
03030	ACIDO TÓLICO	TAB	500mgx0.3mg		03213	HIGOSINA (ESCOLOPALMINA-P)	AMP	20mg/lvial	
03513	ACIDO FÓLICO + FERROSO SULFATO	TAB	400mcg+60mg		03215	HIGOSINA (ESCOLOPALMINA-P)	TAB	10mg	
00391	ACIDO ACETILSALICÍlico	TAB	100mg		02851	HEMORRAGICO	SOL	50mg/mlx20ml	
02926	ACIDOMON	TAB	100mg/5mlx20ml		02707	HEPTAHIDRATO	INY	100mg/mlx10ml	
02928	ALBENDAZOL	TAB	100mg		02708	HEPTAHIDRATO	TAB	100mg	
18031	ALUMINIO HIDROX-MAGNESIO	FCG	400-450mg/25		02549	FERROSO SULFATO (SA.FERRICSA)	TAB	100mg/mlx10ml	
03625	AMAKACINA SULFATO	AMP	100mg/mlx2ml		03519	FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO	FCG	15mg/mlx140ml	
03670	AMITRIPТИLINA	TAB	25MG		03636	FERROSO SULFATO	SOL	25mg/mlx30ml	
03803	AMOXICILINA	TAB	250mg		03576	FITOMENADONA	AMP	10mg/mlx10ml	
03828	AMOXICILINA	TAB	500mg		03703	FLUARIZOLIDA	FCG	50mg/mlx5	
03794	AMOXICILINA	FCG	250/14.4-40mg		03704	FLUCLAVINA	TAB	150mg	
07753	AMOXICILINA ACIDO CLAVULANICO	TAB	500mgx125mg		03696	FLUOCINETINA	TAB	20mg/lvial	
07225	AMOXICILINA ACIDO CLAVULANICO	FCG	250mgx82		03718	GABAPENTINA	TAB	300mg	
01815	AMOXICILINA SODICA CON DILUYENTE	AMP	1g		03747	GENTAMICINA SULFATO	AMP	80mg/mlx10ml	
03033	AMOTRANINA	TAB	200mg		03748	GENOTROPINA	TAB	10mg/mlx10ml	
03947	AZTROMICINA	TAB	500mg		03699	HEBOCORTISONA	CRM	1mg/mlx20ml	
01029	BENCILEPINICINA PROCANICA	AMP	1000-1000 U		04034	IBUPROFENO	FCG	100mg/mlx10ml	
01322	BENCILEPINICINA SODICA	AMP	1000-1000 U		04034	IBUPROFENO	TAB	400mg	
01813	BENZATINA BENCILEPINICINA CON	AMP	1000-1000 U		03694	LOCCAMA CLORHIDRATO-HERPESVIRA	CDE	20mg/lvialx1ug/ml	
03020	BENZODIAZEPINA DE BENZO	FCG	25mg/mlx10ml(%)		03695	MAGNESIO SULFATO	AMP	200mg/mlx10ml	
01424	BEPRENDENO	INV	5 MG/ml		04582	MEBENDAZOL	FCG	100mg/mlx30ml	
01433	BEPRENDENO	TAB	2MG		04585	MEBENDAZOL	TAB	200mg	
01467	CALCIO GLUCONATO	AMP	100mg/mlx110ml		03694	MEDROXIPREGESTERONA ACETATO	AMP	100mg/mlx10ml	
01520	CAPTOPRIEL	TAB	25mg		03696	METFORMINA SODICA	AMP	1g/mlx20ml	
01522	CARBAMAZEPINA	TAB	200mg		03697	METHOTREXATO	TAB	10mg/mlx10ml	
04469	CARBONATO DE LITIO	TAB	300mg		04701	METILDOPA	TAB	250mg	
01626	CEFALEXINA	TAB	500mg		04743	METOCLORPAMIDA CLORHIDRATO	AMP	Brutalx10mgx2	
01628	CEFALEXINA	SUS	250mg/mlx5ml		04753	METOCLORPAMIDA CLORHIDRATO	TAB	10mg	
01816	CEFAZOLINA SODICA CON DILUYENTE	AMP	1g		04760	METRONIDAZOL	TAB	500mg	
01846	CEFAZOLINA	TAB	500mg		04761	METRONIDAZOL	FCG	250mg/mlx5ml	
01904	CUNDAMICINA	TAB	300mg		04846	MIRTAZAPINA	TAB	30mg	
03003	CLONAZEPAN	TAB	0.9MG		04862	NAPROXENO	TAB	550mg	
03034	CLONAZEPAN	TAB	2MG		05018	NEFEDIPINO	TAB	10mg	
03261	CLOZAFINA	TAB	1000MG		05103	NIROFLUORANTONA	TAB	100mg	
03262	CLOZAFINA	TAB	100MG		05104	NIROFLUORANTONA	TAB	200mg	
03263	CLOZAFINA SULFATO	AMP	100mg/mlx2ml		05105	NIROFLUORANTONA	TAB	300mg	
02149	CLORENAFINA MALEATO	TAB	4mg		05394	OXIGENO MEDICINAL	SAL	100x3	
02149	CLORENAFINA MALEATO	AMP	10mg/mlx1ml		05293	OXITOCINA	AMP	100U/mlx1ml	
02149	CLORENAFINA MALEATO	FCG	2mg/mlx4-120ml		05281	PARACETAMOL	FCG	100mg/mlx10ml	
03921	HECROCLOROTIAZIDA	TAB	25mg		05308	PARACETAMOL	FCG	120mg/mlx10ml	
03924	HECROCLOROTIAZIDA	TAB	50mg		05309	PARACETAMOL	TAB	500mg	
03118	DECANTATO DE FLUFEAZINA	INV	2500MG/ml		05488	PREDNISONA	TAB	20mg	
41079	DECANTATO DE FLUFEAZINA	FCG	1g/10mlx1%x20		05588	PREDNISONA	TAB	5mg	
03854	DEXAMETAZONA	TAB	500mgx0.5mg		05589	POTASIO CLORURO	AMP	20g/100mlx10ml	
03642	DEXAMETAZONA DIFOSATO	AMP	4mg/mlx2ml		05600	RANITIDINA	TAB	150mg	
03725	DEXAMETAZONA TORFAO BROMIDEATO	FCG	100mg/mlx25ml		05601	RANITIDINA	TAB	300mg	
03789	DEXTRONA	FCG	500mg/mlx25ml		05608	RANTONINA	AMP	250mg/mlx2ml	
03787	DEXTRONA	AMP	333mg/mlx37ml		06113	RETINOL VITAMINA A	CAP	2.00000 UI	
02752	DIAZEPAM	AMP	5mg/mlx2ml		05694	RESPIRODNA	TAB	2 MG	
02754	DIAZEPAM	TAB	10 mg		05731	SALbutAMOL	AER	100ug/100ml	
02758	DICLOFENACICO	AMP	25mg/mlx175ml		05780	SALICINATO NACROLICO CLORHIDRATO	TAB	50 MG	
03235	DICLOFENACINA	TAB	500mg		05808	S.R.O.	FCG	100mg/mlx10ml	
03836	DICLOFENACINA	TAB	500mg		05822	SIMETICONA	FCG	80mg/mlx10ml	
03835	DICLOFENACINA	FCG	250mg/mlx40ml		05873	SODIO CLORURO	FCG	1 LITRO	
02881	DIMENHIDRATO	TAB	50mg		05889	SODIO CLORURO	AMP	20g/10mlx20mlx20	
02882	DICLOFENACINA	TAB	100mg		05894	SODIUM CHLORIDE	AMP	500mg/mlx25ml	
02918	DICLOFENACINA	TAB	100mg		05895	SULFAMETAZAZOL + TRIME TOPIRIMA	TAB	400mg+200mg	
03078	ENALAPRIL	TAB	10mg		05896	SULFAMETAZAZOL + TRIME TOPIRIMA	TAB	800mg+400mg	
03234	ESTRADIOL+MEDROXYPROGESTERONA	AMP	5mg+250mg/5ml		05897	SULFAMETAZAZOL + TRIME TOPIRIMA	FCG	200mg+400mg/ml	
03138	ERGOMETRINA MALEATO	AMP	200ug/mlx1ml		06119	TETRACICLINA CLORHIDRATO	FCG	1g/100mg	
03792	FIOSITERAPIA ODONTOESTOMATOLOGICA				06120	THIACARDIOL	TAB	500mg	
03293	FIOSITERAPIA ODONTOESTOMATOLOGICA				06121	THIACARDIOL	TAB	500mg	
03311	ETONOGESTREL	LNG	80mcg		06223	USIARTAN	TAB	50mg	
18102	ETINIL ESTRADIOL-LEVONOGESTREL	BLIS	30mcg/15mcg		06223	USIARTAN	TAB	50mg	
PROCEDIMIENTO DE ODONTOLOGIA									
COD	NOMBRE	IND	EJE	DX	COD	NOMBRE	IND	EJE	DX
01361	APLICACION DE SELLANTES POR FORNICES				41708	EXTRACCION DE CÁRAME			
01296	EXTRACTION OF FLUIDS IN ADULTS				03697	EXTRACCION DE CÁRAME CON IONCOMER			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03702	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03703	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03704	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03705	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03706	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03707	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03708	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03709	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03710	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03711	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03712	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03713	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03714	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03715	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03716	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03717	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03718	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03719	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03720	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03721	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03722	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03723	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03724	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03725	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03726	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03727	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03728	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03729	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03730	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03731	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03732	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03733	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03734	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03735	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03736	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03737	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03738	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03739	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03740	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03741	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03742	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03743	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03744	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03745	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03746	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03747	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03748	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03749	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03750	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03751	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03752	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03753	EXTRACCION DE CÁRAME			
03481	EXTRACCION DE BARRIL DE FLUORADO				03754	EXTRACCION DE CÁRAME</td			

Anexo 2

CONSULTA DEL NIÑO(A)

PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

CENTRO DE SALUD ESSALUD ANTA

CONSULTA

VALDIVIA

ARCCONDO

PAUL

APELLIDO PATERO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

EDAD 1 años 1 meses 22 días

Nº H.CLINICA 99999984

DNI 99999984

Fecha: 20/10/2022

Hora: 13:56:48

Edad: 1 años 1 meses 22 días

Descarte si signos de peligro.(marcar los MENOR DE 2 MESES)

No quiere mamar ni succionar

Convulsiones
Fontanella abombada
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la
Fiebre o temperatura baja
Rígidez de la nuca
Pústulas muchas y extensas
Letárgico o comatoso

DE 2 MESES A 4 AÑOS:

No puede beber o tomar el
Convulsiones
Letárgico o comatoso
Vomita todo
Estridor en reposo / tiraje

Emaciación visible grave
Piel muy
Traumatismo /
Envenenamiento
Palidez palmar intensa

PARA TODAS LAS EDADES:

Emaciación visible grave
Piel muy
Traumatismo /
Envenenamiento
Palidez palmar intensa

IDENTIFIQUE FACTORES DE

¿Quién cuida al niño?

MAMÁ

Participa el padre en el cuidado del

SI NO

El niño recibe muestras de afecto?

SI NO

Especifique

BESOS

ANAMNESIS:

1.Motivo de consulta: DOLOR

Tiempo de enfermedad:

Forma de Inicio:

Forma de Inicio:

Examen físico	Signos Vitales	T°: 37.0	PA: 0.0	F.C 3	F.R: 17	PESO: 6000.0	TALLA: 39.0	PC: 50.0
	PI NORMAL . CA NORMAL . CAR NORMAL . CU NORMAL . TO . AB NORMAL . CV . EX NORMAL . GE . AN NORMAL .							

DIAGNÓSTICOS

Condición del crecimiento y estado

Condición del Desarrollo Psicomotor

OBESIDAD DEBIDA A EXESO DE CALORÍAS (SOBREPESO)	E66.0	Crecimiento adecuado	Normal:	X
EXAMEN DE LABORATORIO	Z01.7	Crecimiento inadecuado	Riesgo para el desarrollo	
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON OTRA RIESGO EN LA HISTORIA	Z352	Riesgo Nutricional	P/E T/E P/T	Déficit del desarrollo según PB
ANESTESIA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA PARA PROCEDIMIENTOS	00106	Ganancia inadecuada de peso o talla		Trastorno del Desarrollo
ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE CORRECCIÓN PLÁSTICA DE LABIO	00102	Desnutrición		ESCALA EVALUACION EEDP

TRATAMIENTOS

Sobrepeso

Nombre Comercial	Cantidad	Dosis	Vía administración	Fecha vec.	Obesidad		Observaciones
GHJJ	1	2	INTRAMUSCULAR	2022-10-29			
CALCIO CARBONATO	1	3	ORAL	2022-06-30			
Nombre Comercial	Cant.	Lote	Dosis	Vía administración	Fecha vec.	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño	
NEUMOCOCO-PREVENE LA OTITIS, SEPSIS, MENINGITIS Y NEUROINFECCIONES-2DA DOSIS	0.1 CC	34	3	VIA ORAL	28/10/2022		DAR ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL (HIGADO, SANGRECITA, PESCADO, HUEVO) CADA DÍA.
EPITACJUNA-PREVENE LA TBC, CHAMPIÓN, PAROTIDITIS O PAPERIA Y RUBEOLA-1ER REFUERZO	0.1 CC	344	1	VIA ORAL	29/10/2022		
INFLUENZA-VACUNA CONTRA LA INFLUENZAL-2DA DOSIS	0.1 CC	45	2	INTRAMUSCULAR	31/10/2022		

Evaluacion de ojos y visión

OD: 3

OI: 2

Exámenes Auxiliares

Tamizaje en salud mental(VIF)

PARASITO SERIADO

Referencia

TEST DE GRAHAM

DOSEAJE DE HEMOGLOBINA

Consejería	
Atendido por:	DIGNA SAYAGO RODAS
Proxima cita:	2022-10-28
Firma y Sello	
Colegio Profesional DNI	OBSTETRA 31190523



* No imprimir este documento si no es necesario.

Fecha

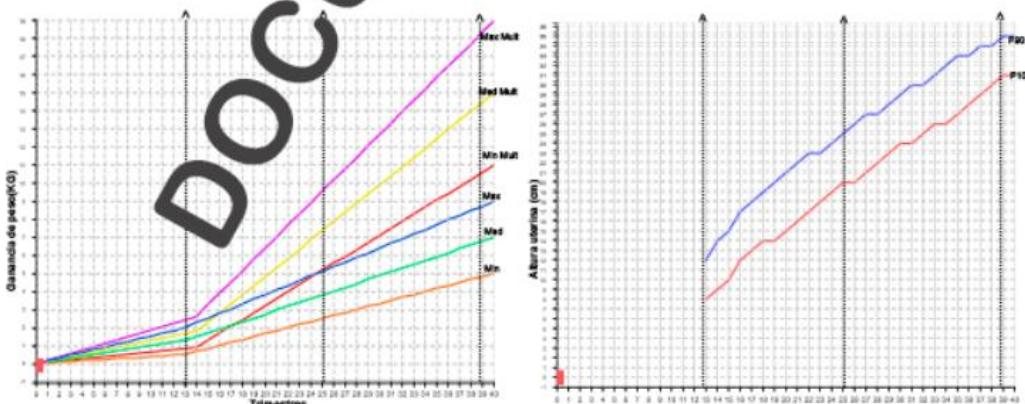
13/12/22 14:07

Pag 1

Anexo 3

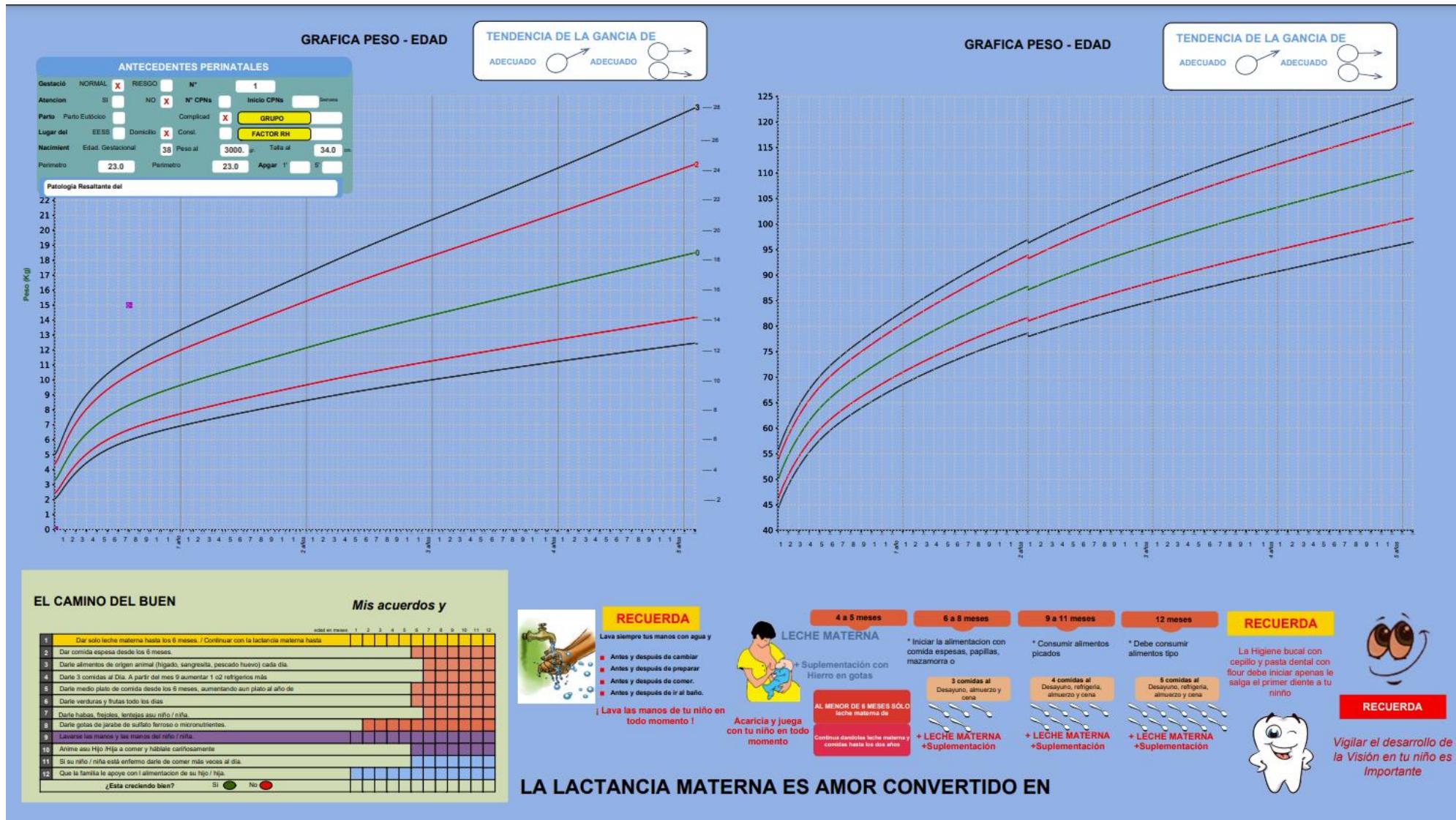
CARTILLA DEL NIÑO(A)

 CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL Establecimiento :	NOMBRES Y APELLIDOS N° HC. _____ Nombre Niño(a) : _____	CITA DE CONTROL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Día	Mes	Año																 <i>I Puedo Bienestar Completo con Tus Citas !</i>	<div style="background-color: red; padding: 5px; color: white; border-radius: 10px; font-weight: bold;"> 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. </div>
Día	Mes	Año																				



Anexo 4

CARTILLA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO(A)



Anexo 5
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (GLOBAL)

 PERÚ Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1		
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA				
NUMERO DE FORMATO				
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN				
PERSONAL QUE ATIENDE LUGAR DE ATENCIÓN ATENCIÓN REFERENCIA REALIZADA POR				
DE LA IPRESS <small>ITINERANTE</small> <small>OFERTA FLEXIBLE</small>	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE <small>INTRAMURAL</small> <small>EXTRAMURAL</small> <small>REFERENCIA</small> <small>EMERGENCIA</small>	CÓD. RENAES <small>NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA</small> <small>Nº HOJA DE REFERENCIA</small>		
DEL ASEGURADO / USUARIO				
IDENTIFICACIÓN CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS ASEGURADO DE OTRA IAFAS				
TDI <small>MASCULINO</small> <small>FEMENINO</small> <small>SALUD MATERNA</small> <small>GESTANTE</small> <small>PUERPERA</small>	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD <small>DIRESA / OTROS</small> <small>FECHA PROBABLE DE PARTO</small> <small>FECHA DE NACIMIENTO</small> <small>FECHA DE FALLECIMIENTO</small>	DIRECCIÓN <small>NUMERO</small> <small>INSTITUCIÓN</small> <small>COD. SEGURO</small> <small>APELIDO MATERNO</small> <small>OJOS NOMBRES</small>		
PRIMER NOMBRE				
SEXO <small>MASCULINO</small> <small>FEMENINO</small>	FECHA <small>FECHA PROBABLE DE PARTO</small> <small>FECHA DE NACIMIENTO</small> <small>FECHA DE FALLECIMIENTO</small>	DIA <small>MES</small> <small>AÑO</small>	Nº DE DNI / TITULO CIVICA	ETNIA
DE LA ATENCIÓN			FECHA DE ATENCIÓN <small>DIA MES AÑO</small>	
<small>HORA</small> <small>UPS</small> <small>COD. PRESTA.</small> <small>Nº PRESTACIÓN (ES) ADICIONAL (ES)</small>			<small>FECHA</small> <small>DÍA</small> <small>MES</small> <small>AÑO</small>	
<small>REPORTE VINCULADO</small> CÓD. AUTORIZACIÓN Nº DNI A VINCULAR			<small>HOSPITALIZACIÓN</small> <small>DE INGRESO</small> <small>DEL ALTA</small> <small>DE CORTE ADMINISTRATIVO</small>	
CONCEPTO PRESTACIONAL			SEPELIO <small>NATUMUERTO</small> <small>OBITO</small> <small>OTRO</small>	
<small>ATENCIÓN DIRECTA</small> CÓD. EXTRAORDINARIA <small>Nº Autorización</small> <small>Monto S/.:</small>			<small>TRASLADO</small>	
DEL DISTINTO DEL ASEGURADO / USUARIO			<small>REFERIDO</small> <small>EMERGENCIA</small> <small>CONSULTA EXTERNA</small> <small>APD / EEDP / TEP</small> <small>ADULTO MAYOR</small> <small>VACAN</small> <small>TABLAJE DE SALUD MENTAL</small>	
SEÑALE / CONTRARREFIERE A : <small>CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS</small> NOMBRE DE LA IPRESS QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE Nº HOJA DE REFER / CONTRARR.			<small>null</small>	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS			ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS	
<small>PESO (kg)</small> <small>DE LA GESTANTE</small> <small>EDAD GEST</small> <small>ALTURA UTERINA</small> <small>PARTO VERTICAL</small> <small>CONTROL PUEP (Nº)</small>	<small>TALLA (cm)</small> <small>DEL RECIEN NACIDO</small> <small>EDAD GEST RN (SEM)</small> <small>APGAR 1° 5°</small> <small>Contar Tanda de Cordon (2 a 3 min)</small> <small>CONSEJERIA CONGRER / DESCONGRER AL NACER</small> <small>CONSEJERIAS DE PUEP. CASA</small>	<small>P.A. (mmHg)</small> <small>GESTANTE / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN / ADULTO / ADULTO MAYOR</small> <small>CR / PAB (cm)</small> <small>R.J. PREMATURO</small> <small>CONSEJERIA NUTRICIONAL</small> <small>CONSEJERIA INTEGRAL</small>	<small>SCG</small> <small>DTP</small> <small>AFD</small> <small>ASA</small> <small>SPI</small> <small>SR</small> <small>HVB</small> <small>GRUPO DE RIESGO HVB</small>	<small>INFLUENZA</small> <small>PAROTID</small> <small>RUBSOLA</small> <small>ROTAVIRUS</small> <small>DE ADULTO</small> <small>IPV</small> <small>PENTAVALENT</small> <small>GRUPO DE RIESGO HVB</small> <small>BERMELLON 1. HIGIENE PERSONAL LIBERTAD 2. PRIMEROS ALCALOIDES 3. ESTUDIANTES DE SALUD 4. POLTRAVAPUNDOZOS 5. DROGAS</small>
DIAGNÓSTICOS			<small>INGRESO</small> <small>EGRESO</small>	
<small>Nº DE DNI</small> <small>null</small>			<small>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</small> <small>null</small>	
<small>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</small> <small>null</small>			<small>Nº DE COLEGIATURA</small> <small>null</small>	
<small>1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRICIA 6. ENFERMERIA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGIA 9. TECNICO EN MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO</small>				
<small>FECHA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</small>			<small>FECHA Y SELLO DEL APoderado</small> <small>NOMBRE Y APELLIDOS</small> <small>DNI P.D.C. DEL APoderado</small>	
<small>Huella Digital del Asegurado o del Apoderado</small>				

Anexo 6

FORMATO HIS

LOTE	PERU Ministerio de Salud		TURNO	
PÁGINA			ACTIVIDA	
0				
ANO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS	UPS AUXILIAR (ESTRATEGIA Y/O)
2022	OCTUBRE	MANCO CAPAC	ATENCION INTEGRAL DEL NINO	CRED
NOMBRE DEL DIGITADOR		CÓDIGO DEL DIGITADOR	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION	CÓDIGO DE PERSONAL
			BUSTAMANTE CUTIPA YOLANDA	23863248

DIA	APPELLIDO PATERNO (Registrar Iniciales en casos)		APPELLIDO MATERNO (Registrar Iniciales en casos)		NOMBRE(1) NOMBRE(2)- (Registrar Iniciales en casos)		FECHA DE	FECHA DE ULTIMA REGLA				
	HUAMANI	RODRIGO	MATEUS	2022-09-18T05:00:00								
21	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC	CENTRO POBLADO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	GRUPO DE RIESGO	TIPO DE CONDICION	CIE / CPT				
	93066138				M	CON_ING ES SE	P D R					
13:53:7	HISTORIA CLINICA / FICHA FAMILIAR	ETNA	REGISTRO OPCIONAL	1	M			Z001				
0	93066138	MESTIZ	Franqueo - Aplica los franqueros, del caso(s) para identificar certificados de nacimiento			SEMANA GESTACION		ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR				
	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SECTOR	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y HEMOGLOBINA			0		99381				
			TALLA (cm)	55.1	PESO (kg.)	5.12	Hb (valor)	Fecha de Result Ult Hb	Perímetro Cefálico	37.8	Perímetro Abdominal (cm)	0



"Mejoramiento de los servicios integrales de salud para la prevención de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años y madres gestantes en 13 provincias del departamento de Cusco"
CUI: 2432656

#SinAnemia